

MAYARA LEAL ALMEIDA COSTA

**QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE: A
PSICOMOTRICIDADE COMO ESTRATÉGIA DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Orientador: Prof. Doutor Leonardo Rocha

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Departamento de Ciências Sociais e Humanas
Área de Ciências da Educação

Lisboa
2011

MAYARA LEAL ALMEIDA COSTA

**QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE: A
PSICOMOTRICIDADE COMO ESTRATÉGIA DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada para a obtenção do
Grau de Mestre em Ciências da Educação,
conferido pela Universidade Lusófona de
Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Prof. Doutor Leonardo Rocha
Co-orientadora: Prof^ª. Doutora Suenny
Fonsêca de Oliveira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Departamento de Ciências Sociais e Humanas

Área de Ciências da Educação

Lisboa

2011

A psicomotricidade é um caminho que abre possibilidades aos idosos de encontrarem outras formas de fazer, outras maneiras de pensar, outros sonhos a realizar..., aprendendo a envelhecer com felicidade e prazer.

VELASCO

Aos meus pais Estenio e Margareth, que me deram a vida e acreditaram no meu potencial.

Ao meu marido Valmir Júnior, grande companheiro que me incentiva mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos idosos, grandes mestres da vida e fonte da minha incessante busca de conhecimento.

A todos, que torcem fielmente e que vibram com cada vitória que alcanço.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, amigo íntimo e fiel, a quem devo o dom da vida e sem o qual nada seria possível. Meu refúgio, minha fortaleza. *“Tudo posso naquele que me fortalece”*.

Ao Prof. Dr. Leonardo Rocha pela orientação dessa dissertação, pelo incentivo e em especial, pela confiança em mim depositada. O meu cordial, Obrigada e Gratidão!

À minha Orientadora Doutora Suenny Fonsêca de Oliveira, pessoa importante em minha formação, que me ensinou ser o conhecimento científico e a humildade duas riquezas indissociáveis para o verdadeiro ser humano. *Muito obrigado por mostrar o caminho da psicomotricidade, de que a conheci e apaixonei-me!!!*

Ao meu esposo Valmir Junior, que com amor, companheirismo, segurança, partilha, compreensão e paciência, sempre acreditou em mim, apoiando e incentivando-me, deu força para realizar este sonho.

Aos meus pais Estenio Lucena e Margareth Almeida, que me incentivam a realização de meus objetivos e ensinaram o verdadeiro sentido da vida que é doar-se, servir e amar incondicionalmente. Meus modelos e verdadeiros heróis! *Luz da minha vida*.

Ao meu irmão Nelson Netto, que sempre me apoiou e celebrou comigo todos os grandes momentos de minha vida!

À minha família, pessoas a quem admiro muito e que de uma forma ou de outra contribuíram para minha formação e estão sempre dispostas a me ajudar. Amo muito vocês!

Aos meus avôs Nelson Almeida e Estevam Martins (in memoriam), com pequenos gestos de carinho, sempre me apoiaram e torceram pelas minhas vitórias. Homens simples e sábios, sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos da minha vida e que com sua simplicidade me fez acreditar que eu poderia ir mais além. Eterna gratidão e admiração.

Aos idosos do Projeto Feliz Idade, com quem tenho a aprendizagem diária. Obrigada por cada gesto, atitude, sorriso, abraço e aperto de mão, dando-me exemplos de dignidade, força, coragem, fé, enfim... vida.

Aos monitores do Projeto, pela dedicação, apoio, estímulo, confiança, carinho, compreensão e momentos de aprendizado e de distração.

Em especial agradeço aos meus amigos fisioterapeutas Everson Vagner e Rita de Cássia, por terem acreditado, investido e por participarem da construção do Projeto Feliz Idade. Obrigado pelo apoio, ajuda, incentivo e por torcerem por mim. Amigos pelos quais tenho muito carinho e admiração.

A Instituição e funcionários por terem viabilizado a construção deste trabalho, e que tanto contribuíram para meu crescimento profissional.

Aos professores membros da banca pelas riquíssimas contribuições.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho.
Muito Obrigada!

RESUMO

Visando um envelhecimento ativo, a psicomotricidade assume importante papel na promoção de saúde do idoso através de diferentes dimensões, tais como, preventivas, educativas e reeducativas, proporcionando benefícios biopsicossociais, e consequentemente Qualidade de vida. O objetivo desta pesquisa foi investigar se o nível de qualidade de vida da terceira idade é influenciado pelo ensino de exercícios psicomotores como estratégia de educação em saúde. Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e delineamento quase experimental apenas com o pós-teste. A amostra foi composta por 40 idosos (20 ativos e 20 inativos), com características biodemográficas semelhantes. Utilizou-se um formulário biodemográfico, o instrumento WHOQOL-*bref* e a escala de Berg. Para tratamento estatístico e formação do banco de dados, foi utilizado o SPSS® 15.0. Os resultados mostraram que os domínios presentes no construto qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e ambiental) e a qualidade de vida total apresentaram diferenças estatísticas significantes entre idosos ativos e inativos ($p \leq 0,05$), bem como no teste de Berg, que foi favorável aos idosos ativos quanto ao equilíbrio funcional, com uma diferença de 7,5 da pontuação média e representando menor risco de quedas. Desta forma, conclui-se que a prática de exercícios psicomotores é indicativa de melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Idoso; Psicomotricidade, Educação.

ABSTRACT

Aiming at an active age, psychomotor plays an important role in promoting health of the elderly through different dimensions, such as preventive, educational and re-educated, providing biopsychosocial benefits, and consequently quality of life. The goal of this research was to investigate the quality of life of the elderly is influenced by the teaching of psychomotor exercises as a strategy for health education. This was a descriptive study with quantitative and quasi experimental with only the post-test. The sample consisted of 40 subjects (20 active and 20 inactive), with characteristics similar biodemographic. We used a form biodemography, the WHOQOL-bref and the scale of Berg. For statistical treatment and training database, we used the SPSS ® 15.0. The results showed that the domains present in the construct quality of life (physical, psychological, social and environmental) and the overall quality of life showed statistically significant differences between active and inactive elderly ($p \leq 0.05$) as well as the testing of Berg, which was favorable for active seniors on the functional balance, with a difference of 7.5 and the average scores representing lower risk of falls. Thus, we conclude that the exercise is indicative of psychomotor better quality of life.

Keywords: Quality of life; Elderly; Psychomotricity; Education.

ABREVIATURAS

ABNT- Associação Brasileira de Normas de Técnicas
AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD- Atividades de Vida Diária
AVD'S- Atividades de Vida Diárias
CEP- FIP- Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos
DC – Débito cardíaco
DP- Desvio Padrão
EEB- Escala de Equilíbrio de Berg
FC – Frequência cardíaca
GC- Grupo Controle
GE- Grupo Experimental
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES – Instituição de Ensino Superior
OMS - Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão arterial
PB – Paraíba
POMA-Performance Oriented Assessment of Molyty
QV – Qualidade de Vida
SESC – Serviço Social do Comércio
SF-36 - Short Form-33
SNC- Sistema Nervoso Central
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
SPSS®- Software Statistical Package for the Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VIGITEL- Vigilância de fatores de risco e doenças crônicas por Inquérito Telefônico
WHO - World Health Organization
WHOQOL-100 – World Health Organization Quality of Life - 100
WHOQOL-*bref* - World Health Organization Quality of Life - abbreviated version

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	14
1 - OBJETIVOS	20
1.1 - Objetivo Geral.....	20
1.2 - Objetivos Específicos	20
2 – PROBLEMATIZAÇÃO DA PESQUISA	20
3 – ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	21
CAPÍTULO 1 – PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES	24
1.1 – ENVELHECIMENTO: ASPECTOS FISIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS	25
1.2 – TIPOS DE ENVELHECIMENTO	29
CAPÍTULO 2 – QUALIDADE DE VIDA: DO CONCEITO A AVALIAÇÃO	
SUBJETIVA NA TERCEIRA IDADE	32
2.1 – QUALIDADE DE VIDA.....	33
2.2 – QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE	35
CAPÍTULO 3 – EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	38
3.1 – FISIOTERAPIA: UMA PERSPECTIVA DE EDUCAÇÃO PARA PROMOÇÃO EM SAÚDE	42
CAPÍTULO 4 – PSICOMOTRICIDADE	44
4.1 – PSICOMOTRICIDADE:O MOVIMENTO COMO FERRAMENTA PEDAGÓGICA.....	45
4.1.1 – Fatores Psicomotores	48
4.2 – ESTUDOS SOBRE PSICOMOTRICIDADE E TERCEIRA IDADE	56
CAPÍTULO 5 – ASPECTOS METODOLÓGICOS	60
5.1 – TIPO DE PESQUISA	61
5.2 – LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA.....	62
5.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	62
5.3.1 – Critérios de Inclusão e Exclusão.....	63

5.4 – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	64
5.5 – PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS.....	65
5.6 – PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	66
CAPÍTULO 6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
6.1 – CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA	68
6.2 – AVALIAÇÃO DO ELEMENTO PSICOMOTOR EQUILÍBRIO – ESCALA DE BERG.....	71
6.2.1 – Análise Descritiva das Questões.....	83
6.3 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SUBJETIVA WHOQOL-BREF.....	86
6.3.1 – Análise Descritiva por Questão.....	86
6.3.2 – Análise Descritiva dos Domínios e da Qualidade de Vida Geral.....	96
6.3.3 – Normatização e Análise Descritiva do Construto Qualidade de Vida	100
CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
BIBLIOGRAFIA	115
APÊNDICE	I
APENDICE I.....	II
APENDICE II.....	IV
APENDICE III.....	VII
APENDICE IV.....	VIII
ANEXOS	IX
ANEXO I.....	X
ANEXO II.....	XIV
ANEXO III.....	XVIII
ANEXO IV.....	XIX

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da Amostra (N=40).....	68
Tabela 2. Comparação dos escores médios da EEB entre os idosos ativos e inativos.....	78
Tabela 3. Comparação dos percentuais médios do risco de queda dos idosos ativos e inativos.....	82
Tabela 4. Estatística descritiva das tarefas da Escala de Berg.....	84
Tabela 5. Equilíbrio dos idosos ativo e inativos.....	85
Tabela 6. Dados referentes ao teste t Student da questão - Q1 do WHOQOL- <i>bref</i>	87
Tabela 7. Dados referentes ao teste t Student das questões Q10, Q16 e Q18 do WHOQOL- <i>bref</i>	89
Tabela 8. Dados referentes ao teste t Student das questões Q5, Q6 e Q19 do WHOQOL- <i>bref</i>	91
Tabela 9. Dados referentes ao teste t Student das questões Q20 e Q22 do WHOQOL- <i>bref</i>	93
Tabela 10. Dados referentes às questões Q8, Q9, Q23, Q24 e Q25 do WHOQOL- <i>bref</i>	95
Tabela 11. Dados referentes ao teste t Student dos domínios do WHOQOL- <i>bref</i> e na QV geral.....	97
Tabela 12. Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos domínios estudados dos idosos ativos.....	101
Tabela 13. Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos domínios estudados dos idosos inativos.....	102
Tabela 14. Mínimo, máximo, média e desvio padrão da QV total dos idosos ativos e inativos.....	102
Tabela 15. Avaliação por domínio de todos os idosos ativos e inativos acerca da satisfação quanto a qualidade de vida, segundo Percentil.....	108
Tabela 16. Avaliação pelo fator QV geral de todos os idosos ativos e inativos acerca do nível da satisfação, segundo Percentil.....	108

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Da Ontogênese a Retrogênese.....	47
Figura 2. Avaliação do Domínio Físico dos idosos ativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	103
Figura 3. Avaliação do Domínio Físico dos idosos inativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	103
Figura 4. Avaliação do Domínio Psicológico dos idosos ativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	104
Figura 5. Avaliação do Domínio Psicológico dos idosos inativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	104
Figura 6. Avaliação do Domínio Relações Sociais dos idosos ativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	105
Figura 7. Avaliação do Domínio Relações Sociais dos idosos inativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	105
Figura 8. Avaliação do Domínio Ambiental dos idosos ativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	105
Figura 9. Avaliação do Domínio Ambiental dos idosos inativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	106
Figura 10. Avaliação do fator QV geral dos idosos ativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	106
Figura 11. Avaliação do fator QV geral dos idosos inativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	107

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pontuação média da amostra em cada tarefa do Teste de Berg.....	72
Gráfico 2. Resultados individuais dos escores obtidos na EEB pelo grupo de idosos ativos.....	74
Gráfico 3. Resultados individuais dos escores obtidos na EEB pelo grupo de idosos inativos.....	75
Gráfico 4. Comparação entre a média geral dos escores da EEB dos Idosos ativos e inativos.....	77
Gráfico 5. Porcentagem do risco de queda dos idosos ativos.....	79
Gráfico 6. Porcentagem do risco de queda dos idosos inativos.....	81
Gráfico 7. Comparação entre as médias percentuais gerais do risco de queda entre os idosos ativos e inativos.....	82
Gráfico 8. Comparação da pontuação média dos domínios entre os idosos ativos e inativos	97
Gráfico 9. Comparação da pontuação média na qualidade de vida total entre os idosos ativos e inativos	98

□□□□ INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um dos grandes desafios a serem enfrentados no século XXI. A tendência mundial à diminuição da mortalidade e da fecundidade, bem como o prolongamento da expectativa de vida das pessoas têm levado ao envelhecimento da população (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006). Os números do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2006 mostraram que, no mundo, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais. Estima-se que em 2050 esta relação será de uma para cinco pessoas com 60 anos de idade ou mais em todo o mundo, e de uma para três nos países desenvolvidos.

No Brasil, de acordo com o Censo Populacional de 2000, seus habitantes com 60 anos ou mais já somam cerca de 14,5 milhões de indivíduos, representando 8,6% da população total (ROLLAND et al., 2003; SILVA et al., 2006). Com isso, reveste-se de grande interesse para os profissionais da área da saúde estudos que venham favorecer o bem estar biopsicossocial das pessoas na terceira idade, e assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

De acordo com Guedes (2001) o envelhecimento se refere a um fenômeno fisiológico do comportamento social ou cronológico. É um processo biopsicossocial de regressão, observável em todos os seres vivos expressando-se na perda da capacidade ao longo da vida, devido à influência de diferentes variáveis, como a genética, danos acumulados e estilo de vida, além de alterações psicoemocionais.

A expectativa de vida é um processo que vem aumentando com o decorrer do tempo, no Brasil é acompanhado por modificações no perfil de saúde de sua população e predomínio de doenças crônicas, com limitações funcionais, incapacidades e maiores gastos e desafios para o sistema de saúde. Com esse aumento, a capacidade de desfrutar um estilo de vida ativo e independente na velhice dependerá, em grande parte, da manutenção do nível pessoal de aptidão física das pessoas.

À medida que o ser humano envelhece, quer continuar tendo força, resistência, flexibilidade e mobilidade para permanecer ativo e independente de modo a poder atender as próprias necessidades pessoais e domésticas, como fazer compras ou participar de atividades recreativas e esportivas (RIKLI; JONES, 2008). Ao mesmo tempo há evidências de que a

fisioterapia, com seus recursos de treinamento de força muscular por meio de exercício terapêutico, podem influenciar de forma positiva alguns aspectos na vida do idoso, tais como a força e a resistência do músculo esquelético, sugerido que possa reduzir alguns efeitos fisiológicos do envelhecimento (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2000; DAVINI, NUNES, 2003; FABRÍCIO, RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004).

Envelhecer sem incapacidade passa a ser um fator indispensável para a manutenção de boa qualidade de vida (ROSA et al., 2003). Desta forma, uma maneira de se identificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com o que o mesmo desempenha suas funções, tornando-o independente dentro do seu contexto sócio econômico e cultural.

A fisioterapia é uma das profissões da área de saúde imprescindível para uma atenção ampla e integral ao idoso no sistema de saúde. A atenção profissional ao idoso por parte do fisioterapeuta pode ser realizada no âmbito da atenção primária, secundária ou terciária a saúde. O encaminhamento preventivo melhora a capacidade funcional, diminui a prescrição de medicamentos, melhorando a qualidade de vida deste indivíduo. A educação para a saúde do idoso, por meio de orientações posturais, exercícios físicos globais específicos, realizados individualmente ou em grupo, são medidas primárias da fisioterapia na abordagem do envelhecimento motor (BOAS, 2005).

Para o favorecimento de tais fatores a psicomotricidade é sugerida como meio propiciador de qualidade de vida, através de atividades psicomotoras adaptadas à faixa etária, visto que a psicomotricidade é a ciência que tem por objeto o estudo do homem através do seu corpo em movimento nas suas relações com o mundo interno e externo, integrando as funções motrizes e mentais, sob o efeito do desenvolvimento do sistema nervoso (REZENDE et al., 2003).

Segundo Fonseca (1998), durante o processo de envelhecimento ocorre uma involução psicomotora que é o produto final da evolução onde acontece a deterioração das propriedades e funções dos fatores psicomotores. A esse conjunto de mudanças que acontece no idoso dar-se o nome de retrogênese. Deste modo, pode-se inferir que os aspectos psicomotores interferem na qualidade de vida da população idosa.

Nesse sentido, considerando todas as questões apontadas anteriormente, tivemos a pretensão de investigar, neste estudo, a Qualidade de vida na população da terceira idade, praticante de exercícios psicomotores regularmente.

As motivações que induziram o interesse de investigarmos a psicomotricidade em idosos surgiram durante o desenvolvimento de um Projeto de Pesquisa e Extensão Universitária de uma Instituição de Ensino Superior (IES), o qual foi desenvolvido junto a acadêmicos do curso de Fisioterapia a partir de um trabalho de Atuação da Fisioterapia na Promoção de Saúde do idoso. No percurso do curso de Fisioterapia, junto aos acadêmicos/monitores do projeto tivemos a oportunidade de produzir pequenos trabalhos relacionados à terceira idade. Ao final do período de formação de alguns dos monitores, tivemos a satisfação de produzir vários trabalhos científicos e monográficos, que foram apresentados em diversos congressos brasileiros na área de fisioterapia e geriatria. Procuramos dar seguimento, nesse projeto, produzir trabalhos de pesquisas voltados a terceira idade em diversas áreas profissionais.

Outras motivações, que amadureceram e despertaram cada vez mais o desejo de investigar a psicomotricidade em idosos, surgiram do interesse em fazer a junção de experiência e vivência da área de saúde, vivenciado pela graduação; com educação, esta pelo mestrado, duas áreas que apresentam formas distintas de trabalho. Nessa perspectiva, a área educacional torna-se importantíssima na medida em que consideramos a psicomotricidade como a ferramenta fundamental para a atuação da fisioterapia na terceira idade, sendo responsável pela promoção/prevenção de saúde integral do idoso. Acreditamos, ainda, que cabe ao fisioterapeuta planejar, orientar, transmitir e, compreender as diferenças individuais, uma vez que trabalhar com a reeducação psicomotora, a qual visa desenvolver, no idoso, a capacidade de criar, resolver e adaptar as tarefas realizadas, sem usar a imposição como método de educação. Esta está inserida numa estratégia de ajuda onde, através de jogos e exercícios psicomotores, procura corrigir as alterações existentes no desenvolvimento psicomotor, tais como: dispraxia, distúrbio da postura, equilíbrio, coordenação, debilidade motora etc.

Apesar de existirem diversos estudos dedicados a psicomotricidade e também qualidade de vida na terceira idade, a leitura sobre a temática efetuada através da literatura especializada dos diversos autores, dentre eles Le Bouch (1982 e 1987), Fonseca (1983, 1998 e 2004) Lapierre; Aucouturier (1984), Wallon (2005), Rosa Neto (2002), Velasco (2006); Thompson (2000) e outros estudiosos, somando-se às questões apontadas na educação, no estudo dos módulos apresentados no decorrer do curso de acesso ao mestrado consolidaram o interesse em problematizar nesta dissertação se a prática de exercícios psicomotores

regularmente influencia nesse processo de envelhecimento e interfere na qualidade de vida de indivíduos idosos. Decidiu-se fazer um trabalho com idosos com idade acima de 60 anos, ativos (praticantes de exercícios psicomotores regularmente) e inativos (idosos sedentários que não praticam nenhum tipo de exercício regularmente). Como a prática de exercícios em grupo é uma atividade altamente difundida entre a população idosa, optou-se pela escolha dessa atividade específica: realização de exercícios psicomotores em um grupo de idosos.

A investigação que realizamos, tem a pretensão de conduzir nossas reflexões sobre a psicomotricidade como ferramenta para a qualidade de vida na terceira idade, para tanto, buscamos suporte teórico nos autores acima descritos, os quais serviram de base em todo o nosso trabalho. Na realidade, o elemento psicomotor equilíbrio é um dos maiores fatores de risco na qualidade de vida do ser humano; visto que na população idosa é tido como um marcador potencial do início de um importante declínio da função. Assim, estudos sobre a ocorrência de quedas em idosos, suas causas, e formas de prevenção tornam-se especialmente importantes para essa população e para os profissionais que trabalham no processo de reabilitação desses idosos.

Quanto a isso, Motta (2005) afirma que apesar do processo de envelhecimento no Brasil ser um fato concreto, ainda é pouco estudado. Qualidade de vida sem incapacidade, capacidade funcional, autonomia e independência são indicadores que podem ser mais informativos que as estatísticas de morbidades, mas não são regularmente registrados ou produzidos nos diversos níveis do sistema de saúde.

Segundo Fonseca (1998), a carência de estudos e investigações nesta área, gerontopsicomotricidade, trouxe algumas dificuldades, e ao abordar o tema através de uma visão biopsicosocial, sendo indispensável para compreender a problemática do idoso, e com essa compreensão, buscar meios e tentar interagir, minimizar e/ou contribuir para melhora da qualidade de vida na terceira idade.

Essa carência de estudos dificultou a busca por literaturas para confrontar com nossos resultados, ficando restrito a poucos autores, porém de grande visão no que se diz respeito ao problema idoso.

Segundo Carvalho Filho e Papaléo Netto (2007) o equilíbrio é uma função complexa que requer integração dos sistemas sensoriais, motores, e do processamento e organização dessas informações pelo sistema nervoso central.

Sabendo que a queda pode ser definida como a falta de capacidade para corrigir o deslocamento corporal durante o seu movimento no espaço e que a estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações de componentes sensoriais, cognitivos (orientação têmporo-espacial; memória; capacidade de cálculo; capacidade de planejamento e decisão; linguagem-expressão e compreensão), integrativos centrais (principalmente cerebelo) e músculos-esqueléticos, de forma altamente integrada. E que a psicomotricidade é a integração das funções motrizes e mentais, sob o efeito do desenvolvimento do sistema nervoso. (Ministério da Educação e do Desporto e Secretaria de Educação Especial apud REZENDE et al., 2003).

A psicomotricidade para idosos, ou seja, a gerontopsicomotricidade tem como objetivo maior a manutenção das capacidades funcionais, melhorar e aprimorar o conhecimento de si e a eficácia das ações, sobretudo das atividades de vida diária. Visa, criar consciência de seu poder de sabedoria, valorizar suas capacidades e dar realce às suas forças, incentivar o enfrentamento de certas limitações físicas e perdas, e estimular o autocuidado com o desenvolvimento de hábitos pessoais de saúde. Essa intervenção certamente levará o idoso a questionar suas atitudes e, conseqüentemente, ter mais possibilidades em adaptar-se às mudanças que o envelhecimento acarreta (LEVY, 2000; VASCONCELOS, 2003).

Pode-se inferir que os aspectos psicomotores interfiram na ocorrência de queda entre a população idosa e conseqüentemente na qualidade de vida.

Nessa perspectiva, definimos como objetivo geral, desta pesquisa, investigar se o nível de qualidade de vida da terceira idade é influenciado pela inserção da psicomotricidade como estratégia de educação em saúde, promovendo, desta forma, a saúde integral do idoso.

O presente estudo surgiu durante o desenvolvimento de um Projeto de Pesquisa e Extensão Universitária de uma Instituição de Ensino Superior (IES), a partir de um trabalho de Fisioterapia com idosos, em busca da promoção de saúde.

Diante do exposto, a pesquisa apresenta relevância técnica ao contribuir no fornecimento de subsídio para futuros trabalhos de pesquisa e extensão, assim como informações necessárias para subsidiar os profissionais de saúde na prestação de uma melhor QV para a população idosa, bem como demonstrar a inter-relação entre saúde e educação. Além disso, o tema contribui para a sociedade no que tange à inserção social do idoso e à promoção da saúde na comunidade.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Investigar se o nível de qualidade de vida da terceira idade é influenciado pelo ensino de exercícios psicomotores a um grupo de idosos como estratégia de educação em saúde.

1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os aspectos biodemográficos dos idosos;
- Mensurar a qualidade de vida e equilíbrio de idosos ativos, isto é, idosos que praticam exercícios psicomotores regularmente;
- Mensurar a qualidade de vida e equilíbrio de idosos inativos, ou seja, idosos que não praticam nenhum tipo de atividade física;
- Comparar a qualidade de vida e equilíbrio nos grupos de idosos ativos e inativos;
- Elucidar os efeitos de um programa de exercícios psicomotores no controle do equilíbrio do idoso.

2 PROBLEMATIZAÇÃO DE PESQUISA

Diante dos objetivos específicos, e na hipótese de que Idosos ativos apresentam uma melhor qualidade de vida do que os idosos inativos, tendo como variável a realização de exercícios psicomotores, surgiu a seguinte problematização: A qualidade de vida na terceira idade pode ser influenciada pelo ensino de exercícios psicomotores como estratégia para a educação em saúde do idoso?

Consideramos importante enriquecer esta investigação com outros aspectos que envolvem a qualidade de vida do idoso, lançando questões secundárias que poderão trazer pontos importantes e enriquecedores para este estudo. Sendo assim, procuramos formular as seguintes questões secundárias:

- Quais os domínios de qualidade de vida que apresenta maior discrepância entre os idosos ativos e inativos?
- O idoso ativo apresenta maior equilíbrio em relação ao idoso inativo?
- Qual a prevalência de risco de quedas entre os idosos ativos e inativos?

3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A realização deste trabalho de pesquisa foi desenvolvida seguindo diversas etapas as quais passaremos a descrever: na primeira etapa, procedemos ao levantamento e revisão teórica da literatura especializada pertinente à temática de Qualidade de vida na Terceira Idade, incluindo temas sobre processo de envelhecimento, educação em saúde e Psicomotricidade para possibilitar a contextualização da investigação; na segunda etapa, procedemos à coleta, levantamento e análise dos dados; num terceiro momento da investigação, foram elaborados os resultados, discussões, conclusões e as considerações finais sobre a pesquisa, ao mesmo tempo em que formulamos as indicações para ampliação do estudo sobre a problemática em questão.

Finalmente, para a apresentação desta dissertação buscamos estruturá-la da seguinte forma:

Como introdução, expusemos as motivações que nos conduziram às questões norteadoras desta pesquisa; o objetivo geral, bem como, contemplou objetivos específicos que foram utilizados como parâmetros norteadores, as questões secundárias, a problemática e as opções metodológicas, procurando fazer referência à especificidade do estudo. O tipo de pesquisa, o universo, a população e a amostra, os instrumentos e o tipo de pesquisa e tratamento dos dados também estão descritos neste primeiro momento.

No Capítulo 1 apresentamos a contextualização do Processo de Envelhecimento e suas implicações, no qual procuramos destacar seus aspectos conceituais, como processo natural e irreversível que constitui e os principais efeitos do envelhecimento; assim como os aspectos fisiológicos e psicossociais e os tipos de envelhecimento.

No Capítulo 2 abordamos diferentes aspectos relativos à Qualidade de vida como a evolução do conceito, a relação com o envelhecimento e a atividade física e a forma de avaliação.

No Capítulo 3 proporcionamos o entendimento sobre Educação em Saúde, apresentando desde a história, conceito, inter-relação entre educação e saúde, até as modalidades de aplicação e ações de educação realizadas pela fisioterapia na busca da promoção de saúde do idoso.

No Capítulo 4 apresentamos a Psicomotricidade, enfatizando o conceito; relação com a saúde e a educação; os fatores psicomotores; os benefícios, bem como, a abordagem da gerontopsicomotricidade e os estudos relevantes sobre o tema.

Na segunda parte do trabalho, ou seja, apresentamos o estudo prático, o qual é composto pelos Capítulos 5 e 6.

No Capítulo 5 encontram-se todos os passos e procedimentos metodológicos que conduzem a investigação, como o tipo de pesquisa, local e período da pesquisa, a população e a amostra, os critérios de inclusão e exclusão, os instrumentos e procedimentos de coleta de dados além do processamento e análise de dados e aspectos éticos.

O Capítulo 6 demonstra os resultados obtidos e discussões, que contemplam as interpretações e descrição, a partir das fontes empíricas da pesquisa investigativa. São discutidos os resultados corroborando ou não com os dados contemplados nas pesquisas dos diversos autores consultados.

E, finalmente, apresentamos as Considerações Finais, tendo como fundamento às várias interpretações realizadas a partir do material teórico desenvolvido através do estudo e da diversidade dos dados colhidos no instrumento de investigação, pelo qual formulamos um resumo dos resultados finais. Nessa parte do trabalho, levantamos as dúvidas e propomos alternativas de continuidade da pesquisa, ao mesmo tempo em que apontamos sugestões de promoção e manutenção de Qualidade de vida na Terceira Idade.

Apresentamos, neste mesmo texto, as fontes e referências bibliográficas utilizadas na pesquisa teórica, enquanto parte construtiva dessa dissertação e que corresponde a todo o

conjunto de livros, artigos científicos, legislações, dissertações, teses e outros documentos indispensáveis na construção deste estudo.

Vale ressaltar, que as normas utilizadas para citações e referência bibliográfica, foram as da Associação Brasileira de Normas de Técnicas - ABNT.

□□□□ *Capítulo 1*

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES

1.1 ENVELHECIMENTO: ASPECTOS FISIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS

A idade cronológica é o critério mais utilizado para definição do envelhecimento, embora seja considerado um critério falho e arbitrário. Apesar de o envelhecimento ser um processo natural universal comum a todos os seres vivos, a maneira como cada indivíduo envelhece é particular e única, tornando esse processo heterogêneo. Indivíduos de mesma idade cronológica podem estar em estágios diferentes de envelhecimento. Os fatores genéticos, as condições ambientais e culturais podem explicar a forma distinta como cada pessoa envelhece (GROISMAN, 2002; SEQUEIRA, SILVA, 2002; COSTA, 2003).

O envelhecimento pode ser compreendido como um conjunto de alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam de forma progressiva. Existem fatores morfológicos, psicológicos, hereditários, culturais, intelectuais, raciais e outros que fazem ver a velhice como uma fase irreversível, cheia de transformações, que pode ocorrer mais cedo ou mais tarde nas pessoas que se situam nesta fase da vida (GALLAHUE, OZMUN, 2005; PAPALÉO NETTO, 2007).

Os indivíduos afetados por esses fatores sofrem, com o correr dos anos, de um decréscimo funcional em seu organismo, e tal situação impõe adaptações nos diversos níveis de sua existência. Nessa perspectiva, deve considerar que o envelhecimento humano constitui um padrão de modificações e não um processo unilateral, mas sim, a soma de vários processos entre si, os quais envolvem aspectos biopsicossociais.

Matsudo (2001) em tese de doutorado ‘Envelhecimento e atividade física’, em consonância com Gallahue e Ozmun (2005), no livro ‘Compreendendo o desenvolvimento motor’, fazem algumas observações no tocante aos aspectos fisiológicos, sociais, econômicos e psicológicos que, num processo dinâmico, atinge o ser humano quando este chega à velhice. Com base nesses dados, serão elencadas algumas considerações.

Pela ótica fisiológica, a idade é muito variável e difícil de ser aferida. Segundo Velasco (2006), seguindo os conceitos da Organização Mundial de Saúde – OMS, o envelhecimento cronológico se classifica em quatro estágios: a meia idade de 45 a 59 anos; o idoso de 60 a 74 anos; o ancião de 75 a 90 anos; e a velhice extrema de 90 anos em diante. No entender dos fisiologistas, esta pode ser variação até 30 anos em relação à cronológica. Isso nos leva a crer que a conceituação cronológica do idoso é concebida apenas como uma função

linear de expectativa de vida. Mesmo assim, é comum classificarmos: 1) Primeira Idade: que abrange do nascimento aos 28 anos, ou seja, o período de nossa formação física, moral, social e profissional, 2) Segunda idade: aquela do desfrute da maturidade, dos 28 aos 56 anos; 3) Terceira Idade, dos 56 aos 84 anos, denominada outono da vida e 4) Quarta Idade, a chamada idade da velhice, iniciada aos 84 anos.

Segundo Guedes (2001), o envelhecimento se refere a um fenômeno fisiológico do comportamento social ou cronológico. É um processo biopsicossocial de regressão, observável em todos os seres vivos expressando-se na perda da capacidade ao longo da vida, devido à influência de diferentes variáveis, como a genética, danos acumulados e estilo de vida, além de alterações psicoemocionais.

No processo natural do envelhecimento, haverá características **anatômicas, funcionais e psicossociais** distintas. As principais modificações apresentadas serão elucidadas abaixo.

As **alterações anatômicas** são principalmente as mais visíveis e manifestam-se em primeiro lugar. A pele que resseca, tornando-se mais quebradiça e pálida, perdendo o brilho natural da jovialidade. Os cabelos que embranquecem e caem com maior frequência e facilidade não são mais naturalmente substituídos, principalmente nos homens. O enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea leva a mudanças na postura do tronco e das pernas, acentuando ainda mais as curvaturas da coluna torácica e lombar. As articulações tornam-se mais endurecidas, reduzindo assim a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha. Nas vísceras, produz-se uma alteração causada pelos elementos glandulares do tecido conjuntivo e certa atrofia secundária, como a perda de peso (MARCHI NETTO, 2004).

Quanto às **alterações orgânicas** que ocorrem com o aumento da idade cronológica podem ser citadas as mudanças que ocorrem nas dimensões corporais, tais como: a estatura, o peso, a composição corporal. Apesar do alto componente genético na determinação do peso e da estatura dos indivíduos, outros fatores, tais como a dieta, a atividade física, aspectos psicossociais e as doenças, estão envolvidos nas alterações desses componentes durante o envelhecimento.

Existe uma diminuição da estatura, com o passar dos anos, decorrente da compressão vertebral, com o estreitamento dos discos intervertebrais e da cifose. Quanto ao peso e a composição corporal sofrem alterações a partir dos 45/50 anos, estabilizando-se aos 70 e

declinando aos 80 anos, resultado de fatores multifatoriais, tais como hormonais, dependência funcional, uso excessivo de medicamentos, sedentarismo. Estudos evidenciam que o aumento da gordura, nas primeiras décadas do envelhecimento, e a perda dela, nas décadas mais tardias, parece ser o padrão mais provável de comportamento da gordura corporal no envelhecimento.

Na parte **fisiológica**, as alterações, na maioria das vezes, podem ser observadas pela lentidão do pulso, do ritmo respiratório, da digestão e assimilação dos alimentos. Porém, acima de tudo, o próprio indivíduo sente a decadência de sua capacidade de satisfação sexual. O orgasmo torna-se cada vez mais difícil para ambos os sexos, contudo, a atividade sexual não desaparece, apenas torna-se menos intensa e freqüente.

Acompanhando as alterações morfológicas e estruturais do envelhecimento, ocorre o comprometimento **funcional**, sendo abordadas principalmente as alterações cardiorrespiratórias.

Quanto ao sistema cardiovascular, é própria da fase da velhice a dilatação aórtica e a hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo do coração, associados a um ligeiro aumento da pressão arterial (MARCHI NETTO, 2004). Entre 30 e 70 anos, o sistema cardiovascular declina por volta de 30%, em consequência da diminuição da eficiência do músculo do miocárdio, e a dinâmica da respiração fica diretamente afetada, em razão das modificações na caixa torácica e no parênquima pulmonar. A capacidade pulmonar decresce também a partir dessa idade, o que leva a uma redução de oxigenação do sangue. Estas alterações podem ser limitantes em exercícios de forte intensidade, porém não causam problemas em exercícios de média intensidade (KARINI, 2009).

Outras **alterações motoras** acentuam a diminuição da agilidade, redução da coordenação, diminuição do equilíbrio, redução da flexibilidade e da mobilidade articular e o aumento da rigidez da cartilagem, dos tendões e dos ligamentos.

As várias mudanças que ocorrem com o processo de envelhecimento, influenciam de maneira decisiva o comportamento da pessoa idosa. Estes comprometimentos decorrentes do processo de envelhecer levam os indivíduos a situação de incapacidade funcional definida como a presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela dificuldade de desempenhá-las (ROSA et al., 2003).

Além das alterações no corpo, o envelhecimento traz ao ser humano uma série de mudanças nos **aspectos psicossociais**.

O envelhecimento **social** da população traz uma modificação no *status* do idoso e no relacionamento dele com outras pessoas em função de diversos aspectos, tais como crise de identidade (o que levará o idoso a uma perda de sua auto-estima); mudanças de papéis (na família, trabalho e sociedade); aposentadoria (os idosos sentem-se mais inúteis após pararem de trabalhar); diminuição dos contatos sociais (que se tornam reduzidos com a saída do emprego) e perdas diversas que vão da condição econômica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia (ZIMERMAN, 2000; TEIXEIRA, 2004).

Quanto às **alterações psicológicas** que poderão resultar do processo de envelhecimento, podem ser ressaltadas desde a dificuldade de se adaptar a novos papéis, a falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro, a necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; até a dificuldade de se adaptar as mudanças rápidas que tem reflexos dramáticos nos idosos, a alterações psíquicas que exigem tratamento, como, por exemplo, depressão, hipocondria, somatização, paranóia; baixas autoimagem e autoestima (ZIMERMAN, 2000; TEIXEIRA, 2004).

As perdas psicológicas e afetivas são implicações comuns na velhice, as quais aparecem, muitas vezes, em associação com perdas motoras e manifestações somáticas, caracterizadas pela redução da capacidade funcional, calvícies, canície, envelhecimento cutâneo intrínseco, entre outras (BRANDÃO, BRANDÃO, 2007; PAPALÉO NETTO, 2007).

Amaral, Pomatti e Fortes (2007, p.19) afirmam que:

“No fenômeno do envelhecer não se pode pensar somente em deixar de ser produtivo, em restringir-se às privações ou dependências. É preciso pensar também em plenitude, sabedoria e renascimento para uma nova etapa da existência. É aprender a conviver e aceitar algumas dificuldades que surgem nesse processo do envelhecimento e procurar compensá-las com o conhecimento adquirido nos anos vividos, até porque não é possível negar essa fase, que é progressiva e própria do ser humano”.

De acordo com o que foi ressaltado, podemos citar Rodrigues e Diogo (2000), quando relata que o ser humano em desenvolvimento durante o ciclo da vida é um ser biopsicossocial, podendo sofrer influências e influenciar o ambiente em que vive, num processo de adaptação, em suas relações com o mundo. O ambiente físico, político e cultural em que o ser humano estiver situado pode facilitar ou dificultar o processo de adaptação, acelerando ou retardando o envelhecimento.

1.2 TIPOS DE ENVELHECIMENTO

Embora haja muitos estudos sobre o processo de envelhecimento, os cientistas não concordam em relação a como e porque envelhecemos, levando à criação de diversos modelos do envelhecimento biológico que podem ser divididos em duas categorias gerais (RAMOS, 2003).

Segundo Papalia, Olds, Feldman (2006), o processo de envelhecimento pode ser dividido em duas etapas: **1) Envelhecimento Primário:** definido como um processo gradual e inevitável de deterioração corporal que começa cedo na vida e continua ao longo dos anos. Nesse tipo de envelhecimento também denominado de “normal” não há declínio da capacidade funcional (MOTTA, 2005) e; **2) Envelhecimento secundário:** constituído pelas consequências de doenças, de abuso e de ausência de uso – fatores que podem ser evitáveis e estão sob o controle das pessoas.

Shumway-Cook e Woollacott (2003) descrevem dois modelos que representam as categorias de teorias existentes sobre o envelhecimento. O primeiro modelo ou envelhecimento primário: que são relacionados à genética, considera que as funções do sistema nervoso decrescem continuamente com o avanço da idade, de forma linear e inevitável. O segundo modelo ou envelhecimento secundário: que são relacionados a causas externas, como a incidência de patologias ou acidentes, levando ao declínio do funcionamento dos sistemas propondo uma visão mais otimista em relação a essa fase da vida, caso não haja nenhum acontecimento de doença, de abuso e de ausência de uso, o Sistema Nervoso Central (SNC) continua funcionando em um nível relativamente alto até a morte, desta forma são fatores que podem ser evitáveis e estão sob o controle das pessoas (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

A saúde do idoso é determinada pela combinação destes dois fatores, sendo mais determinantes para um envelhecimento bem sucedido os fatores secundários. Estes fatores se referem aos hábitos de vida e nível de atividade física do indivíduo e, diferentemente dos fatores primários, podem ser modificados no decorrer da vida (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Para compreensão do envelhecimento ativo, incluem-se três componentes, primeiro, baixar probabilidade de doenças ou limitações decorrentes de patologias; segundo,

manutenção das capacidades cognitivas e físicas e; terceiro, engajamento ativo com a vida. Deste modo, a inclusão do terceiro componente indica a tendência de que o envelhecimento ativo não está associado somente à ausência de prejuízos e nem se dá de forma passiva, mas é determinado ativamente pela postura do idoso (ROWE; KAHN, 1998).

Rowe e Khan (1998) sugerem três possibilidades para o envelhecimento: **normal**, **patológico e saudável** (ou bem sucedido). O envelhecimento **normal** seria marcado pelos eventos físicos, cognitivos e sociais normativos para essa fase da vida. Assim, alterações como pressão arterial elevada, déficits visuais e auditivos, mudanças de papéis sociais, diminuição da velocidade das tarefas seriam eventos esperados. O envelhecimento **patológico** seria resultante de alterações globais com presença de síndromes e doenças crônicas. O envelhecimento **saudável** seria aquele acima das expectativas do envelhecimento normal, ou seja, as alterações decorrentes do envelhecimento ocorrem lentamente, de tal forma que o funcionamento físico, social e cognitivo nesses idosos são melhores que o da maioria das pessoas de mesma faixa etária.

Motta (2005) nos traz ainda outros conceitos do campo da geriatria como **envelhecimento bem sucedido e envelhecimento produtivo**.

O **envelhecimento bem-sucedido** pode ter três conotações: 1) a idéia de realização do seu potencial na busca do bem-estar físico, social e psicológico, dado como adequado para sua faixa etária; 2) a idéia de funcionamento semelhante às populações mais jovens e 3) a idéia da manutenção da competência em domínio pré-estabelecido por compensação ou otimização.

O **envelhecimento produtivo** está ligado a idéia de envelhecimento bem-sucedido, se contrapõe à idéia de velhice como inatividade, afastamento e improdutividade. Incorpora questões como trabalho remunerado, ou não, atividades de lazer; contribuição para a economia pela criação de áreas de consumo; contribuições para a melhoria da saúde, capacidade funcional e satisfação.

Os níveis de sedentarismo tornam-se cada vez mais preocupantes quando se leva em consideração a população em geral. No último século, os comportamentos sociais conduzem a população a adotar estilos de vida menos ativo. Nesse sentido, alguns fatores como trabalho sedentário e má qualidade na alimentação, aliados ao tabagismo, alcoolismo, e sedentarismo no tempo de lazer são um dos principais fatores de risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas (KARINI, 2009).

Dessa forma, importantes estudos têm sido desenvolvidos a fim de compreender melhor essa população e de proporcionar um envelhecimento ativo, no qual a autonomia e, principalmente, a dignidade do idoso devam ser sempre respeitadas e assim garantir uma melhor QV, reduzindo os impactos deletérios do envelhecimento (ISHIZUKA, 2003; FREITAS, 2006).

□□□□ *Capítulo 2*
QUALIDADE DE VIDA:
DO CONCEITO A AVALIAÇÃO
SUBJETIVA NA TERCEIRA IDADE

2.1 QUALIDADE DE VIDA

Segundo Paschoal (2000), o tema da QV emergiu a partir da Segunda Grande Guerra Mundial quando foi usado o conceito de “boa vida” para referir-se a conquista de bens materiais. Em seguida o conceito foi ampliado e passou a medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvendo economicamente. A criação de indicadores econômicos permitia comparar a QV entre diferentes países e culturas. Depois o termo passou a designar, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social.

O termo Qualidade de Vida (QV) é noção eminentemente humana e que tem sido relacionada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, ambiental e a própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

De acordo com Rebelatto e Morelli (2004, p. 23):

“Nos países desenvolvidos, a emergência da preocupação com o tema qualidade de vida ocorreu depois da segunda grande guerra mundial e coincidiu com o desenvolvimento de procedimentos e técnicas destinados à manutenção da vida de enfermos crônicos e terminais, avanços esses que decorreram, em parte, das oportunidades geradas por aquele conflito. Tais progressos geraram discussão sobre a relação custo-benefício, considerando tanto o bem-estar do indivíduo como os interesses da sociedade. Foi nesse contexto que começou a falar em qualidade de vida em saúde”.

A partir da década de 60, percebeu-se que embora os indicadores sócio-econômicos fossem importantes (qualidade de vida objetiva), era necessário avaliar a qualidade de vida percebida pelas pessoas, o quanto elas estavam ou não satisfeitas com a qualidade de suas vidas (qualidade de vida subjetiva) (PASCHOAL, 2000; NERI, 2004). O indivíduo deveria julgar a qualidade de sua vida, e não apenas avaliar como se enquadrava ou não no modelo de qualidade de vida que o pesquisador julgava ser boa.

De acordo com diferentes perspectivas, o termo qualidade de vida representa as sensações subjetivas de sentir-se bem. Devido às escassas discussões sobre o tema até à década de 1980, o termo era usado como sinônimo de satisfação com a vida, autoestima, bem-

estar, felicidade, saúde, valor e significado da vida, habilidade de cuidar de si mesmo e independência funcional (GOMES, 2010).

A partir do início da década de 90, parece chegar-se ao consenso entre os investigadores acerca de dois aspectos relevantes no conceito de qualidade de vida: subjetividade e multi-dimensionalidade. Atualmente, a maioria das definições de qualidade de vida enfatiza a sua natureza subjetiva (a percepção individual) (GASPAR, et al. 2005).

Ainda na década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) constatou que as medidas de QV revestem-se de particular importância na avaliação de saúde, tanto dentro de uma perspectiva individual como social. A OMS define Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e percepções” (WHO, 1994, p.32).

Segundo Fleck et al. (2000), a QV é um conceito de alcance abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo.

Segundo Gouveia (2006), muito se tem estudado sobre qualidade de vida, mas ainda não existe um consenso sobre a operacionalização desse conceito. Estudos convergem quanto aos componentes da qualidade, sendo divididos em aspectos objetivos (renda, escolaridade, alimentação, ocupação, entre outros) e subjetivos (bem-estar subjetivo, satisfação com a vida, suporte social, dentre outros).

Há múltiplas escalas de avaliação deste construto. Todavia, existem diferenças em relação aos aspectos conceituais subjacentes, à importância dada à subjetividade, em detrimento da objetividade na escolha dos itens, bem como à natureza e ao peso de cada domínio para avaliação de Qualidade de Vida como recurso gerador de conceitos pertinentes à população em questão a serem posteriormente averiguados sob enfoque psicométrico. Em função destas particularidades, tem sido ressaltada a importância da utilização da metodologia qualitativa (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Diversos instrumentos vêm sendo construídos com o intuito de averiguar a qualidade de vida, e da mesma forma que é difícil conceituá-la, a sua medida também o é, para isso deve-se sintetizar sua complexidade analisando as diferentes culturas e realidades sociais (SANTOS et al., 2002).

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu o instrumento World Health Organization Quality of Life – 100 (WHOQOL–100) e sua versão abreviada o WHOQOL-brev dentro de uma perspectiva transcultural para medir QV em adultos, a partir das características fundamentais do caráter subjetivo da QV (englobando aspectos positivos e negativos), e sua natureza multidimensional com abordagem transcultural que contempla três aspectos referentes ao constructo qualidade de vida: subjetividade (percepção do indivíduo sobre sua vida); multidimensionalidade (o construto abrange várias dimensões da vida); e presença de elementos de avaliação tanto positivos quanto negativos (FLECK et al., 2000). Para os especialistas da OMS a multidimensão desse construto deve abranger os seguintes domínios: 1) físico, 2) psicológico, 3) nível de independência, 4) relações sociais, 5) meio ambiente, e 6) aspectos espirituais (TRENTINI et al., 2004).

As avaliações de Qualidade de Vida (QV) têm sido utilizadas como uma importante medida na análise de intervenções terapêuticas, serviços e prática assistencial cotidiana na área da saúde, além de ser um importante indicador devido ao impacto físico e psicossocial que enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar na vida das pessoas. No âmbito da saúde coletiva, é esperado que práticas assistenciais e políticas públicas no campo da promoção da saúde ao idoso os proporcionem melhoria na qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

2.2 QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

As múltiplas facetas do processo de envelhecimento apontam para a necessidade de atenção abrangente à saúde do indivíduo idoso. Esta forma de atuação está implícita no preconizado pela Organização Mundial da Saúde, ao estabelecer que saúde não é meramente ausência de doença, mas estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, o que coloca em relevância a melhoria da qualidade de vida (PAPALÉO NETTO, 2007).

A busca por uma boa qualidade de vida é um dos principais objetivos da vida humana, especialmente nos anos de vida mais avançados. O aumento da longevidade é valioso à medida que oferece oportunidades para o prolongamento de uma vida saudável e produtiva. Com a chegada da velhice, a debilidade física, a dependência, a perda de papéis, os

estereótipos e preconceitos, enfim as inevitáveis perdas decorrentes do processo de envelhecimento podem levar a diminuição da qualidade de vida dos idosos. Surge então a preocupação em transformar a sobrevida aumentada do ser humano numa etapa significativa da vida (PASCHOAL, 2000).

Neri (2004) relata que o estudo da qualidade de vida em idosos é recente, mas devido ao processo de envelhecimento populacional dos países desenvolvidos a temática vem tomando evidência, principalmente porque há um fortalecimento da idéia de que as patologias apresentadas no idoso demandam altos custos para o indivíduo e a sociedade.

Geralmente, o aumento na expectativa de vida das pessoas não é acompanhado com melhorias da qualidade de vida, pois, as pessoas estão conseguindo chegar a idades avançadas, porém, com a capacidade funcional deteriorada. Entende-se por capacidade funcional a capacidade de realizar as atividades de vida independentemente, incluindo atividades de deslocamento, atividades de autocuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas. Desta forma existe atualmente uma grande preocupação em preservar a saúde e o bem estar global dessa parcela da população para que tenham um envelhecimento com dignidade.

Neste direcionamento, a qualidade de vida do idoso é verificada a partir de uma avaliação multidimensional referenciada de critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente. Ou seja, a qualidade de vida do idoso é dependente de muitos elementos em interação constante ao longo da vida do indivíduo. Dentre os principais elementos envolvidos na avaliação da qualidade de vida do idoso estão: as condições físicas do ambiente; as condições oferecidas pela sociedade, relativas à renda, saúde, educação formal e informal; a existência de redes de relações de amizade e de parentesco, o grau de urbanização e das condições de trabalho; as condições biológicas propiciadas pela genética, pela maturação, pelo estilo de vida e pelo ambiente físico (ALMEIDA et al., 2006).

Avaliar a qualidade de vida dos idosos não é tarefa fácil, por isso é necessário adotar critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural. Elementos como: longevidade; saúde biológica, saúde mental; satisfação; controle cognitivo, competência social; produtividade; atividade; status social; renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais (principalmente rede de amigos) são vistos como indicadores de bem-estar na velhice. Ainda não foi possível ter certeza do grau de

importância de cada um, suas inter-relações e causas entre eles, mas sabe-se que as diferentes variáveis relacionadas à qualidade de vida na velhice podem ter diferentes impactos sobre o bem-estar subjetivo (SANTOS et al., 2002; NERI, 2004).

Para Sousa, Galante e Figueiredo (2003), muitas vezes a qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de dependência-autonomia. Tanto alterações biológicas (deficiência ou incapacidades) como mudanças nas exigências sociais, caracterizam as dependências encontradas nos idosos e geralmente as últimas parecem influenciar às primeiras. A perda das capacidades físicas, a saída do processo produtivo e a incompetência que o meio espera está associada à diminuição da qualidade de vida do idoso. Desta forma, parece relevante o conhecimento de alguns aspectos que norteiam o processo de envelhecimento e por isso os estudos científicos e as políticas públicas em saúde caminham em busca de um trabalho preventivo com relação ao idoso, visando principalmente prepará-lo para enfrentar, da melhor maneira possível, esse período da vida.

□□□□ *Capítulo 3*
EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Nessas ações é importante combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas (CANDEIAS, 1997).

Como área de conhecimento, a educação em saúde requer uma visão corporificada de distintas ciências, tanto do âmbito da educação como da saúde, integrando disciplinas como psicologia, sociologia, filosofia e antropologia. Esse entendimento é reforçado ao se afirmar a educação em saúde como um campo multifacetado para o qual convergem diversas concepções que espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (DILLY; JESUS, 1995).

Entretanto, em sua história, a educação em saúde, respaldada pelo avanço científico, voltou-se inicialmente para as classes subalternas caracterizando-se pelo autoritarismo, com imposição de normas e de medidas de saneamento e urbanização, a exemplo da campanha de vacinação contra a varíola imposta por Oswaldo Cruz, sua prática era orientada por um discurso biologicista, que reduzia a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não assimilando as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. De acordo com esta perspectiva inicial da educação em saúde, o surgimento dos problemas de saúde era decorrente do não cumprimento das normas de higiene recomendadas pelos profissionais e a mudança de atitudes e comportamentos dos indivíduos garantiria a resolutividade destas enfermidades (OLIVEIRA, 2006).

Este tipo de pensamento baseado no paradigma flexneriano é veiculado até os dias atuais e muitos profissionais de saúde acreditam que a educação em saúde se produz através de recomendações autoritárias e da assimilação passiva das prescrições normativas impostas por estes profissionais; não obtendo uma mudança significativa na adoção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis. Desta forma, a comunicação profissional-indivíduo caracterizar-se-ia pelo estilo informativo no qual o profissional, detentor do saber técnico-científico com *status* de verdade, assume uma postura autoritária recomendando hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde, e espera

que a partir das informações recebidas os indivíduos sejam capazes de tomar decisões para a prevenção de doenças e agravos, assumindo novos hábitos e condutas (OLIVEIRA, 2006).

Este modelo de educação em saúde vem sendo repensado, principalmente a partir dos anos 70 – época em que os movimentos sociais questionam o conceito de saúde, recebendo muitas críticas principalmente devido a não consideração dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Ao conceber o indivíduo como destituído de um saber sobre a saúde desconsidera-se que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença-cuidado estabelecidos no senso-comum e partilhados pelo grupo de pertença daquele sujeito. Notou-se, portanto, a falibilidade das estratégias de comunicação informativas, buscando-se adotar uma comunicação dialógica com o intuito de compreender os fatores de vulnerabilidade que estão presentes no cotidiano daqueles indivíduos e que contribuem para aquisição e/ou manutenção dos problemas de saúde (OLIVEIRA, 2006).

Segundo Contandriopoulos (1998), o estado de saúde é influenciado de maneira inequívoca pelas características contextuais como o *status* social, o nível de educação, a ocupação, a riqueza do ambiente durante a infância, o suporte social, entre outros, existindo um gradiente entre a posição ocupada em função destes indicadores e a saúde.

Neste sentido, pode-se conceber Educação e Saúde como dimensões da vida humana, normalmente separadas, mas que precisam permanecer sempre juntas. Normalmente se deixa a dimensão saúde para os profissionais da área e a educação é esquecida ou relegada à escola. E com isso, em geral, a população fica sem saúde e sem educação, pois dentro desse raciocínio as pessoas, no cotidiano, as famílias, no dia-a-dia não precisariam se preocupar nem com a preservação da saúde nem com a educação, pois para isso existem os profissionais específicos (OLIVEIRA, 2006).

Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na ‘promoção do homem’ (SCHALL; STRUCHINER, 1999). Educar para saúde exige informação e formação ampla e integral para garantir ao paciente que ele será visto e respeitado como uma pessoa integral: física, mental e afetivamente (LOBO, 1995).

Seguindo este raciocínio pode-se constatar que ao conceito de educação em saúde está ancorado ao conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico/mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza) (BUSS et al., 1998).

Assim, a educação em saúde é um processo dinâmico, no qual se pretende que as pessoas considerem a saúde como um valor, incentivando a utilização de serviços de saúde, bem como estimulando as pessoas a conseguirem saúde através de seus próprios esforços e ações. A prática do trabalho educativo ocorre através de modelos didático-pedagógicos sanitários, apresentando três modalidades de aplicação: trabalho individual, trabalho de grupos específicos e trabalho com a comunidade (SILVA, 1994; DILLY, JESUS, 1995).

Dentre os diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde, Vasconcelos (1999) destaca a atenção básica como espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde devido à maior aproximação entre profissionais e usuários, com ênfase nas ações preventivas e de promoção de saúde.

Por promoção de saúde deve-se entender ações que visem a mudanças no estilo de vida e que acarrete uma diminuição do risco de adoecer e morrer. Com isso os idosos têm de ser tratados em toda a sua complexidade social, pois muitos dos problemas que influenciam a saúde e a qualidade de vida desse segmento populacional estão diretamente ligados a situação econômica do país (PAPALÉO NETTO, 2007).

A partir da educação em saúde, espera-se a grande responsabilidade e capacidade de reverter práticas autoritárias e impositivas, horizontalizando e humanizando as relações de assistência à saúde: da promoção à reabilitação (CANDEIAS, 1997; SHAEDLER, ALMEIDA, 2001).

A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção integral ao idoso passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. Essa perspectiva converge para a formação continuada dos profissionais visto que uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor (RIBEIRO, 2002). É dentro desta nova perspectiva de atuação profissional que se insere o

fisioterapeuta, agindo em programas de promoção de saúde e proteção específica (DELIBERATO, 2002).

3.1 FISIOTERAPIA: UMA PERSPECTIVA DE EDUCAÇÃO PARA PROMOÇÃO EM SAÚDE

A Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudo é o movimento humano. Utiliza-se de conhecimentos e recursos próprios com os quais busca promover, tratar e recuperar distúrbios da cinesia humana, seja eles, decorrentes de alterações de órgãos e sistemas ou com repercussões psíquicas e orgânicas (REBELATO; BOTOMÉ, 1999). Essa disciplina tem hoje um papel marcante no aspecto social, pois atua em todos os níveis de atenção à saúde: promoção, prevenção, cura e reabilitação.

É um campo de conhecimento e intervenção que permeia as áreas da saúde e da educação. Atua na esfera social, com tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais), apresentem, temporária ou definitivamente, dificuldades de inserção e participação na vida social (REBELATTO; MORELLI, 2004).

A fisioterapia apresenta uma missão primordial, de cooperação, mediante a nova realidade de saúde que se apresenta, através da aplicação de meios terapêuticos físicos, na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos do homem, assim como na promoção e na educação em saúde (RAGASSON et al., 2006).

A fisioterapia geriátrica é uma área que merece atenção e que é importantíssima no processo de envelhecimento, podendo contribuir, além da reabilitação, na conscientização da população idosa exercendo seu papel de agente promotor de saúde e colaborar para o envelhecimento bem sucedido (SHANKAR; RANDAL; NAYAK, 2002).

Nesta perspectiva, a fisioterapia deve fundamentar as ações de saúde para os idosos, procurando mantê-los com o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e no seio de suas famílias. Para tanto, devem oferecer alternativas que atendam as diferentes condições biológicas, psicológicas e sociais dos idosos, dentro de modelos assistenciais que tenham como base a atenção primária a saúde, valorizando a

promoção de saúde e a prevenção de doenças e de incapacidades que acometem essas pessoas (REBELATTO; MORELLI, 2004).

Os programas de assistência aos idosos, fomentados pelo Ministério da Saúde, têm por finalidade desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças; isto é, diminuir os fatores de risco ao envelhecimento patológico, através do condicionamento físico e a estabilidade emocional, proporcionando a melhoria da qualidade de vida e retardamento do processo de envelhecimento (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 1995)

Na área da saúde, tem-se observado um interesse crescente em investigar a relação da atividade física com parâmetros relacionados à capacidade funcional. Estudos indicam que níveis mais elevados de atividade física estão relacionados com a redução de morbidade e mortalidade por diversas causas. O nível de atividade física e o número crescente de doenças crônicas que acompanham o envelhecimento, freqüentemente propiciam um círculo vicioso: doenças e incapacidades reduzem o nível de atividade física o que por sua vez, tem efeito na capacidade funcional (REJESKI; FOCHT, 2002).

Em atividades em grupo para os idosos não há anulamento do envelhecimento, mas sim a prevenção de possíveis problemas que ocorrem nessa fase, onde estas atividades adaptadas e compensatórias podem ajudar a atrasar e/ou diminuir uma série de alterações e de mudanças anatômicas-funcionais, produto do envelhecimento (GEIS, 2003).

Quanto mais cedo forem iniciadas as atividades, mantendo-se uma constância na sua prática, maiores serão os seus benefícios preventivos. Será conveniente levar em conta, também, que nem todas as pessoas envelhecem por igual; que as alterações não afetam da mesma maneira e nem com a mesma intensidade a todos. Por isso, a atividade coletiva preventiva deverá ser sempre personalizada e pensada em função das capacidades, das características e da disponibilidade de cada um, favorecendo a qualidade de vida dos idosos.

Cabe ao fisioterapeuta, atuar de forma decisiva junto aos idosos para lhes proporcionar educação em saúde, vislumbrando sua inclusão social; procurando atendê-los numa visão focada na reeducação dos movimentos do corpo; buscando incentivá-los à descoberta dos benefícios que o movimento pode proporcionar durante atividades práticas do dia-a-dia, instituindo, dessa forma o alcance do maior grau possível de independência funcional, autonomia, bem-estar físico, emocional e energético. Uma das possibilidades de propostas fisioterapêuticas é o uso da Psicomotricidade como estratégia de educação em saúde com o objetivo de garantir uma qualidade de vida na terceira idade.

□□□□ *Capítulo 4*

PSICOMOTRICIDADE

4.1 PSICOMOTRICIDADE: O MOVIMENTO COMO FERRAMENTA PEDAGÓGICA

O termo psicomotricidade, semanticamente, nos traz referência aos mecanismos mentais, intelectuais e emocionais acrescidos de movimento, gesto e ação. A justaposição dos dois termos leva-nos ao dualismo corpo e mente (VELASCO, 2006). É importante salientar que essa ciência, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (LOUREIRO, 2005), vai além desse dualismo e estuda o desenvolvimento humano.

A psicomotricidade é a relação entre o pensamento e a ação, envolvendo a emoção. Assim, pode ser entendida como uma ciência da área da educação que procura educar o movimento, ao mesmo tempo em que envolve as funções da inteligência. Portanto, o intelecto se constrói a partir do exercício físico, que tem uma importância fundamental no desenvolvimento não só do corpo, mas também da mente e da emotividade (SANTOS, 2006).

Hoje, a psicomotricidade é o relacionar-se através da ação, como um meio de tomada de consciência que une o ser corpo, o ser mente, o ser espírito, o ser natureza e o ser sociedade. A psicomotricidade está associada à afetividade e à personalidade, porque o indivíduo utiliza seu corpo para demonstrar o que sente, e uma pessoa com problemas motores passa a apresentar problemas de expressão.

Barreto (2000) afirma que a psicomotricidade consiste na integração do indivíduo, utilizando, para isso, o movimento e levando em consideração os aspectos relacionais ou afetivos, cognitivos e motrizes. É a educação pelo movimento consciente, visando melhorar a eficiência e diminuir o gasto energético.

Le Boulch (1987) define psicomotricidade como uma ciência que estuda a conduta motora como expressão do amadurecimento e desenvolvimento da totalidade psicofísica do homem. Similarmente, a Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (SBP, 2010) considera-a como a ciência que tem por objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo, fazendo aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas.

Diante desses conceitos, considera-se a Psicomotricidade como a ciência que percebe o homem como um todo; tornando indissociável a relação mente e corpo, visto que associa a funções neurológicas, psíquicas, cognitivas e afetivas do indivíduo. Sendo, as fases da

maturação humana, muito importantes para o processo de aprendizagem (CRUZ; SHIRAKAWA, 2006).

O estudo da psicomotricidade impetra a abordagem do seu sistema psicomotor, um sistema aberto, denominado de Sistema Psicomotor Humano (SPMH), sendo o mesmo composto por fatores psicomotores, com propriedades e atributos em constantes relações para formar um todo único.

Fazendo uso dos conhecimentos de gerontologia, a psicomotricidade aborda as mudanças regressivas do sistema psicomotor de idoso sob a terminologia de gerontopsicomotricidade.

“Gerontopsicomotricidade é a prática dirigida ao idoso através da psicomotricidade, que prioriza o desenvolvimento de uma maior consciência corporal através da ação concomitante do sentir, agir. E pensar, contribuindo para maior autonomia, no relacionamento interpessoal, na integração familiar e na sociedade” (FARIA, 2002, p. 25).

As mudanças regressivas no sistema psicomotor do idoso, inicialmente concebidas como doença e já abordadas no primeiro tópico deste trabalho, denunciam as perdas de noção de tempo, de espaço e de corpo; dependência hipotônica, desorganização e desintegração motora; imobilidade dentre outras, são assumidas pelos idosos com desconforto e insatisfação perante a essas expressões naturais do processo de envelhecimento (VASCONCELOS, 2003).

Vasconcelos (2003) relata que vários foram os pesquisadores que se preocuparam em estudar as mudanças regressivas no sistema psicomotor do idoso, porém Fonseca vem se destacando através do conceito de retrogênese psicomotora.

Para uma melhor compreensão da gerontopsicomotricidade, Fonseca (1998) toma como base: a filogênese, ontogênese e retrogênese, pois as mesmas, explicam, estudam e atuam através da organização vertical ascendente.

Segundo Fonseca (1998) para a abordagem de retrogênese psicomotora é preciso equacionar o conceito de evolução humana. O cérebro é considerado o órgão mais organizado do organismo por envolver a passagem do menos organizado (medula) ao mais organizado (córtex); do mais simples ao mais complexo; do reflexo ao automático; do automático ao mais voluntário, pressupondo uma organização vertical ascendente. Contudo, para o autor nenhuma teoria conseguiu explicar todas as características da evolução, porém é reconhecido que o cérebro a traduz na sua essência intrínseca e extrínseca, tendo alterado e modificado a função de sistemas antigos, desenvolvendo-os para transformá-los assim em novos sistemas.

O ser humano desde a sua vida embrionária até o momento de sua morte sofre processos de transformação através de fases. Partindo da imaturidade para maturidade, sendo esta a fase de aquisição para a integração de informação e que culminará posteriormente na desmaturidade, que é o declínio que ocorre bem antes da terceira idade e observada somente nesta fase em decorrência de acentuadas mudanças estruturais e funcionais procedentes do produto final da evolução que é a involução. Ou seja, é na involução psicomotora, onde acontece a deterioração das propriedades e funções dos fatores psicomotores numa seqüência inversa ao que foi adquirido (FONSECA, 1998).

Fonseca (1998) relata ainda que durante a fase de crescimento ocorre a ontogênese – processo de aquisição dos fatores psicomotores, estes são adquiridos na seguinte ordem: tônus muscular, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina. Ao término dessa fase inicia-se o estágio adulto, onde ocorre o aperfeiçoamento desses fatores. Chegará a uma determinada fase da vida, frequentemente na terceira idade, em que o ser humano sofrerá perdas progressivas das habilidades na seguinte ordem: praxia fina, praxia global, estruturação espaço-temporal, noção do corpo, lateralização, equilíbrio e por último o tônus muscular (FIGURA 1).

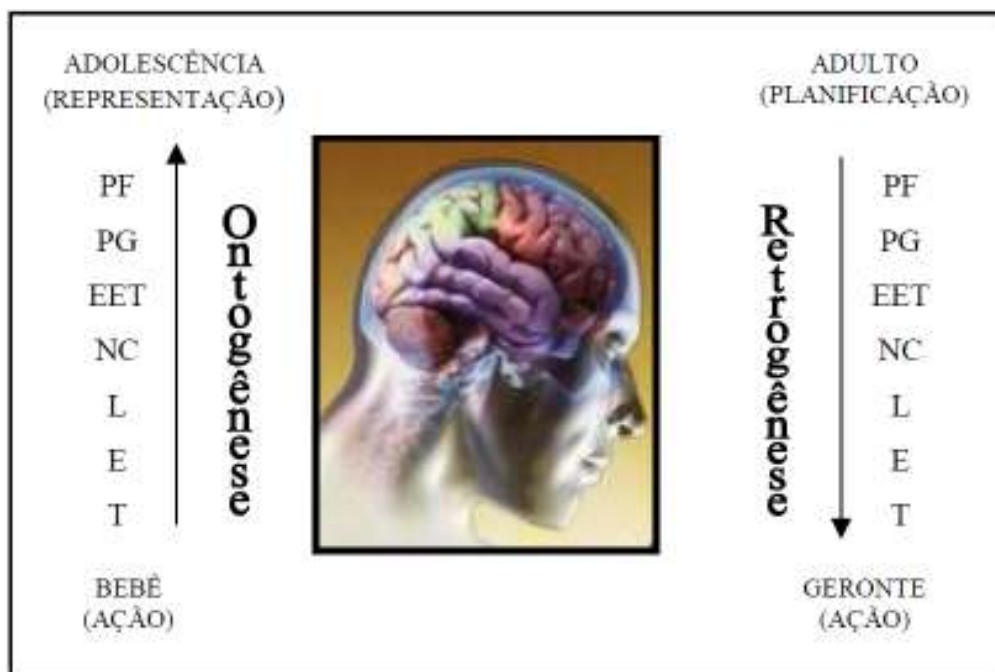


Figura 1: Da ontogênese a retrogênese T–Tonicidade; E – Equilíbrio; L – Lateralização; NC – Noção Corporal; EET – Estruturação Espaço-temporal; PG – Praxia Global; PF – Praxia Fina.

Fonte: FONSECA, 1998

A deterioração psicomotora é a desmontagem declinativa, designando uma desorganização vertical descendente em relação a evolução, acontecendo agora do córtex à medula, das atividades mais complexas as mais simples; do voluntário ao automático, sendo assim denominada como retrogênese psicomotora (FONSECA, 1998).

Durante o processo de envelhecimento muitos processos tornam-se lentificados, bem como as respostas psicomotoras. Com a idade, todo processo é mais lento, parece que devido a menor capacidade do sistema nervoso central. A diminuição das respostas é atribuída a todas as etapas do processo. Os órgãos perceptivos dos sentidos necessitam de maior intensidade nos estímulos ou “sinais” para possam captá-los, demonstrando a necessidade de um nível maior de excitação do sentido para que possa captar o sinal (MORAGAS, 1997).

Neste mesmo direcionamento Simões (1998) advoga que o corpo idoso é mais rico em experiências motoras, porém o tempo deprecia a execução do ato motor. Moragas (1997) afirma que as limitações e a diminuição das respostas psicomotoras observadas no idoso são reflexos do aumento do tempo de reação entre o estímulo e o início da resposta. Nesse sentido, a estimulação do desenvolvimento psicomotor é fundamental para que haja consciência dos movimentos corporais integrando-os com a emoção e expressados pelo movimento, o que proporciona ao ser uma consciência de indivíduo integral (SANTOS, 2006).

De acordo com a explanação, Faria (2002, p.26) relata que “gerontopsicomotricidade consistir em contrariar a retrogênese, utilizando a ativação neuronal cortical e preservando as características funcionais do cérebro, por meio da plasticidade neural”.

No idoso, a reeducação do movimento por meio da educação psicomotora é fundamental para garantia de independência funcional e, conseqüentemente, qualidade de vida na terceira idade. Sendo assim, é de suma importância o conhecimento dos fatores psicomotores.

4.1.1 FATORES PSICOMOTORES

O desenvolvimento psicomotor abrange o desenvolvimento funcional do corpo e das suas partes e encontra-se dividido em vários fatores psicomotores. Fonseca (1995) apresenta

sete fatores, que são: tonicidade (tônus muscular), equilíbrio, lateralidade (lateralização), esquema corporal (noção do corpo), estruturação espaço-temporal, praxias global (coordenação motora geral) e praxias fina (coordenação motora final).

- ***Tonicidade***

Thompson (2000) considera tônus como sendo o estado de tensão permanente dos músculos que tem origem reflexa, varia quanto a sua intensidade e segue as diferentes ações sinérgicas; sendo reforçado ou inibido, com a função de ajustamento postural. Assim a tonicidade é considerada como o alicerce fundamental para o desenvolvimento motor, pois é através do tônus que se estabelece o contato com o mundo exterior e é através dele que a tonicidade garante as atitudes, as posturas, as mímicas, as emoções, etc., emergindo a motricidade humana. Sendo assim, o tônus é fundamental no desenvolvimento motor, pois assegura a preparação da musculatura para as múltiplas e variadas formas de atividade postural (FONSECA, 1995; ROSA NETO, 2002).

É impossível separar motricidade da tonicidade, pois toda motricidade parte de uma tonicidade preparando-a, apoiando-a e inibindo-a, ocorrendo auto-regulamento. A motricidade é composta por uma sucessão de tonicidades que resulta na equilibração e na postura humana (FONSECA, 1995; SOUZA, 2005).

De acordo com Nogueira (2007), Wallon é o principal responsável pelo nascimento do movimento de reeducação psicomotora, uma vez que realça a significação do movimento e a inter-relação entre a organização psicomotora e a realização motora em seus estudos sobre expressividade, postura e tonicidade do corpo, desde os primeiros dias de vida.

Para Wallon, citado por Fonseca (1995, p.18), “em qualquer movimento existe um condicionante afetivo que lhe justifica e insufla algo de intencional, o que constitui o diálogo tônico, fundamental à gênese psicomotora, que tem o corpo como instrumento operativo e relacional”.

Relacionando a tonicidade com o processo de envelhecimento, Mendonça (2006) defende a tendência a ocorrer o aumento do tônus muscular no idoso. Ao contrário de Fonseca (1995, 1998), que afirma que pelo princípio de retrogênese dos fatores psicomotores, o tônus muscular sofre uma diminuição e é o último fator a ser alterado.

Para Fonseca (1995), a explicação está na relação neurológica do tônus com a força muscular, ou seja, ao fortalecer o músculo ocorre o aumento do tônus muscular, e o inverso é verdadeiro, afirmando que a força muscular é proporcional a tonicidade. Com isso, entende-se que no processo de envelhecimento com a diminuição progressiva da força muscular ocorre também a diminuição da tonicidade. Mendonça (2006) por sua vez, relata que pode haver uma falsa impressão de hipertonia no idoso em virtude do enrijecimento articular, do encurtamento ligamentar e de limitações na amplitude de movimento.

- ***Equilíbrio***

Conforme Mello (1989), o equilíbrio é a capacidade de manter-se sobre uma base reduzida de sustentação do corpo, através de uma combinação adequada de ações musculares e sob a influência de forças externas (TURBINO, 1979; MEINEL; SCHNABEL, 1984).

O equilíbrio é classificado em duas formas: estático e dinâmico. O equilíbrio estático apresenta maior dificuldade em ser mantido, pois exige concentração e as mesmas características da imobilidade; seu controle é importante para a aprendizagem e aquisição motora, suas formas de ação referem-se à capacidade de sustentar-se em diferentes situações. Enquanto que o equilíbrio dinâmico está relacionado com as funções tônicas motoras, com os membros e os órgãos, tanto os sensoriais como os motores. Dessa forma, exigindo, ao contrário do estático, uma orientação controlada do corpo em situação de deslocamento no espaço com auxílio da visão (FONSECA, 1995; THOMPSON, 2000; OLIVEIRA, 2002).

Assim, o equilíbrio é formado por um conjunto de aptidões estáticas e dinâmicas, abrangendo o controle postural e o desenvolvimento de aquisições motoras, sendo considerado por Rosa Neto (2002) como a base primordial para toda ação diferenciada do segmento corporal, ou seja, é fundamental para a coordenação motora.

Para que o ser humano consiga manter posturas, posições e qualquer atitude é necessária a presença do equilíbrio, pois estas ações exigem a interação de várias estruturas neurofisiológicas e de vários sentidos e sistemas funcionais, tornando a integração postural um sistema complexo que exige a combinação de reflexos simples, informações proprioceptivas, integração vestibular, ativação da formação reticulada, da informação visual e dos movimentos voluntários (FONSECA, 1995; ROSA NETO, 2002).

Um mau equilíbrio motor afeta a construção do esquema corporal, trazendo como consequência a perda da consciência de algumas partes do corpo (GALLARDO, 2000). Quanto mais defeituoso é o movimento, mais energia consome; esse gesto poderia ser canalizado para outras atividades neuromusculares. Dessa luta constante, mesmo que inconsciente, contra o desequilíbrio, tem-se como resultado uma fadiga corporal, mental, e espiritual, aumentando o nível de estresse, ansiedade, angústia e insegurança do indivíduo.

Para que haja o domínio postural é necessária a contração tônica dos músculos profundos, realizada através de reflexos, sendo estes considerados a base para o controle da postura fornecendo suporte para a execução das ações. Desta forma, o fuso muscular torna-se essencial para a manutenção do tônus muscular e assim torna-se possível a regulação do equilíbrio (FONSECA, 1995; ROSA NETO, 2002).

Dentre as informações sensoriais a visão é a mais importante para o controle postural segundo Paixão Júnior e Heckmann (2007), pois compensa a ausência de outros estímulos sensoriais, além de fornecer localização e distância de objeto no ambiente, o tipo de superfície onde se dará o movimento e a posição das partes do corpo uma em relação à outra e ao ambiente. No envelhecimento, o sistema visual é afetado tornando crítico para o equilíbrio, por ocorrer a diminuição da acuidade visual, da sensibilidade ao contraste, da percepção de profundidade, da visão periférica e superior.

O equilíbrio envolvendo o controle postural que revela o nível de integridade de importantes centros e circuitos neurológicos, sem os quais nenhuma atividade pode ser realizada (FONSECA, 2004). Para Vayer (1989) um equilíbrio corporal mal estruturado acarreta transtornos nas áreas motoras, apresentando dificuldades como coordenação deficiente, lentidão e má postura; na área perceptiva, com dificuldades de estruturação espaço-temporal; e na área social, caracterizando problemas nas relações com outras pessoas, originados por perturbações afetivas. Ressalta-se neste momento que essa pesquisa irá enfatizar o equilíbrio dentre os elementos psicomotores que afetam o idoso.

- ***Lateralidade***

A lateralidade, conforme Carvalho (2006) é definida como a sensação interna de que o corpo tem dois lados que não são exatamente iguais. O corpo humano caracteriza-se pela presença de partes anatômicas e globalmente simétricas. Tal simetria anatômica redobra-se

através de uma assimetria funcional, no sentido de que certas atividades são efetuadas apenas por uma destas partes.

A lateralidade é a preferência da utilização de uma das partes simétricas do corpo: mão, olho, ouvido, perna. A lateralização cortical é a especialidade de uma dos dois hemisférios quanto ao tratamento da informação sensorial, ou quanto ao controle de certas funções (ROSA NETO, 2002). Ela ocorre em função de um predomínio que autoriza a iniciativa de um dos dois hemisférios: a organização do ato motor, o qual culminará na aprendizagem e consolidação das praxias.

A lateralidade representa o predomínio normal de um lado do corpo. Seu fortalecimento é importante para o idoso, já que se constitui a base da orientação espacial e coordenação geral (ARAÚJO, 2003; CARVALHO, 2006).

- ***Esquema Corporal***

Esquema corporal é uma percepção do todo ou um conhecimento imediato que temos do nosso corpo, estando ele estático ou em movimento, fazendo relação das suas diferentes partes entre si e, sobretudo, o relacionando com o espaço e os objetos que nos circundam (LE BOUCH, 1982).

A imagem corpórea representa uma forma de equilíbrio que se organiza em um contexto de relações mútuas do organismo e o meio, sendo ela núcleo central da personalidade (ROSA NETO, 2002).

Existe um modelo postural, um esquema, uma imagem do nosso corpo, independente das informações cutâneas e profundas, os quais desempenham um importante papel, mesmo não evidente.

Os primeiros contatos corporais que o ser humano percebe, realiza e manipula são de seu próprio corpo, é o meio da ação, do conhecimento e da relação. A construção do esquema corporal, em outras palavras, é a organização das sensações relativas a seu próprio corpo em associação com os dados do mundo exterior (ARAÚJO, 2003). Dessa forma, esquema corporal define-se como a organização das sensações relativas ao seu próprio corpo em associação aos dados do mundo exterior, informações essas unidas para dar imagem real do próprio corpo e do que podemos fazer com ele, tornando a estruturação do esquema corporal mais complexa que a orientação cinestésica (GALLARDO, 2000).

- ***Estrutura espaço-temporal***

A Estrutura espaço-temporal é composta de duas dimensões: a Organização Espacial e a Organização Temporal, a saber.

Segundo Araújo (2003), a habilidade motora relacionada à organização espacial depende do desenvolvimento dos órgãos da visão, pois é através dela que são fornecidas as referências do corpo bem como sua inserção no espaço; além das sensações cinestésicas que informam a localização do corpo em relação a esse meio ambiente.

A noção de espaço é ambivalente, pois possui simultaneamente certas características como ser abstrata, finita e infinita. Ela envolve tanto espaço do corpo, acessível diretamente, como o espaço que nos cerca finito enquanto nos é familiar, mas se estende ao infinito, ao universo, desvanecendo no tempo. A idéia do espaço está incluída em nossas sensações, resultado de nossas experiências e aprendizagens, podendo ainda constituir-se de intuição imediata (ROSA NETO, 2002).

Possuímos duas ambientações, o espaço físico absoluto, que existe independentemente de seu conteúdo e de nós e, o espaço psicológico, o qual está associado à nossa atividade mental, revelando-se de forma direta ao nível da consciência. No cotidiano, utiliza-se com frequência os dados sensoriais e perceptivos relativos ao espaço que nos cerca. Tais dados contêm as informações sobre as relações entre os objetos no espaço, porém, é a nossa atividade perceptiva, baseada na experiência do aprendizado, que lhe provê significado. A organização espacial depende, portanto, ao mesmo tempo de nossa estrutura corpórea, da natureza do meio que nos cerca e de suas características. Para um melhor desenvolvimento dessa capacidade são necessárias informações provenientes do sistema auditivo (ARAÚJO, 2003).

Ao analisar esta habilidade na terceira idade, observa-se que com o envelhecimento pode ocorrer uma diminuição paulatina na organização corporal do idoso; seja pela diminuição ou maior dificuldade em captar informações proprioceptivas (em decorrência de alterações fisiológicas do envelhecimento nos órgãos sensoriais como visão e audição e alterações nos proprioceptores musculares e articulares); ou pelo estilo de vida de alguns idosos, onde há maior privação de estímulos ou ainda pela combinação de ambos.

Já a organização temporal, de acordo com Gallardo (2000), está mais associada aos órgãos da audição, e atua combinada com outros órgãos dos sentidos como a visão e as sensações proprioceptivas (do próprio corpo).

A percepção temporal se dá a partir das mudanças que se produzem durante um período estabelecido e da sua sucessão que transforma, progressivamente, o futuro em presente e, em seguida, em passado. O tempo é, antes de tudo, memória, à medida que são realizadas atividades, ele passa, daí, tem-se seus dois grandes componentes: a ordem e a duração, reunidas pelo ritmo. A primeira define a sucessão que existe entre os acontecimentos que se produzem e, a segunda, permite a variação do intervalo que separa dois pontos, ou seja, o princípio e o fim de um acontecimento (ROSA NETO, 2002). É situar o presente em relação ao antes e depois, distinguir o lento do moderado e o rápido, identificar o sucessivo do simultâneo (GALLARDO, 2000).

A organização temporal inclui alguns elementos em sua constituição, são eles: dimensão lógica, dimensão convencional e um aspecto de vivência que surge antes dos outros dois. A consciência do tempo estrutura-se através das mudanças percebidas independentemente de ser sucessão ou duração, sua sucessão está vinculada à memória e à codificação da informação contida nos acontecimentos. Em suma, a Organização temporal refere-se à noção de adaptação rítmica, sendo a capacidade de seguir ritmos diferentes; de orientação temporal, o qual é a capacidade de lidar com noções de tempo como antes, depois e agora; e da estruturação do tempo, que é a capacidade de conduzir movimentos segundo seu ritmo e sua duração (COSTE, 1978).

- ***Praxias Global e Fina***

Rezende et al. (2003) definem a praxia global como a capacidade de realizar movimentos voluntários que são pré-estabelecidos para um determinado objetivo. Ela está relacionada com a realização e a automação dos movimentos globais complexos, que se desenrolaram num determinado tempo, exigindo a atividade conjunta de vários grupos musculares.

Conforme Costallat (1987), a praxia global é a colocação em ação simultaneamente de grupos musculares diferentes, verificando a execução de movimentos globais e voluntários

graduando ou não sua complexidade e envolve principalmente o trabalho de membros inferiores, superiores e tronco.

O movimento motor global é um movimento sinestésico, tátil, labiríntico, visual, espacial, temporal, e assim por diante. Configura a capacidade do idoso; seus gestos, atitudes, deslocamentos e seu ritmo nos permitem conhecê-lo e compreendê-lo melhor (ROSA NETO, 2002).

Para Souza (2006), no envelhecimento ocorre perda neuronal no córtex do giro pré-central e no cerebelo. Presumindo que devido a essas alterações ocorra a diminuição da praxia global por estar relacionado a estas áreas.

A manipulação de qualquer objeto necessita de certas habilidades, estas configuram-se como essenciais. A pessoa que produz o movimento precisa saber movimentar-se no espaço com desenvoltura, habilidade e equilíbrio, além de ter domínio do gesto e do instrumento. Nesta capacidade o nível de desenvolvimento terá que ser alto, pois os movimentos novos e complexos serão assimilados com mais rapidez, economizando esforços e energia, obtendo assim uma precisão nos resultados de execução dos movimentos (ARAÚJO, 2003).

Considerado por Le Bouch (1982) como aspecto particular da coordenação global, a praxia fina está localizada nos lóbulos frontais, compreendendo as tarefas motoras seqüenciais finas. Por ser responsável pela coordenação dos movimentos dos olhos durante a fixação da atenção e das manipulações de objetos, e por exigir o controle visual, esta área é responsável também pelas funções de programação, regulação e verificação das atividades preensivas e manipulativas mais finas e complexas. Oliveira (2000) afirma que esses movimentos específicos utilizam pequenos músculos e a mão é considerada como o principal órgão deste fator, por ser a unidade motora mais complexa.

Porém, à medida que as informações tátil-perceptivas se ajustam às informações visuais, proporcionam a velocidade e a precisão de movimentos finos e a facilidade na reprogramação de ações, transformando na coordenação óculo-manual, correspondendo a uma atividade hipercomplexa da área frontal com o lobo occipital. Enquanto, as áreas córtico-sensoriomotoras das mãos e dos dedos, ressaltam a fineza do controle tátil e motor. Com isso as informações visuais participam como mobilizadoras iniciais dos programas de ação, contribuindo com funções de detecção de característica do objeto (contornos, formas, permenores, etc.) e com funções de estabilizações de posições e direções, oferecendo a

coordenação dos dados captados visualmente com os dados captados manualmente (coordenação visuomotora), processo de ação que exige o ato motor e a estimulação visual (FONSECA, 1995; ROSA NETO, 2002).

A apreensão é o resultado da integração de diversas coordenações iniciais, que envolvem olho-corpo-objeto. Pois, a aquisição da apreensão se faz por uma atenção visual primitiva envolvendo o olhar e a perseguição do objeto para posteriormente tocar-prender de imediato. Todavia, no envelhecimento esse fator psicomotor é o primeiro a sofrer de lapidação por constituir-se de uma atividade complexa ao demais fatores, acredita-se que essa diminuição se deve às alterações degenerativas das estruturas do olho durante o processo de envelhecimento. Para Mendonça (2006) e Fonseca (1995, 1998) ocorre a diminuição da acuidade visual e, algumas vezes, redução do campo visual. Além da limitação da convergência ocular e da acomodação visual prejudicar a visão para curta distância, também ocorre a diminuição da percepção visual na terceira idade.

4.2 ESTUDOS SOBRE PSICOMOTRICIDADE E TERCEIRA IDADE

Estudos (LAPIERRE; AUCOUTURIER, 1984; MELO, 1989; FONSECA, 1998; ARAÚJO, 2003), apontam que a psicomotricidade está atuando em três principais campos ou abordagens: 1. Reeducação motora; 2. Terapia Psicomotora; e 3. Educação psicomotora. Apesar destes níveis de atuação serem confundidos em diversos trabalhos, eles possuem características próprias em cada um deles, a saber.

A Reeducação Psicomotora ocupa-se do atendimento individual ou de pequenos grupos de crianças, adolescentes e adultos com sintomas de ordem psicomotora. Nesses grupos são trabalhados distúrbios como debilidade motora, atraso e instabilidade psicomotora, dispraxias, distúrbios do tônus, da postura, do equilíbrio e da coordenação, além de deficiências perceptivo-motoras (MELLO, 1989), buscando o desenvolvimento do aspecto comunicativo do corpo e assim possibilitando ao indivíduo dominar seu corpo (ARAÚJO, 2003).

O processo de reeducação motora deve ocorrer após a realização de um exame psicomotor e, quando possível, sob análise de exames clínicos, psicológicos, neurológicos,

dentre outros. O reeducador busca trabalhar sobre o sintoma que foi diagnosticado, assim, poderá optar por um trabalho diretivo, no qual irá traçar e orientar as atividades de cada sessão, podendo utilizar técnicas de condicionamento ou adotar a não-diretividade, deixando que o indivíduo tome decisões quanto ao encaminhamento das ações.

No trabalho não-diretivo, os distúrbios relacionais possuem grande relevância, aqui, a reeducação psicomotora confunde-se muitas vezes com a Terapia Psicomotora. No processo de Reeducação Psicomotora, assim como na Terapia e mesmo na Educação Psicomotora, é deveras importante a relação entre o profissional e a pessoa tratada. De acordo com Coste (1981, apud MELLO, 1989), o aspecto relacional e afetivo da terapêutica, entre pode ser o elemento determinante da dinâmica de cura. Algumas atividades típicas da Reeducação Psicomotora, tais como o uso de bolas, aros e colchões são idênticas na Educação Psicomotora, porém, segundo Guillarme (1983, apud MELLO, 1989), uma das principais diferenças nesse aspecto encontra-se no projeto de trabalho, que na Reeducação Psicomotora é feito passo a passo, em função da evolução gradativa na busca da alta.

A Terapia Psicomotora “refere-se particularmente a todos os casos-problemas nos quais a dimensão afetiva ou relacional parece dominante na instalação inicial do transtorno” (Le Boulch, 1982, p. 13). Utilizada de uma forma geral, engloba também a educação e reeducação.

É indicada, de acordo com Lapierre e Aucouturier (1984), na terapia de crianças e adultos com grandes perturbações que possuem uma adaptação patológica. Devido a este quadro, considera-se necessário, por parte do terapeuta, uma vasta formação prática, técnica e teórica, que possa lhe permitir a interpretação das atitudes corporais, das reações tônico-afetivas e emocionais.

A Terapia Psicomotora é indicada tanto para crianças como para adolescentes e adultos, apesar de ser mais freqüente no primeiro grupo, sua forma de atuação pode apresentar-se tanto individualmente como em grupos pequenos. De acordo com Fonseca (1998) a terapia deve usar a melhoria no campo motor, pois através dela transformarão igualmente os modos de percepção e as formas de apreensão das aferências emocionais.

No seu decorrer é muito importante a vivência corporal (experiências vivenciadas) no que tange à realidade e à fantasia, com a respectiva carga afetiva, emocional, sensual, sexual etc.; esses aspectos das experiências vivenciadas são passados na Terapia Psicomotora, no relacionamento entre o idoso e seu corpo, assim como com o terapeuta e as demais pessoas

que a cercam. A tarefa do terapeuta é entender o que é expresso e responder, às vezes, através de seu próprio corpo em um plano simbólico.

A Reeducação Psicomotora insere-se numa estratégia de ajuda onde, através de jogos e exercícios psicomotores, procura corrigir as alterações existentes no desenvolvimento psicomotor, tais como: dispraxia, distúrbio da postura, equilíbrio, coordenação, debilidade motora etc.

De acordo com Guillarme (1984) um dos maiores objetivos da reeducação psicomotora é permitir à criança, ao adulto e ao idoso expressar, através do corpo, uma forma harmoniosa e econômica de movimentos, ações, utilizando a motricidade individual como um instrumento de trabalho e a expansão pessoal como objetivo final.

Por fim, a Educação Psicomotora apresenta-se sob um aspecto pedagógico e sua prática se estende sobretudo nas instituições educativas onde, através da utilização do movimento humano, procura desenvolver o indivíduo como um todo.

Seu público são as crianças consideradas normais, atuando como parte integrante da educação básica durante as fases pré-escolar e escolar (ARAÚJO, 2003). Das muitas definições propostas, Morizot (1979, apud MELLO, 1989) é mais abrangente, resguardando as diferentes características abordadas em outros trabalhos, assim, segundo ele, a educação psicomotora trata-se de uma atividade através do movimento, visando um desenvolvimento de capacidades básicas, propiciando uma organização adequada de atitudes adaptativas, atuando como agente profilático de distúrbios da aprendizagem. Por isso que é indispensável nas aprendizagens escolares, sendo proposta inicialmente nas escolas maternas, propiciando melhores possibilidades de resolução de exercícios de análise lógica, relação entre números, dentre outros (ARAÚJO, 2003).

Atualmente, a Educação Psicomotora vem sendo destacada em escolas e outras instituições as quais que realizam trabalhos relacionados à recreação infantil. Através de uma série de atividades, em especial jogos e exercícios, procura-se promover o desenvolvimento físico, mental, social e afetivo, de forma completa, evitando o que Lapierre e Aucouturier (1984) chamam de desvios neuróticos da personalidade.

O profissional que trabalha nesta área deve, a partir de uma busca constante do conhecimento das necessidades e interesses das crianças, propiciar-lhes experiências que produzam a estimulação adequada e possam ampliar a vivência corporal, responsável pelos vários esquemas que serão usados em situações futuras. Para tanto, o educador deve

considerar as funções psicomotoras: coordenações globais, lateralidade, equilíbrio, etc., observando a associação de umas com as outras, podendo assim, estar consciente do que deve ser ambicionado.

As três abordagens da Psicomotricidade acima apresentadas são opções terapêuticas que ressaltam que a falta de estimulação no decorrer da idade pode produzir inúmeras perturbações psicomotoras, por isso é necessário que leve em consideração as habilidades motoras, exercitando e reforçando através de atividades ou exercícios psicomotores. As deficiências encontradas nos idosos devem ser tratadas através destas atividades específicas, utilizando programas objetivos de psicomotricidade para que sejam alcançados resultados positivos com relação ao quadro neuropsicofuncional de cada indivíduo (ARAÚJO, 2003).

A evolução dos estudos relacionada à Psicomotricidade contribuiu para uma nova abordagem do corpo humano em todos os seus aspectos. Partindo do pressuposto de que a psicomotricidade tem como objetivo atingir a totalidade do indivíduo; sua função em relação ao corpo, que se apresenta em um processo normal de desenvolvimento ou possui algum déficit no plano da percepção, da motricidade ou da relação com o outro, deve ser a de contribuir para que o idoso conheça melhor o seu corpo, através da consciência de seus segmentos corporais (em estado de repouso e em movimento) e saiba dispor de forma harmoniosa deste mesmo corpo.

A perspectiva de uma abordagem psicomotora, através da gerontopsicomotricidade, é aspirar não contra o processo natural do envelhecimento, mas a favor da manutenção de uma estrutura funcional adequada as necessidades específicas do idoso; da conservação de uma tonicidade funcional; de um controle postural flexível; de uma boa imagem corporal; de uma organização espacial e temporal, relacionando a criatividade, a emoção, a espontaneidade e a vitalidade na terceira idade (VASCONCELOS, 2003).

Diante do exposto e da inter-relação entre educação e saúde, tendo como elo a psicomotricidade, optou-se pela avaliação da qualidade de vida subjetiva de idosos ativos (participantes de um programa de atividade psicomotora) e inativos, estabelecendo assim a devida comparação.

□□□□ *Capítulo 5*
ASPECTOS METODOLÓGICOS

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

As considerações metodológicas da pesquisa estão caracterizadas pelo tipo de pesquisa, local e período da pesquisa, população e amostra, critérios de inclusão e exclusão, instrumentos e procedimentos de coleta de dados, processamento e análise dos dados e aspectos éticos.

5.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo do tipo aplicado que, segundo Silva e Menezes (2001), objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais; de abordagem quantitativa que, segundo Polit e Hungler (2005), envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de controle, além da análise dessa informação utilizando procedimentos estatísticos.

A primeira etapa da pesquisa foi do tipo descritiva e teve como objetivo a “descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”, sendo uma de suas características a “utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados” (GIL, 1991, p. 43).

A segunda etapa da pesquisa foi com delineamento quase experimental apenas com o pós-teste, que segundo Cozby (2003), objetiva comparar dois grupos naturais ou já existentes (idosos ativos e idosos inativos) em relação a uma variável independente (qualidade de vida). Neste delineamento, há um Efeito da Seleção em que os grupos não são equivalentes porque os sujeitos não são distribuídos aleatoriamente pelos grupos e as diferenças entre os grupos poderiam existir antes mesmo da administração da variável independente. Todavia, o delineamento quase-experimental surgiu da necessidade de realizar pesquisas aplicadas em situações em que não era possível atingir o mesmo grau de controle que nos delineamentos experimentais, como é o caso desta pesquisa. O grau de confiabilidade dos dados se dá a partir do planejamento e controle da pesquisa, buscando emparelhar os grupos em função das características biodemográficas (sexo, idade, classe social, escolaridade, entre outras).

5.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em uma Clínica Escola de uma Instituição de Ensino Superior (IES) no município de Patos, Paraíba. A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2010.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo para o desenvolvimento da pesquisa foi composta por idosos ativos (Grupo Experimental - GE) participantes de um projeto de extensão de uma IES, que é composta por cerca de 30 participantes, porém com os critérios de inclusão e exclusão, foi visto que para participação da pesquisa só havia o enquadramento de 20 participantes, perfazendo 66,67% da população e o Grupo Controle (GC) foi constituído por 20 idosos inativos do município de Patos-PB, com características biodemográficas semelhantes.

O grupo do qual foram selecionados os idosos ativos, consiste em uma experiência de promoção da saúde na comunidade, objetivando contribuir com a melhoria na qualidade de vida dos idosos participantes, por meio de ações educativas de exercícios cinético-funcionais adaptados as reais necessidades das pessoas acima de 60 anos. Desta forma favorecendo a melhoria da auto-estima, do equilíbrio, da destreza motora, levando-os a ter mais confiança nas suas potencialidades.

O grupo de idosos do projeto se reúne duas vezes por semana com duração de 60 minutos. São desenvolvidas atividades de fisioterapia embasadas em exercícios psicomotores, com abordagens teóricas e práticas. As atividades teóricas compreendem: discussão de textos escolhidos pelo grupo; dinâmicas; oficinas e palestras, já as atividades práticas são distribuídas na forma de atendimento em grupo envolvendo exercícios psicomotores.

Os exercícios devem ser realizados de forma consciente, intencional e sensível. São eles: Alongamentos; Exercícios de estimulação de esquema corporal e imagem corporal; Exercícios de movimentos leves do corpo; Exercícios de atenção e concentração; Exercícios de lateralidade; Exercícios de orientação espacial; Exercícios de orientação temporal;

Exercícios de expressão corporal; Atividades de psicomotricidade fina para pacientes portadores de patologia; Caminhada; Dança; Toque e massagens e Técnicas de relaxamento. Os movimentos podem ser realizados com o auxílio ou resistência de matérias tais como bolas, bastões, arcos dentre outros materiais.

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

5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão do estudo, estiveram aptos participantes a partir dos 60 anos, considerados idosos de fato, de ambos os gêneros e que não possuam limitação cognitiva. O grupo experimental foi composto por idosos ativos participantes há mais de um ano das atividades práticas do Projeto selecionado e o grupo de controle, por idosos inativos com características biodemográficas semelhantes aos idosos ativos e que não realizassem nenhuma expressão de atividade física, incluindo caminhadas.

Já os critérios de exclusão da amostra foram idosos com prótese articular em membros inferiores, que tivessem sido submetidos a algum procedimento cirúrgico recente, portadores de labirintite, que tivessem déficit grave da visão, doenças cardiovasculares hemodinamicamente instáveis, traumas ósseos recentes, doenças graves do sistema nervoso, hipotensão postural ou que estivessem sentindo dor aguda no momento da realização da pesquisa, componentes estes que desfavoreceriam a realização do teste de equilíbrio funcional ou pudessem influir nas respostas do questionário de qualidade de vida ou ainda idosos que se recusem a participar da pesquisa e que possuam limitação cognitiva.

5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foram utilizados: um formulário com questões biodemográficas (APÊNDICE A); um instrumento validado no Brasil, a Escala de Berg (ANEXO A) e para avaliar a qualidade de vida subjetiva foi utilizado a versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-brev” (ANEXO B), escala adaptada por Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon (2000).

O formulário foi adaptado do questionário biodemográfico, desenvolvido por Gouveia (2006), com questões que permitiram uma caracterização da amostra quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação de moradia, renda familiar, número de pessoas que residem e formas de lazer.

Para avaliar o equilíbrio e o risco de quedas em idosos, foi utilizada a Escala de equilíbrio funcional de Berg – Versão Brasileira. Este teste é constituído por uma escala de 14 tarefas comuns que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico tais como alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se, cujas imagens estão expostas no apêndice B.

A realização das tarefas foi avaliada através de observação e a pontuação variou de 0 – 4 totalizando um máximo de 56 pontos. Estes pontos deveriam ser subtraídos caso o tempo ou a distância não fossem atingidos, o sujeito necessitasse de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito utilizasse um suporte externo ou recebesse ajuda do examinador. Na amplitude de 56 a 54 onde cada ponto a menos é associado a um aumento de 3 a 4% abaixo no risco de quedas, de 54 a 46 a alteração de um ponto é associada a um aumento de 6 a 8% de chances, sendo que abaixo de 36 pontos o risco de quedas é quase de 100% (SHUMWAY-COOK; WOOLLACOTT, 2003).

O WHOQOL-*brev* aborda 3 aspectos referentes ao construto Qualidade de Vida: subjetividade (percepção do indivíduo em relação a sua vida); multidimensionalidade (o construto abrange várias dimensões da vida); e presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas como a dor (OMS, 1998; BAMPI et al., 2008).

Na avaliação da qualidade de vida o “WHOQOL-brev” consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim o WHOQOL-brev é composto pelos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O primeiro domínio é o físico

e suas facetas são: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; e capacidade de trabalho. O segundo é o psicológico, caracterizado pelos sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; e espiritualidade/religião/crenças pessoais. O terceiro refere-se às relações sociais e engloba as relações pessoais; suporte social; e atividade sexual. E o quarto domínio diz respeito ao meio ambiente abrangendo a segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade); oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição, ruídos, trânsito, clima); e transporte (FLECK et al., 2000).

5.5 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS

Com a aprovação do projeto de pesquisa sob protocolo de nº 000/2010 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO C), os idosos ativos foram contatados, explicando-se claramente os objetivos da pesquisa e mostrando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C) para a sua autorização. Será preservada a identidade dos sujeitos envolvidos e a pesquisa não trará ônus financeiro para nenhum participante, e ele poderá desistir em qualquer momento da pesquisa. Assim como o pesquisador deste estudo firmará compromisso no cumprimento de tais diretrizes éticas através da assinatura do Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE D).

Após o consentimento dos sujeitos foram aplicados os instrumentos na forma de formulários, onde o próprio pesquisador registrou as respostas dos sujeitos, sem que este influenciasse na resposta dos idosos, somente para a leitura.

Posteriormente, para os idosos inativos da comunidade, foram identificadas as semelhanças das características biodemográficas dos idosos ativos e explicou-se os objetivos da pesquisa mostrando-se também o TCLE para a sua autorização. Após o consentimento dos sujeitos foram aplicados os instrumentos na forma de formulários, onde o próprio pesquisador registrou as respostas dos sujeitos, sem que este influenciasse na resposta, somente para a leitura.

5.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Como suporte para o tratamento estatístico e formação do banco de dados, foi utilizado o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) 15.0 para Windows e a Sintaxe do WHOQOL-bref para o SPSS (ANEXO D). Para os resultados do presente estudo será utilizado recurso estatístico descritivo, mediante a análise das frequências simples e percentuais (LEVIN, 1978). Análises inferenciais também foram realizadas (test t Student) com um nível de significância de $p \leq 0,05$ para avaliar se existe uma significância entre as médias e transformação linear para investigar o efeito de uma variável independente em função de uma variável dependente e assim testar a hipótese de pesquisa (DANCEY; REIDY, 2006). Após o tratamento estatístico dos dados, os mesmos foram dispostos em forma de tabelas e gráficos, trabalhados pelos programas Microsoft versão 2007 do Word e Excel, estando de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

□□□□ *Capítulo 6*
RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma vez apresentados os fundamentos teóricos e metodológicos que embasam esta pesquisa, estão apresentados nesta seção os resultados obtidos através do estudo, divididos em três partes, as características biodemográficas da amostra, resultados da Escala de Berg e os resultados da aplicação do instrumento WHOQOL-*bref*, assim como suas respectivas análises e discussões, estabelecendo correlações com a literatura pertinente.

6.1 CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

Participaram deste estudo 40 idosos, dos quais 20 são ativos, participantes de um programa de atividades psicomotoras em uma IES e 20 são inativos, ambos residentes no município de Patos – PB. Para uma maior fidedignidade da pesquisa buscou-se participantes com características biodemográficas semelhantes. Sendo assim a *Tabela 1* permite uma melhor visualização das características da amostra.

Tabela 1. Caracterização da amostra (N = 40)

VARIÁVEIS	NÍVEIS	F			%		
		Ativo	Inativo	Total	Ativo	Inativo	Total
Idoso		20	20	40	50,0	50,0	100,0
Gênero	<i>Homem</i>	2	2	4	10,0	10,0	10,0
	<i>Mulher</i>	18	18	36	90,0	90,0	90,0
Faixa etária	<i>60-64</i>	3	5	8	15,0	25,0	20,0
	<i>65-69</i>	6	6	12	30,0	30,0	30,0
	<i>70-74</i>	8	2	10	40,0	10,0	25,0
	<i>75-79</i>	3	7	10	15,0	35,0	25,0

Continuação da Tabela 1. Caracterização da amostra (N = 40)

VARIÁVEIS	NÍVEIS	F			%		
		Ativo	Inativo	Total	Ativo	Inativo	Total
Estado Civil	<i>Casado (a)</i>	7	11	18	35,0	55,0	45,0
	<i>Viúvo(a)</i>	10	6	16	50,0	30,0	40,0
	<i>Divorciado(a)/ Separado (a)</i>	1	1	2	5,0	5,0	5,0
	<i>Solteiro (a)</i>	2	2	4	10,0	10,0	10,0
Escolaridade	<i>Ensino fundamental incompleto</i>	18	19	37	90,0	95,0	92,0
	<i>Ensino superior completo</i>	2	1	3	10,0	5,0	8,0
Residência	<i>Própria</i>	19	17	36	95,0	85,0	90,0
	<i>Alugada</i>	1	3	4	5,0	15,0	10,0
Renda	<i>Baixa</i>	15	17	32	75,0	85,0	80,0
	<i>Média</i>	5	3	8	25,0	15,0	20,0
Número de pessoas que residem	<i>Parceiro(a)</i>	5	12	17	25,0	60,0	28,0
	<i>Filho(a)</i>	17	4	21	85,0	20,0	35,0
	<i>Neto(a)</i>	7	7	14	35,0	35,0	23,0
	<i>Irmã(o)</i>	0	3	3	0,0	15,0	5,0
	<i>Genro/Nora</i>	1	1	2	5,0	5,0	4,0
	<i>Amigo(a)</i>	2	1	3	10,0	5,0	5,0
Atividades no tempo livre	<i>Ir à igreja</i>	14	5	19	70,0	25,0	22,0
	<i>Rezar /orar</i>	1	10	11	5,0	50,0	12,0
	<i>Ouvir música</i>	1	5	6	5,0	25,0	7,0
	<i>Encontrar amigos</i>	11	3	14	55,0	15,0	16,0
	<i>Ler</i>	5	4	9	25,0	20,0	10,0
	<i>Assistir televisão</i>	8	9	17	40,0	45,0	19,0
	<i>Sair com a família</i>	10	2	12	50,0	10,0	14,0

Os idosos que participaram desta pesquisa apresentaram idade média de 69,8 anos (DP=5,68), variando de 60 a 79 anos e faixa etária predominante 65 a 69 anos (30,0%). Conforme descrito anteriormente, a distribuição da amostra foi estratificada pela participação de atividades psicomotoras, sendo composta por 50,0% de idosos ativos e 50,0% de idosos inativos, destes, 90,0% mulheres e 10,0% homens. Quanto ao estado civil, a maioria encontra-se casado (45,0%) ou viúvo (40,0%), com ensino fundamental incompleto (92,0%) e vivem em casa própria (90,0%).

A pesquisa em questão corrobora com os dados de Viégas, Silva e Alvarenga (2009), que comparando a qualidade de vida e equilíbrio funcional entre idosos praticantes de exercícios físicos e sedentários, identificou em sua amostra que 86,7% (n=26) eram do sexo feminino e 13,3% (n=4) do sexo masculino. Segundo Mcdermott e Mernitz (2006), as idosas são mais engajadas nos programas de exercícios físicos. Andreotti e Okuma (2003), também tiveram maior participação das mulheres em seu programa de exercícios (72,2%), sendo que, este fato pode estar associado ao maior percentual de mulheres com idade superior de 60 anos. A razão entre os sexos da população idosa é bastante diferenciada, sendo bem maior o número de mulheres.

A idade média obtida dos idosos ativos foi de 69,7 (DP=5,18), sendo 90,0% (n=18) mulheres e (n=2) 10,0% homens. A maioria dos idosos encontra-se com idade variando entre 70 a 74 anos (40,0%), viúvo (50,0%) ou casado (35,0%), com ensino fundamental incompleto (90,0%) ou ensino superior completo (10,0%) e vivendo em residência própria (95,0%).

Os idosos inativos apresentaram idade média de 69,9 anos (DP=6,27), apresentando também 90,0% (n=18) mulheres e 10,0% (n=2) homens. Em sua maioria estão com idade variando entre 75 a 79 anos (35,0%), casados (55,0%) ou viúvos (30,0%), com ensino fundamental incompleto (95,0%) e vivendo em residência própria (85,0%).

Com relação à renda familiar, os idosos ativos (75,0%) apresentaram renda familiar baixa e 25,0% renda média. A amostra dos idosos inativos seguiu a mesma proporção, pois foi composta por 85,0% de idosos de renda familiar baixa e 15% de renda média. Foi considerado idosos de baixa renda aqueles que possuem renda familiar de até R\$ 1.000,00. Os idosos que possuem renda familiar de 1.001,00 até 3.499,00 foram considerados de nível econômico médio. Aqueles que têm renda familiar a partir de 3.500,00 foram considerados de nível econômico alto (GOUVEIA, 2006).

Entre os idosos ativos 70,0% afirmaram que a aposentadoria compõe sua renda familiar; 20,0% afirmaram que são pensionistas, e 10,0% declararam que ainda trabalham. Enquanto que, no grupo dos idosos inativos, 60,0% são aposentados; 25,0% dos idosos ainda trabalham e 15,0% são pensionistas.

Identificou-se que os idosos da amostra, 35,0% (n=14) residem com uma pessoa e 25,0% (n=10) residem com 2 pessoas, 85,0% (n=17) dos idosos ativos referiram morar com filho(a), enquanto que 60,0% (n=12) dos idosos inativos moram com parceiro(a).

Na realização de atividades no tempo livre, 70,0% (n=14) dos idosos ativos referiram ir à igreja e 55,0% (n=11) sair com os amigos, enquanto que, 50,0% (n=10) dos idosos inativos referiam rezar/orar e 45,0% (n=9) assistir televisão.

De acordo com dados do IBGE (2007), o convívio de idosos com filhos e parentes é destacado como uma situação saudável e positiva para seu bem-estar, e afirma que, na região Nordeste, 50% dos idosos vivem com seus filhos na condição de chefes de família. Nesse estudo, porém foi observada a grande dificuldade, por parte dos idosos, de interagir socialmente em seus lares.

Outro aspecto que chama a atenção é que no tempo livre, enquanto que os idosos ativos socializam indo a igreja, os inativos preferem ficar rezando/orando em casa. O fato de o idoso sair de casa diminui as possibilidades do isolamento oportunizando maior mobilidade e integração social.

6.2 AVALIAÇÃO DO ELEMENTO PSICOMOTOR EQUILÍBRIO – ESCALA DE BERG

Este instrumento corresponde a uma Escala do tipo Likert e é utilizado para avaliar o equilíbrio e o risco de quedas em idosos, levando em consideração o efeito do ambiente na função. A Escala de Equilíbrio de Berg é composta por 14 testes categorizadas numa escala ordinal de quatro pontos, que vai desde 0 - incapaz de realizar a tarefa, até 4 - realiza de forma independente, baseada na qualidade e necessidade de assistência para realizar a tarefa de forma assim como, no tempo para completar a prova (SHUMWAY-COOK; WOOLLACOTT, 2003).

O Gráfico 1 representa a pontuação média da amostra em cada tarefa do Teste de Berg, no qual Q representa a questão ou tarefa do Teste de Berg observado pela examinadora. Considerando os 14 testes executados pelos idosos, verificou-se uma diferença da pontuação média da amostra entre os idosos ativos e inativos, principalmente em Q14 com 1,1 pontos, seguido de Q2 e Q12 com 0,95 pontos.

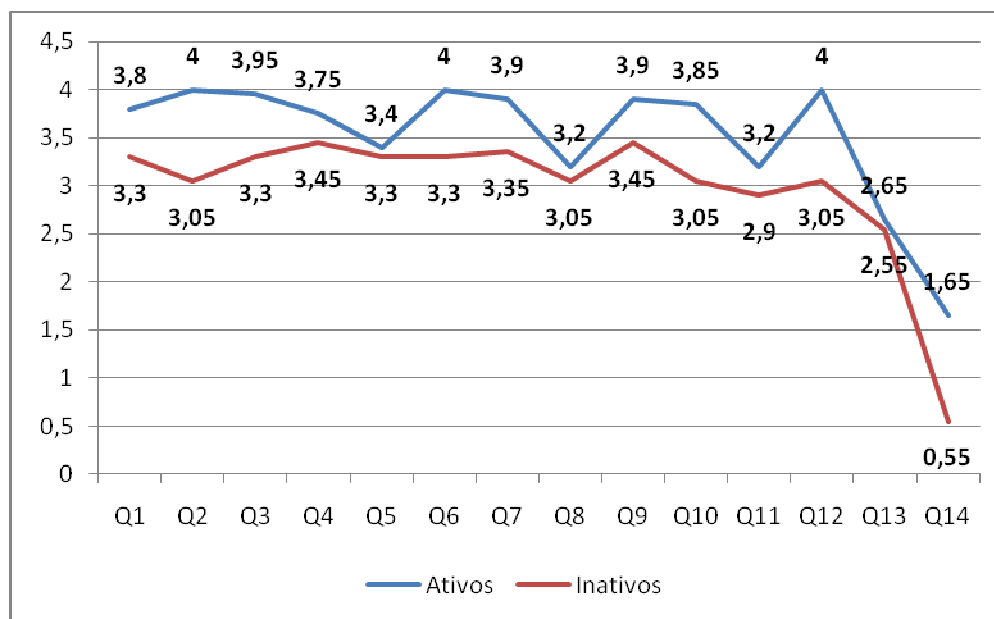


Gráfico 1. Pontuação média da amostra em cada tarefa do Teste de Berg

Ainda no Gráfico 1 observou-se que a tarefa Q14 nos inativos apresentou menor média geral (0,55). Essa tarefa pode ser considerada muito difícil para os indivíduos da terceira idade visto que exige permanência na postura ortostática com apoio unipodal, levando ao risco de quedas, uma vez que a unidade básica do movimento, que abrange a capacidade de equilíbrio e assegura as posições estáticas, são as estruturas psicomotoras (SOUSA, 2010).

O equilíbrio corporal é encarado como uma das funções mais complexas do ser humano, pois os dispositivos automáticos que mantêm o homem em pé se constituem num processo sensível e ao mesmo tempo difícil. Manter-se ereto, contra a força da gravidade, mexer-se com segurança, armando e desarmando conjuntos de movimentos é um desafio, principalmente para o idoso. Deste modo, preservar a qualidade de vida é um dos desafios que os idosos enfrentam em relação à longevidade adquirida, característica dos tempos atuais; principalmente, quando se trata da ameaça à sua independência e à sua autonomia.

Segundo Souza e Silva (2006), a queda pode ser considerada um evento de alerta na vida dos idosos e carrega um significado importante do declínio vital, pois, com a idade, este acontecimento tende a aumentar significativamente.

Mudanças no equilíbrio, postura e locomoção são tão comumente observados nos idosos que acredita-se que elas sejam sinônimo de envelhecimento. A idade avançada está associada a postura curvada e flexionada (cifose), alteração de equilíbrio, marcha com passos curtos e lentos e uma grande base de apoio. Essas características de marcha, postura e equilíbrio são tão típicas do envelhecimento que as pessoas que exibem essas características simplesmente parecem mais idosas (SPIRDUSO, 2005).

De acordo com Paula et al. (2007), o idoso frequentemente apresenta medo de cair, o que é um fator comprometedor da prática de atividade física e conseqüentemente do condicionamento físico, causando assim um maior comprometimento do equilíbrio.

Sendo o equilíbrio a base essencial da coordenação dinâmica geral é de uma importância uma abordagem psicomotora. Uma vez que esta possibilita trabalhar exercícios que ajudem neste controle. Exercícios de marcha são excelentes, já que possuem a finalidade de melhorar o comando nervoso, a precisão motora e o controle global dos deslocamentos do corpo no tempo e no espaço (GUIMARÃES et al., 2004)

Guimarães et al. (2004), realizou um estudo com amostra composta por 40 idosos com a idade entre 65 a 70 anos, sendo que 20 praticavam atividade física regular (GE) e 20 não (GC), o GE obteve uma média superior enquanto que o GC obteve a média inferior em todas as tarefas, o que corrobora com os resultados deste estudo.

Quanto aos resultados individuais dos escores obtidos na EBB pelo grupo de idosos ativos (GRÁFICO 2), observou-se um bom desempenho de todos os participantes, visto que os mesmos apresentaram uma média de 49,2 pontos, sendo considerada de baixo risco de quedas e que nenhum dos indivíduos apresentou pontuação inferior a 36, considerada 100% de risco de quedas, ou seja, desequilíbrio funcional.

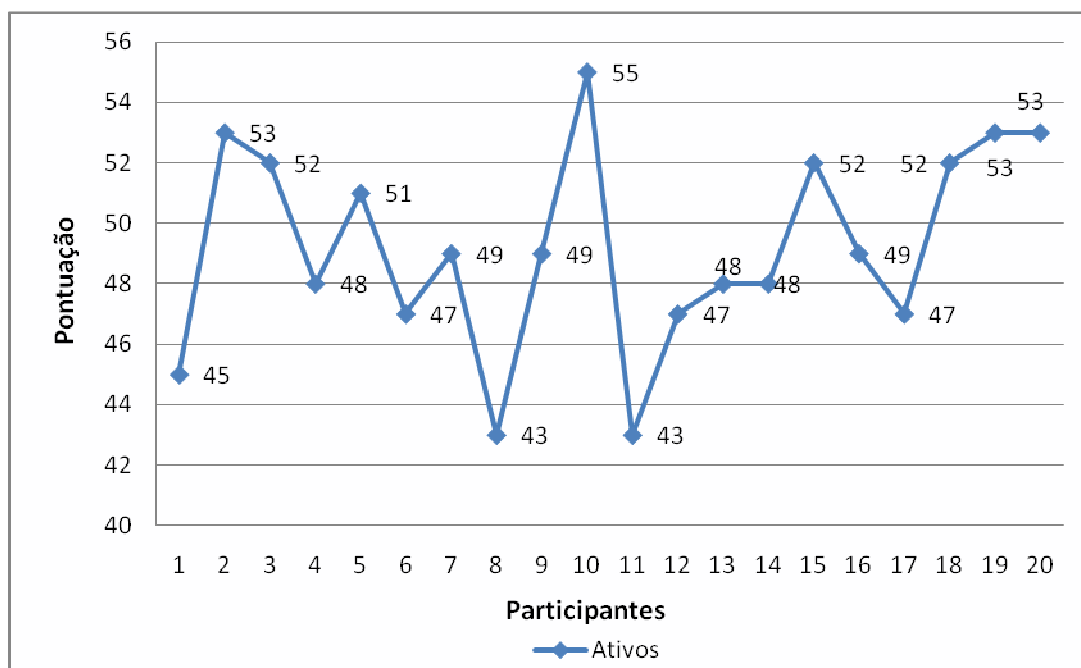


Gráfico 2. Resultados individuais dos escores obtidos na EEB pelo grupo de idosos ativos.

Frágil, incapaz e dependente são alguns dos principais adjetivos atribuídos ao idoso. Esta concepção segundo Okuma (1998) advém dos inúmeros estudos que relatam a incidência de doenças nesta fase da vida, sendo as cinco principais causas de incapacitação e limitações em idosos entre 70 a 80 anos as doenças cérebro-vasculares, perda de força nos membros inferiores, diminuição da visão, artrite e doenças cardíacas.

O sistema visual é um importante contribuinte para o fator equilíbrio da psicomotricidade, fornecendo informações sobre o ambiente e a localização, a direção e a velocidade de movimento do indivíduo. A visão também pode compensar alguma perda de função vestibular, uma vez que, muitos reflexos posturais disparados pelo sistema vestibular também podem ser disparados pela estimulação visual. Entretanto, na maioria dos indivíduos muito idosos, a visão também está degradada e fornece informações reduzidas ou distorcidas e assim, consequentemente a acuidade visual fraca está correlacionada ao número de quedas sofridas por pessoas mais idosas (SPIRDUSO, 2005).

Com o envelhecimento, as pessoas normalmente perdem a capacidade de detectar informação espacial que poderia auxiliar no equilíbrio. Em média, elas precisam de três vezes mais contraste para ver alguns estímulos em baixas frequências, sua percepção de profundidade é mais fraca, além de perdem progressivamente sua visão periférica, que contribui muito no controle da oscilação ântero-posterior do corpo (DASCAL, 2009).

No entanto, o envelhecimento pode ser visto de modo mais otimista, não só como um período de degradações, mas de ganhos potenciais dependendo do estilo de vida adotado. É o que justifica a alta média de pontuação na EEB, obtida pela população estudada, em que 80% (n=17) obtiveram resultado igual ou maior que 47 pontos.

O Gráfico 3 demonstra os resultados dos escores obtidos pela EEB pelo grupo de idosos inativos, e ressalta que, apesar de 5% (n=1) indivíduo ter atingido 55 pontos, 15% (n=3) indivíduos do grupo apresentaram 100% de risco de quedas, ou seja, pontuação menor que 36.

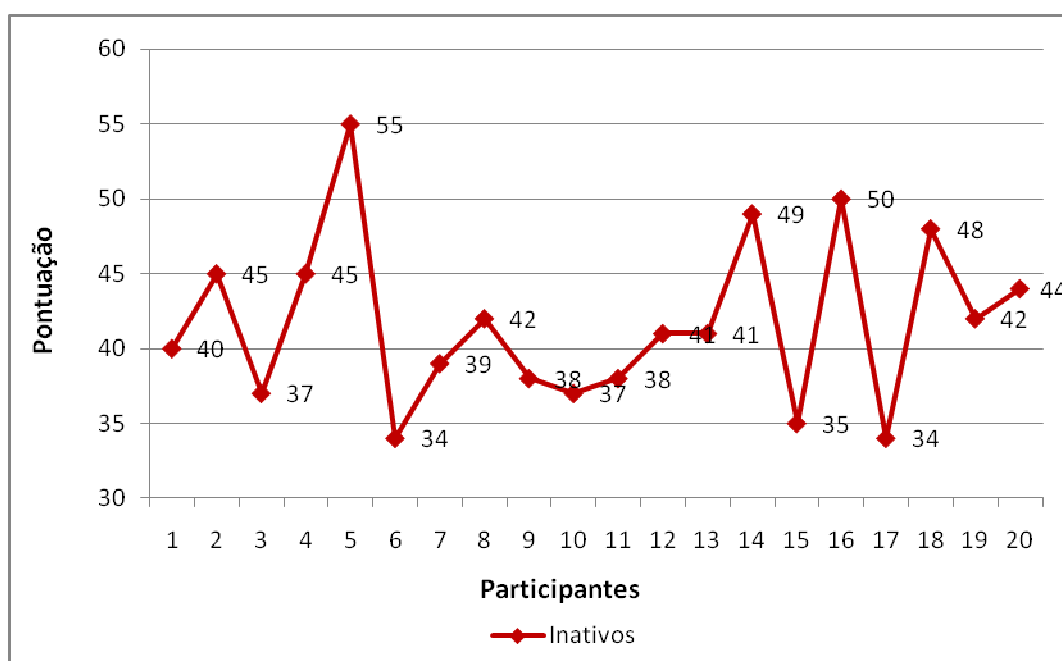


Gráfico 3. Resultados individuais dos escores obtidos na EEB pelo grupo de idosos inativos

É notável que há um decréscimo do nível de atividade física com o envelhecimento, tornando o sedentarismo/inatividade um fator de risco de morbimortalidade nesta população (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001). Mazo, Lopes e Benedetti (2001), afirmam ainda que o estilo de vida (sedentarismo) contribui e muito com esse declínio motor. Diversas características do envelhecimento patológico poderiam ser reduzidos substancialmente com a adoção de um estilo de vida mais ativo (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2004).

Mazo, Lopes e Benedetti (2001), relatam que a atividade física proporciona melhores condições de equilíbrio. Rosa Neto, Vieira e Teixeira (2001) confirma, uma vez que, a maioria dos idosos que participaram do estudo era praticante de atividade física, e assim apresentaram índices superiores em todas as áreas motoras, comparando com os demais trabalhos, nos quais foram realizados em idosos sedentários.

O equilíbrio é a base de toda a ação diferenciada dos segmentos corporais. Com o envelhecimento, o equilíbrio é prejudicado em virtude dos problemas associados à forma do corpo e essa luta contra o desequilíbrio resulta na fadiga corporal, mental e espiritual, aumentando o estresse, a ansiedade e a angústia do indivíduo (ROSA NETO, 2002).

O equilíbrio e o esquema corporal formam a terceira área dos aspectos motores que apresentou a maior degeneração em todos os trabalhos pesquisados. Rosa Neto (2002), afirma que a imagem corporal representa uma forma de equilíbrio e o esquema corporal torna-se importante na manutenção da regulação postural. De Meuer e Staes (1984), relatam que o esquema corporal quando mal constituído leva a movimentos não coordenados.

Segundo Perracini e Ramos (2002), uma das variáveis mais poderosas encontradas no estudo preditivo de quedas em idosos foi o estado funcional. O escalonamento do risco de quedas e quedas recorrentes, com aumento do grau de dificuldade na execução de tarefas físicas e do dia-a-dia, reflete o peso desse efeito cumulativo de prejuízos funcionais na predição de quedas em idosos. Desta forma, a atividade física pode ajudar os idosos a manterem a independência funcional por longos períodos e pode reduzir o risco para quedas (WHO, 2004).

Pesquisa desenvolvida por Driusso (2000), observou através de relatos que a realização das AVD's da amostra melhorou após seis meses de exercícios, permitindo maior desempenho nas atividades de casa e no trabalho, conferindo-lhes maior independência.

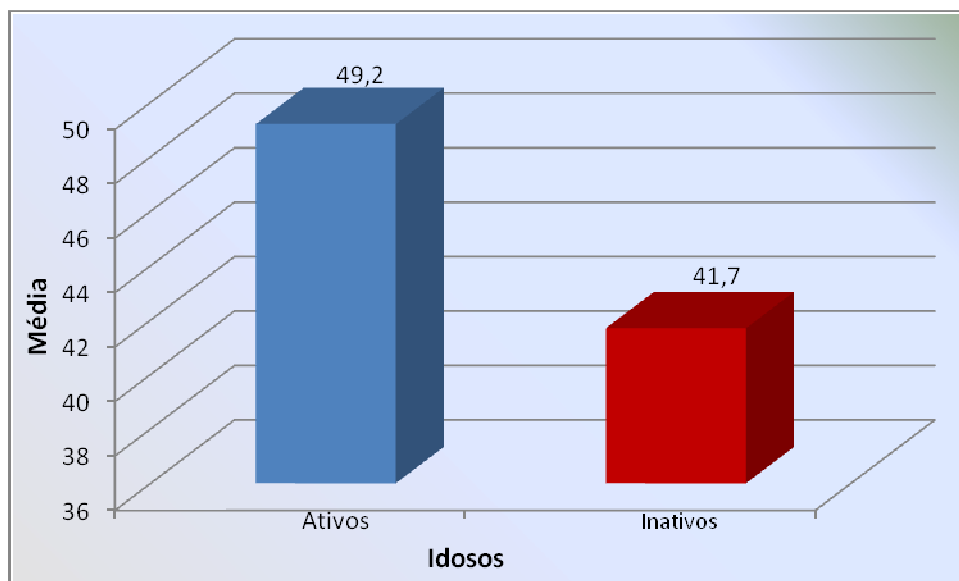


Gráfico 4. Comparação entre a média geral dos escores da EEB dos Idosos ativos e inativos

O Gráfico 4 evidencia a comparação entre a média geral dos escores da EEB dos idosos ativos com pontuação de 49,2 e os idosos inativos com 41,7 pontos. Desta forma, apesar dos idosos da amostra terem uma pontuação entre 41 a 56, o que resulta em independência, constatou-se também uma diferença significativa entre os dois grupos, com 7,5 pontos, dados estes confirmados na tabela 2.

Os melhores resultados foram encontrados nos idosos ativos praticantes de atividades psicomotoras, que não só melhoraram o equilíbrio, mas os tornaram mais sociáveis. Para Sinésio (2000), a atividade física faz retardar o processo de degeneração física e leva o indivíduo a socialização com uma participação em grupos, resultando em um bom nível de bem-estar biopsicossocial.

Idosos em geral, dispõem de poucas atividades físicas para participarem, o que pode agravar o ciclo vicioso: envelhecimento, sedentarismo e déficit da capacidade funcional (BORGES et al., 2005).

Mazo, Lopes e Benedetti (2001) apontam as tendências dos indivíduos ao envelhecimento: diminuição do entusiasmo e motivação, sendo necessário maior estímulo ao idoso; necessidade de viver em um ambiente mais estável; preocupação com a diminuição da vitalidade mental e física; percepção da incapacidade de realizar novos relacionamentos e novas atividades; sentimentos de isolamento e solidão. Os idosos devido ao declínio sofrido pelo organismo dão preferência a atividades menos exigentes.

Para os idosos ativos, que participaram das mais diversas atividades psicomotoras observou-se melhoras significativas em teste de equilíbrio, força, resistência muscular e agilidade de realizar tarefas de vida diária, diminuindo o risco de quedas nesta população, em seu programa foram incluídos: treino da força muscular, da mobilidade articular e da resistência; de equilíbrio, de lateralidade, tonicidade, esquema corporal, relaxamento, praxias global e fina e estruturação espaço-temporal.

Segundo Weineck (1991) e ACSM (1994), a preocupação quanto a essas variáveis se deve a notável diminuição da força muscular após os 60 anos de idade, do mesmo modo, a flexibilidade e a resistência diminuem com a idade, sabe-se, porém, que esta perda é maior quando os indivíduos não fazem qualquer atividade. Desse modo, mesmo que se verifique uma redução da capacidade de trabalho com o avanço da idade, a atividade psicomotora e o treino podem contrabalançar estas alterações já mencionadas (MARQUES, 1996).

Segundo Lorda (1995, p. 449) “a atividade físico-recreativa é identificada constantemente como uma das intervenções de saúde mais significativas da vida das pessoas de idade avançada”.

A Tabela 2 apresenta os dados de comparação dos escores médios da EEB entre os idosos ativos e inativos.

Tabela 2. Comparação dos escores médios da EEB entre os idosos ativos e inativos

Idosos	N	M	DP	T	P
Ativos	20	49,20	3,38	5,07	<0,001
Inativos	20	41,70	5,67		

N: número; M: média; DP; Desvio Padrão; t: Teste t de Student; p: significância

Os escores médios da EEB apresentados pelo grupo de idosos ativos foram de 49,20 pontos (DP= 3,38) para os idosos ativos e de 41,70 pontos (DP=5,67) para os idosos inativos. No que diz respeito ao Equilíbrio, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ativos e inativos ($p=0,001$, $t = 5,07$), com resultados favoráveis para o grupo de idosos que praticava atividades psicomotoras (TABELA 2).

Investigação realizada por Guimarães et al. (2004) observou que os idosos sedentários apresentavam, de acordo com os escores de Berg, uma propensão maior a quedas quando comparados aos idosos ativos, o que de fato corrobora com os achados de nossa pesquisa.

No Gráfico 5 visualiza-se dados percentuais do risco de quedas dos 20 idosos ativos. Nenhum dos indivíduos envolvidos na pesquisa apresentou pontuação inferior a 36, ou seja, não apresentam risco de quedas de 100%. Ainda analisando o gráfico nota-se que o participante 10 obteve o melhor índice percentual com 2% seguido dos participantes 2, 19 e 20 apresentaram 5%, percebe-se ainda que não houve grandes variações nos percentuais obtidos, visto que, o maior índice do risco de quedas foi de 23%.

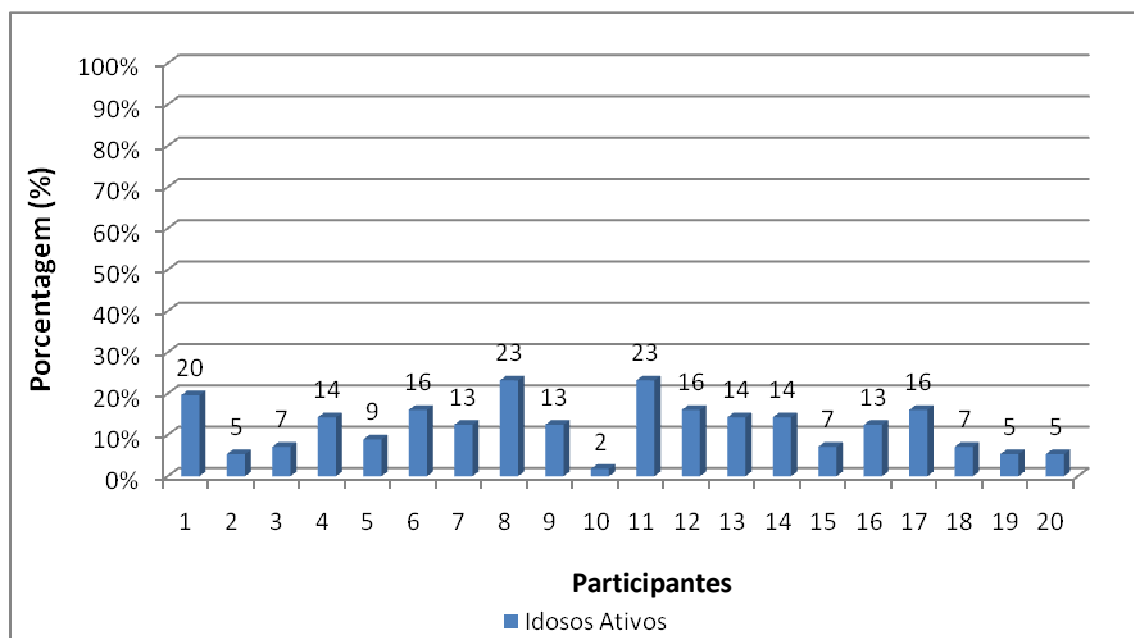


Gráfico 5. Porcentagem do risco de queda dos idosos ativos

Segundo Huxham, Goldie e Patla (2001), o controle postural humano é dependente da interação entre as características intrínsecas do indivíduo, o contexto ambiental e as demandas exigidas pela tarefa desempenhada. Sua manutenção é mediada pelas informações dos sistemas sensoriais, programação do Sistema Nervoso Central (SNC) e execução do sistema musculoesquelético.

A relação do equilíbrio com a motricidade geral é muito estreita, pois uma das mudanças mais significativas durante o processo de envelhecimento é o declínio da capacidade de movimento. Sua alteração traduz em uma disfunção psiconeurológica da

comunicação tátil, vestibular e proprioceptiva. O efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças associadas e condições ambientais inadequadas parece predispor as disfunções osteo-musculares, o que afeta diretamente o esquema corporal e a organização espacial dos idosos (ROSA NETO; VIEIRA; TEIXEIRA, 2001).

A tonicidade como um dos fatores da psicomotricidade apresenta uma estreita relação com o equilíbrio, pois segundo Bobath, o equilíbrio é mantido por mecanismos reguladores do tônus postural, a ação dos ligamentos e as sensações proprioceptivas de tensão e relaxamento dos músculos atuam diretamente no mecanismo de regulação do tônus. Essa contração tônica ou tensão muscular não gera movimento (deslocamento), fixa as articulações para manter os segmentos corporais em suas posições e oferecem oposição as tentativas de modificações (BOBATH, 1978; BIRGE, 1999).

É através das práticas de exercícios físicos que se consegue a prevenção, o tratamento e a recuperação de algumas patologias, dentre estas, surgem instabilidades corporais que muitas vezes trazem consigo síndromes vestibulares e problemas com relação a quedas. Quando relacionadas às temáticas de equilíbrio corporal, a prática da atividade física na terceira idade é fator preponderante na expectativa de vida (SONZA; MACHADO; MOCHIZUKI, 2005).

Considerando ainda que a expectativa de vida das populações tem aumentado progressivamente, supõe-se que o número de casos de idosos com alterações do equilíbrio irá aumentar na mesma proporção, tornando-se uma questão merecedora das maiores atenções pelas autoridades sanitárias, no sentido de que se promovam campanhas educativas, já que, a valorização da prevenção do idoso no nosso contexto social é uma questão atual, com necessidade urgente de uma política de saúde preventiva que possibilite uma qualidade de vida digna desta camada da população (MANIDI, MICHEL, 2001; DELIBERATO, 2002).

Já no Gráfico 6 visualiza-se dados percentuais do risco de quedas dos idosos inativos. Apesar de um indivíduo ter 2% de risco de quedas, a maioria está acima de 25% de risco de quedas e apresentando 39% como pontuação máxima nos idosos 6 e 17, seguido do idoso 15 com 38%.

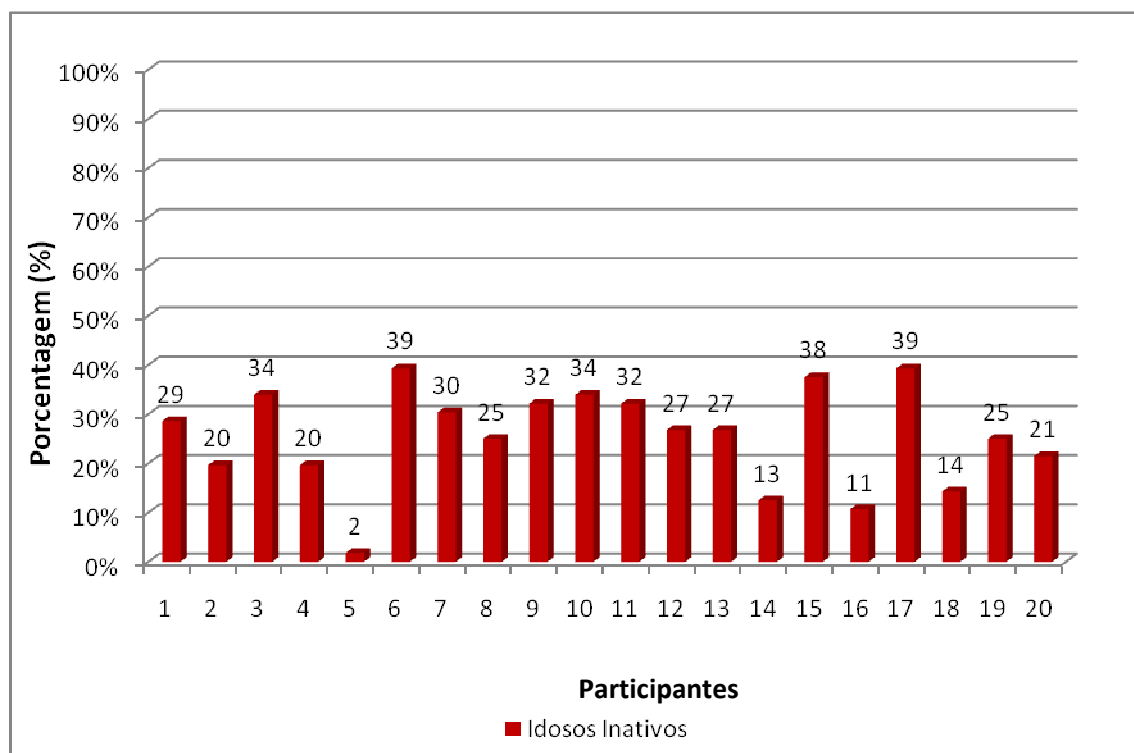


Gráfico 6. Porcentagem do risco de queda dos idosos inativos

Segundo Rebelatto e Morelli (2004), o sedentarismo é uma importante adversidade à saúde que associado ao envelhecimento contribuem para a perda de autonomia e maior risco de institucionalização. A falta da atividade física contribui ainda mais para a propensão de quedas, por acelerar o curso do envelhecimento, pois algumas modificações fisiológicas e psicológicas observadas no idoso podem ser, em parte, atribuídas ao estilo de vida sedentário.

Para Petroianu e Pimenta (1999), a velhice não é apenas a deterioração orgânica, mas, o que ocorrem são perdas físicas, anunciando ou atestando o surgimento de doenças degenerativas, diminuição de força e de vitalidades orgânicas. Perdas psíquicas, representadas pelo declínio da memória, diminuição ou anulação da vida afetiva, desinteresse em fazer novas relações e adquirir novos conhecimentos. Perdas sociais, o velho não é considerado um ser produtivo, e sim um ser dependente.

Pode-se afirmar, então, que a fisioterapia, através de atividades afetivas, psicomotoras e sociopsicomotoras, constitui-se num fator de equilíbrio na vida das pessoas, expresso na interação entre o espírito e o corpo, a afetividade e a energia, o indivíduo e o grupo, promovendo a totalidade do ser humano.

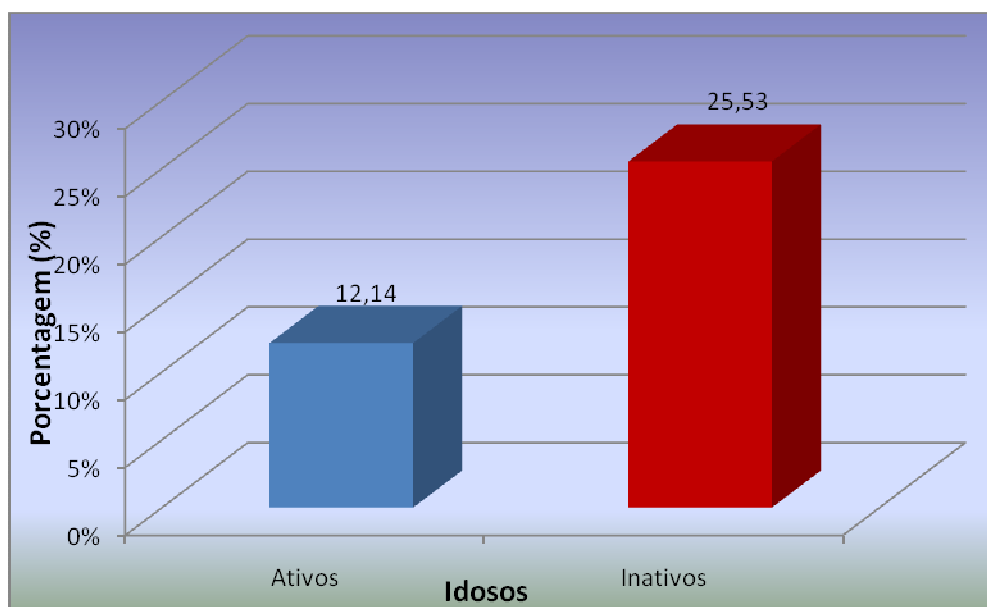


Gráfico 7. Comparação entre as médias percentuais gerais do risco de queda entre os idosos ativos e inativos

O Gráfico 7 evidencia a comparação entre as médias percentuais do risco de queda entre os idosos ativos ($M = 12,14$, $DP = 6,03$) e os idosos inativos ($M = 25,53$, $DP = 10,13$) e são confirmados pelos dados da Tabela 3, que apresenta a comparação dos percentuais médios do risco de queda dos idosos ativos e inativos.

Tabela 3. Comparação dos percentuais médios do risco de queda dos idosos ativos e inativos

Idosos	N	M	DP	Mínimo	Máximo	t	p
Ativos	20	12,14	6,03	1,98	23,21	-5,07	<0,001
Inativos	20	25,53	10,13	1,98	39,29		

N: número; M: média; DP; Desvio Padrão; t: Teste t de Student; p: significância

A partir da análise do Gráfico 7 e da Tabela 3, obteve-se resultados significativos favoráveis ao grupo de idosos ativos quanto ao equilíbrio funcional, o que prediz que os idosos praticantes de exercícios físicos têm um menor risco de quedas quando comparados aos inativos.

Estudos de Means, O'Sullivan e Rodel (2003), Karmisholt, Gyntelberg e Gotzsche (2005), Sihvonen et al. (2004) e Shigematsu et al. (2002), também mostram que a prática de exercícios em idosos diminui o risco e a incidência de quedas.

Entre as perdas apresentadas pelo idoso está a instabilidade postural, que ocorre devido às alterações dos sistemas responsáveis pelo controle postural, assim, os idosos mais susceptíveis a quedas são aqueles que apresentam alguma enfermidade, especialmente as que levam a alterações da mobilidade, equilíbrio e controle postural, sendo a ocorrência de quedas diretamente proporcional ao grau de incapacidade funcional (PANZER; BANDINELLI; HALLETT, 1995).

Estudo desenvolvido por Barela (2000), analisando 16 estudos de idosos apontam um aumento do risco de quedas com a presença dos seguintes fatores, por ordem de importância: presença de fraqueza muscular, história de quedas, déficit de marcha e de equilíbrio, uso de dispositivo de auxílio à marcha, déficit visual, artrite, comprometimento em atividades de vida diária, depressão, declínio cognitivo e idade igual ou superior a 80 anos.

Para Papaléo Netto (2007), a perda de função nos idosos começa justamente pelas atividades que são mais complexas e menos realizadas no dia-a-dia, enquanto que as atividades que são mais comuns permanecem sem alterações por mais tempo. Segundo o autor, embora estas atividades não sejam essenciais para a independência, a capacidade de desempenhá-las pode contribuir para a manutenção de uma boa saúde física e mental.

A perspectiva de uma abordagem psicomotora, na fase da retrogênese, é aspirar não contra o processo natural de envelhecer, mas a favor da manutenção de uma estrutura funcional adequada às necessidades específicas do idoso, da conservação de uma tonicidade funcional, de um controle postural flexível, de uma boa imagem de corpo, de uma organização espacial e temporal plástica; relacionando a criatividade, a emoção (desejo), a espontaneidade e a vitalidade à terceira idade.

6.2.1 Análise descritiva das questões

Para interpretar as respostas dadas pelos participantes, utilizou-se do escore total para cada fator que corresponde ao somatório dos itens que os compõem. Para descrição e interpretação geral dos resultados sobre a avaliação do objeto de estudo foram consideradas as estatísticas descritivas como média e desvio padrão para ambos os grupos.

Tabela 4. Estatística descritiva das tarefas da Escala de Berg

Tarefas	Idosos	Média	DP	t	p
T1	Ativo	3,80	410	3, 583	, 001
	Inativo	3,30	470		, 001
T2	Ativo	4,00	, 000	6, 190	, 001
	Inativo	3,05	686		, 001
T3	Ativo	3,95	, 224	4, 189	, 001
	Inativo	3,30	, 657		, 001
T4	Ativo	3,75	, 444	1, 983	, 005
	Inativo	3,45	, 510		, 005
T6	Ativo	4,00	, 000	4, 273	, 001
	Inativo	3,30	, 733		, 001
T7	Ativo	3,90	308	4, 100	, 001
	Inativo	3,25	639		, 001
T9	Ativo	3,90	308	2, 675	, 001
	Inativo	3,45	686		, 001
T10	Ativo	3,85	, 366	3, 961	, 001
	Inativo	3,05	, 826		, 001
T12	Ativo	4,00	, 000	8, 324	, 001
	Inativo	3,05	, 510		, 001
T14	Ativo	1,65	1, 182	3, 329	, 002
	Inativo	, 55	, 887		, 002

M: média; DP; Desvio Padrão; t: Teste t de Student; p: significância

Pesquisa desenvolvida por Ramos (2003) encontrou que em um treinamento de 12 semanas mostrou-se eficiente para aumentar o alcance funcional dos idosos e consequentemente melhor equilíbrio, o que condiz com os achados deste estudo nos quais os idosos ativos conseguiram melhores resultados em colocar os pés alternados sobre um degrau ou banco e permanecendo em pé e sem apoio ($p=0,001$).

Além disso, obteve-se resultados significativos ao grupo ativo quanto ao equilíbrio em apanhar objetos do chão a partir da posição em pé ($p=0,001$), em concordância com os achados de Perrin et al. (1999), onde os idosos ativos tiveram melhores resultados quanto ao

equilíbrio estático e dinâmico comparados a idosos inativos. Já em estudo desenvolvido por Barnett et al. (2003), demonstrou que com a participação em um programa de exercícios semanal, os idosos obtiveram melhora do equilíbrio e diminuição do risco de quedas.

Baseado nos escores da EEB, onde a probabilidade de quedas aumenta com a diminuição da pontuação numa relação não linear, adotou-se os escores péssimo, ruim, bom excelente para possibilitar uma melhor interpretação dos dados, normalizando os escores de cada resultado analisado, compatibilizando-os em uma única escala de resposta. Desta forma, quanto maior a pontuação menor o risco de quedas e maior equilíbrio, quanto menor a pontuação maior o risco de quedas e menor equilíbrio (TABELA 5).

Tabela 5. Equilíbrio dos idosos ativo e inativos

VARIÁVEIS		Total de Participantes	<36 Péssimo		36≤X≤45 Ruim		46≤X≤53 Bom		54≤X≤56 Excelente	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Idoso	Ativo	20	0	0	3	15	16	80	1	5
	Inativo	20	3	15	13	65	3	15	1	5

Os resultados da Tabela 5 demonstram que 80% dos idosos ativos (n=16) apresentaram equilíbrio bom, já 65% dos idosos inativos (n=13) apresentaram equilíbrio ruim. Outro dado relevante é que nenhum dos idosos ativos pontuaram equilíbrio péssimo, enquanto que os idosos inativos corresponderam a 15% (n=3) neste escore.

Segundo Shumway-Cook e Woollacott (2003), o estilo de vida determina a maneira pela qual se envelhece, o que leva a população buscar medidas preventivas de saúde. Associados a idéia de envelhecer bem, com qualidade de vida e pensando na prevenção da saúde da população geriátrica, muitos programas de atividade física para a terceira idade dão ênfase à atuação da educação como instrumento de promoção de uma velhice bem sucedida, oferecendo atividades diversas, como alongamento e relaxamento, visando a promoção do estilo de vida ativa entre os idosos.

Vasconcelos (2003, p.34) destaca que a psicomotricidade apesar de se destacar através da atuação qualitativa em intervenções dirigidas as crianças, hoje é altamente eficiente ao direcionar sua postulações e ações à terceira idade, enfatizando que:

“Exercendo um efeito preventivo, conservando uma tonicidade funcional, um controle postural flexível, uma boa imagem do corpo, uma organização espacial e temporal plástica, uma integração e prorrogação das práxias (global e fina); as atividades psicomotoras, remetem o idoso a ação com o seu corpo em movimento, a favor da manutenção de uma estrutura funcional, necessária não somente para a promoção, mas também para a manutenção da saúde; resgatando desta forma a satisfação de viver”.

6.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SUBJETIVA - WHOQOL-BREF

Com o objetivo de analisar o nível de qualidade de vida subjetiva dos idosos utilizou-se a escala WHOQOL-*bref*, esta corresponde a uma escala tipo Likert variando de 1 a 5 pontos. Nesta escala quanto mais se pontua próximo de 5 melhor o nível de qualidade de vida subjetiva do idoso, considerado-se a recodificação das questões de números 23, 24 e 26.

O WHOQOL-*bref* consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Foi realizada análise fatorial confirmatória para uma solução a quatro domínios. Assim o WHOQOL-*bref* é composto pelos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

A fim de verificar se os índices do construto estudado diferem em função da participação de atividades psicomotoras regular dos idosos ativos e inativos, foram realizados testes *t Student* para amostras independentes com a finalidade de comparar as médias dos grupos, adotando o critério de $p \leq 0,05$ para que a diferença seja considerada significativa, além de uma regressão linear.

6.3.1 Análise Descritiva por Questão

Neste momento serão apresentadas as questões que obtiveram nível de significância ($p \leq 0,05$).

Dos 26 itens avaliados, 14 itens apresentaram diferenças significativas em relação a idosos inativos. Estes serão apresentados de acordo com o domínio a que pertence e para descrição e interpretação geral dos resultados sobre a avaliação do objeto de estudo foram consideradas as estatísticas descritivas como média e desvio padrão (DP), nível de significância (p) para ambos os grupos.

Sendo assim, para interpretar as repostas dadas pelos participantes, utilizou os escores categorizados numa escala ordinal de cinco pontos, que vai desde 1 - **nada satisfeito**, até 5 - **extremamente satisfeito**.

Iniciou-se com a Questão 1 (Q1), que apesar de não estar envolvida em nenhum domínio, faz parte da avaliação geral da Qualidade de Vida. Os escores médios (TABELA 6) apresentados por ela nos grupos de idosos foram de 4,30 (DP=0,571) para os idosos ativos e de 3,55 (DP=0,686) para os idosos inativos. Existindo uma diferença de média de 0,75 entre os grupos que sugere que os idosos ativos avaliam melhor sua QV do que os inativos.

Tabela 6. Dados referentes ao teste t Student da questão - Q1 do WHOQOL-bref

Questão	Idosos	N	Média	DP	t	p*
Como você avaliaria sua qualidade de vida ? (Q1)	Ativos	20	4,30	0,571	3,756	0,001
	Inativos	20	3,55	0,686		

n: frequência; DP: desvio padrão . *Teste *t de Student*, p: nível de significância ($p \leq 0,05$)

Isto significa que, apesar da diferença ser pequena no que se refere a avaliação dos idosos quanto a sua qualidade de vida, o teste *t de Student* apresentou diferenças significativas ($t=3,756; p=0,001; \alpha=99,9\%$) entre os grupos de idosos ativos e inativos; confirmando que os idosos ativos possuem uma avaliação de sua qualidade de vida maior que os idosos inativos. Este resultado corrobora com o principal resultado de um estudo realizado por Mota; Ribeiro; Carvalho e Matos (2006) que foi demonstrar que a percepção de qualidade de vida associada à saúde se encontra intimamente ligada à prática de atividade física.

A tendência do homem moderno é reprimir a sua expressividade corporal e emocional, criando, com isso, formas estereotipadas de comportamento corporal levando a passagem do

corpo dentro de dois universos, o corpo saúde, e o corpo doença, aprisionado por seus desejos e inibições (RAMOS, 2003).

Saúde não consiste em apenas processos de intervenção na doença, mas processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, sócio-econômicos e espirituais (CARDOSO, 2006).

De acordo com a Carta de Ottawa, a promoção da saúde é o processo que possibilita às pessoas aumentar o controle sobre determinantes da saúde e, dessa forma, melhorar sua saúde. Neste caso, refere-se às atividades de educação em saúde, voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde (WHO, 1986).

Assim, a atividade psicomotora, assume lugar de vital importância nos dias de hoje, passando a ser vista como elemento primordial na melhoria da saúde diante das diferentes agressões sofridas pelo homem, notadamente o estresse emocional, o sedentarismo, somados a problemas sociais que conduzem à diminuição da saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida.

✓ Avaliação do Domínio Físico

O primeiro domínio é o físico e suas facetas são: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; e capacidade de trabalho. A avaliação do domínio físico corresponde a 7 itens (questões de números 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18).

Os escores médios no domínio físico apresentaram diferenças significativas em 03 questões das 07 que compõem o domínio, sendo elas de números 10, 16 e 18. Na questão 10 a média de pontos foi 4,10 (DP=0,968) para o grupo de idosos ativos e de 3,25 (DP=1,118) para os idosos inativos. Existindo uma diferença de média de 0,85 entre os grupos. Na questão 16 a média foi 4,35 (DP=0,988) para o grupo de idosos ativos e de 3,05 (DP=1,234) para os idosos inativos. Existindo uma diferença de média de 1,30 entre os grupos. Na questão 18 a média

foi 4,30 (DP=0,979) para o grupo de idosos ativos e de 3,35 (DP=1,268) para os idosos inativos. Existindo uma diferença de média de 0,95 entre os grupos (TABELA 7).

Tabela 7. Dados referentes ao teste t Student das questões Q10, Q16 e Q18 do WHOQOL-bref

Questão	Idosos	N	Média	DP	t	p*
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? (Q10)	Ativos	20	4,10	0,968	2,571	0,014
	Inativos	20	3,25	1,118		
Quanto você está satisfeito (a) com o seu sono? (Q16)	Ativos	20	4,35	0,988	3,677	0,001
	Inativos	20	3,05	1,234		
Quanto você está satisfeito com sua capacidade para o trabalho? (Q18)	Ativos	20	4,30	0,979	2,652	0,012
	Inativos	20	3,35	1,268		

*Teste t de Student, nível de significância 0,05 – p<0,05

Isto significa que, apesar do domínio físico ser composto por 07 questões, a avaliação dos idosos quanto a sua qualidade de vida no domínio físico, foi apontada pelo teste *t de Student* como significativa entre os grupos de idosos ativos e inativos nas questão: 10 (t=2,571;p=0,014); questão 16 (t=3,677;p=0,001) e; questão 18 (t=2,652;p=0,012).

Para Mazo, Lopes e Benedetti (2001) a prática de atividade física bem orientada, regularmente, pode trazer vários benefícios como: maior longevidade, redução do número de medicamentos prescritos, melhoria da capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, prevenção do declínio cognitivo, manutenção de “status” funcional elevados, redução de quedas e fraturas, manutenção da independência e autonomia, além de benefícios psicológicos, como melhoria da auto-estima e do contato social.

Outro fator, é que a idade é um fator essencial na modificação da arquitetura do sono, pois a idade avançada está diretamente relacionada com a prevalência de distúrbios do sono,

além do impacto negativo na qualidade de vida do idoso (SHERRILL; KOTCHOU; QUAN, 1998). Existem fortes evidências experimentais de que um programa de exercício físico regular pode melhorar a quantidade (MONTGOMERY; DENNIS, 2002) e qualidade do sono (GUIMARÃES et al., 2005) em indivíduos idosos. Guimarães, Lima e Souza (2007), concluíram que o tempo total de sono aumentou e a qualidade do sono melhorou após o programa de atividade física realizada em grupo com idosas sedentárias.

A psicomotricidade pode ser considerada como a integração das funções motrizes e mentais, sob o efeito do desenvolvimento do sistema nervoso, que abrange as relações existentes entre a motricidade, a mente e a afetividade do indivíduo (Ministério da Educação e do Desporto e Secretaria de Educação Especial apud REZENDE et al, 2003). Isso pode ser confirmado por Fonseca (1995) quando este afirma que as informações proprioceptivas que passam pelos circuitos espinhais são pré-selecionadas no tronco cerebral e nas estruturas talâmicas, ascendem ao córtex parietal tomando a conscientização específica do corpo, sendo que essa conscientização é adquirida através das experiências motoras e do convívio social. Portanto, com base na literatura, pode-se inferir que o exercício físico sistemático que estimula a conscientização corporal e o convívio social (como a psicomotricidade), pode ser eficaz para a conservação psicomotora e lentificação do processo de retrogênese.

✓ Avaliação do Domínio Psicológico

O segundo domínio é o psicológico, caracterizado pelos sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; e espiritualidade/religião/crenças pessoais. A avaliação do domínio psicológico corresponde a 6 itens (questões de números 5, 6, 7, 11, 19 e 26. Destas, as questões de números 5 ($t=3,006;p=0,005$); questão 6 ($t=6,033;p=0,001$) e questão 19 ($t=3,828;p=0,001$) apresentaram diferenças significativas entre idosos ativos e inativos, em que o GE (Idosos Ativos) possuem uma avaliação de sua qualidade de vida no domínio psicológico maior que os idosos inativos (GC), uma vez feito o teste *t Student* (TABELA 8).

Tabela 8. Dados referentes ao teste t Student das questões Q5, Q6 e Q19 do WHOQOL-bref

Questão	Idosos	N	Média	P	t	*
O quanto você aproveita a vida? (Q5)	Ativos	20	4,15	,875	3,006	,005
	Inativos	20	3,10	,294		
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? (Q6)	Ativos	20	4,70	,470	6,033	,001
	Inativos	20	3,25	,967		
Quanto satisfeito (a) você está consigo mesmo? (Q19)	Ativos	20	4,80	,523	3,828	,001
	Inativos	20	3,90	,912		

*Teste t de Student, nível de significância 0,05 – $P < 0,05$

A Questão 6 com média 4,70 (DP= 0,470) para o grupo de idosos ativos e de 3,25 (DP= 0,967) para os idosos inativos foi a de melhor resultado do domínio. Existindo uma diferença de média de 1,45 entre os grupos, seguida da questão 5 com média 4,15 (DP= 0,875) para o grupo de idosos ativos e de 3,10 (DP=1,294) para os idosos inativos e a diferença de média foi 1,05 entre os grupos e por fim a questão 19, nesta a média foi 4,80 (DP= 0,523) para o grupo de idosos ativos e de 3,90 (DP= 0,912) para os idosos inativos e a diferença de média de 0,90 entre os grupos (TABELA 8).

A participação do idoso em um programa de atividade física, muitas vezes, representa não só benefícios físicos; mas também melhora da socialização, bem-estar, melhora da autoestima, segurança, diminui sintomas de depressão e ansiedade; afastando-o do ciclo vicioso do envelhecimento (THOMAS, 2000; DANTAS, OLIVEIRA, 2003; RAHAL, SGUIZZATTO, 2006).

Freqüentemente, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso (falta de prática), doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (por exemplo, falta de motivação, de confiança e baixas expectativas), e fatores sociais (como a solidão e o isolamento), mais do que o

envelhecimento em si. Sendo assim, os fatores psicológicos, que incluem a inteligência e capacidade cognitiva (por exemplo, a capacidade de resolver problemas e de se adaptar a mudanças e perdas), são indícios fortes de envelhecimento ativo e longevidade (SMITS; DEEG; SCHMAND, 1999).

Segundo a Política de Saúde para o Envelhecimento Ativo, a OMS preconiza incentivar e permitir que os idosos desenvolvam autonomia, habilidades cognitivas, como resolver problemas, comportamento voltado para o social e capacidade para lidar de maneira eficaz em diferentes situações, bem como reconhecer e explorar a experiência e o vigor dos idosos para ajudá-los a melhorar seu bem estar psicológico (OMS, 2005).

Estudo desenvolvido por Costa et al. (2010), acerca da análise da auto-imagem em idosos participantes de um programa de fisioterapia coletiva mostrou que a atividade física a partir de um programa de fisioterapia coletiva beneficia tanto a dimensão física, como promove uma melhor saúde biopsicossocial para a população idosa.

Outros fatores psicológicos que são adquiridos ao longo do curso da vida têm uma grande influência no modo como as pessoas envelhecem. A auto-eficiência (a crença na capacidade de exercer controle sobre sua própria vida) está relacionada às escolhas pessoais de comportamento durante o processo de envelhecimento e à preparação para a aposentadoria. Saber superar adversidades determina o nível de adaptação a mudanças (como a aposentadoria) e a crises do processo de envelhecimento (a privação e o surgimento de doenças) (OMS, 2005).

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

É oportuno também citar Dantas (1992), quando enfatiza que “um correto estudo da motricidade não pode limitar-se às contribuições de uma única ciência, pois seria difícil separar em uma só pessoa, a estrutura motriz, a inteligência, a atitude, a experiência e o comportamento”. Como de fato, a qualidade de vida com valores aglomerados ao idoso é determinada, entre numerosos fatores, pelo comportamento produtivo, pelas relações sociais, pela harmonia da conduta motora, pela saúde física e mental e pela manutenção da comunicação.

✓ Avaliação do Domínio Relações Sociais

A avaliação do domínio social corresponde às questões de números 20, 21 e 22, estas referem-se às relações sociais e englobam as relações pessoais; suporte social; e atividade sexual. Das 03 questões, 02 (Q20 e Q22) obtiveram diferenças significativas. Esta apresentou média de 4,65 (DP=0,671) para o grupo de idosos ativos e de 4,15 (DP=0,875) para os idosos inativos e aquela foi 4,85 (DP=0,489) para o grupo de idosos ativos e de 4,15 (DP=0,671) para os idosos inativos.

Tabela 9. Dados referentes ao teste t Student das questões Q20 e Q22 do WHOQOL-bref

Questão	Idosos	N	Média	DP	t	p*
Quanto você está satisfeito com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? (Q20)	Ativos	20	4,85	0,489	3,006	0,001
	Inativos	20	4,15	0,671		
Quanto você está satisfeito com o apoio que você recebe de seus amigos? (Q22)	Ativos	20	4,65	0,671	6,033	0,001
	Inativos	20	4,15	0,875		

*Teste t de Student, nível de significância 0,05 – $P < 0,05$

O teste *t de Student* apresentou diferenças significativas entre os grupos de idosos ativos e inativos no que se refere à qualidade de vida no domínio social, avaliadas pelas questões 20 ($t=3,006$; $p=0,01$) e 22 ($t=6,033$; $p=0,001$).

O papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que as pessoas tenham levado, como das condições atuais que se encontram (MENDES et al., 2005).

O envelhecimento é um processo multidimensional, por depender de todas as experiências anteriores do indivíduo, desde sua infância até a maturidade, tanto sob o ponto de vista biológico quanto sócio emocional e econômico. Essas experiências irão influir na capacidade de enfrentamento das modificações que ocorrem com o aumento da idade, traduzindo-se em diferentes modelos de velhice (RODRIGUES; DIOGO 2000).

Conforme Zimmerman (2000), a atividade em grupo é uma forma de manter o idoso engajado socialmente, uma vez que a relação com outras pessoas contribui de forma significativa em sua qualidade de vida.

Atualmente, existe grande diversidade de grupos voltados ao trabalho com a terceira idade, tendo cada um, objetivos próprios e voltados a um público com nível socioeconômico preestabelecido. O incentivo à participação social de idosos em grupos, para que possam exercer suas habilidades, cidadania, estimular o lazer e trocas de experiências, dentre outras, com suporte no envelhecimento saudável, desperta neles o sentimento de agentes ativos, participativos e protagonistas de suas ações e de sua história (MATTOS, 2008).

À medida que os anos vão passando, as perdas, principalmente de familiares e amigos, também aumentam, ensejando por uma série de razões, o distanciamento dos indivíduos de seus antigos grupos sociais. Não refazer contatos e ficar sem seus grupos, sejam familiares, de trabalho, de lazer e outros, trazem ao idoso uma imensa lacuna que pode ser preenchida pelos grupos (JOÃO et. al., 2005).

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

Programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar responsabilidade pessoal (cuidado consigo mesmo), ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e os indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice, e precisam se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (OMS, 2005).

Assim, um programa de atividade psicomotora assume, para o ser idoso, lugar de vital importância nos dias de hoje, passando a ser vista como elemento primordial na melhoria da saúde, por apresentar benefícios nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, ao mesmo

tempo e ajudar o idoso a enfrentar as diferentes agressões sofridas como: o estresse emocional, o sedentarismo, somados a problemas sociais que conduzem à diminuição da saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida.

✓ Avaliação do Domínio Meio Ambiente

O quarto domínio corresponde a 8 itens (questões de números 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25) e diz respeito ao meio ambiente, abrangendo a segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição, ruídos, trânsito, clima); e transporte.

Os escores médios no domínio ambiental apresentaram significância nas questões de números 8, 9, 23, 24 e 25.

Tabela 10. Dados referentes às questões Q8, Q9, Q23, Q24 e Q25 do WHOQOL-bref

Questão	Idosos	N	Média	DP	t	p*
Quanto você se sente seguro (a) em sua vida diária? (Q8)	Ativos	20	4,50	0,827	3,727	0,001
	Inativos	20	3,25	1,251		
O quanto o seu ambiente físico é saudável ? (Q9)	Ativos	20	4,40	0,681	3,210	0,003
	Inativos	20	3,60	0,883		
Quanto você está satisfeito com as condições do local onde mora? (Q23)	Ativos	20	4,65	0,671	2,028	0,050
	Inativos	20	4,15	0,875		
Quanto você está satisfeito com o seu acesso aos serviços de saúde? (Q24)	Ativos	20	3,85	1,182	2,057	0,047
	Inativos	20	3,05	1,276		
Quanto você está satisfeito com o seu meio de transporte? (Q25)	Ativos	20	3,85	1,309	0,930	0,035
	Inativos	20	3,55	0,605		

*Teste t de Student, nível de significância 0,05 – p<0,05

A questão 8 apresentou o melhor nível de significância do domínio com ($t=3,727, p=0,001; \alpha 99,9\%$) com as médias: 4,50 ($DP=0,827$) para idosos ativos e de 3,25 ($DP=1,251$) para os idosos inativos. Já a questão 25, ($t=0,930; p=0,035; \alpha=95\%$) apresentou média de 3,85 ($DP=1,309$) para o grupo de idosos ativos e de 3,55 ($DP=0,605$) para os idosos inativos, obteve a menor diferença de média com 0,30 pontos, podendo ser observada na Tabela 10.

Os dados referenciados acima mostram que os idosos por serem ativos e apresentarem maior independência referem ser mais seguros em sua vida diária em relação aos inativos. Quanto à satisfação com o meio de transporte entre os grupos, observa-se a possibilidade de não haver impacto desta variável com o nível de atividade física, mas com fatores sócio-econômicos.

Ambientes físicos adequados à idade podem representar a diferença entre a independência e a dependência para todos os indivíduos, mas especialmente para aqueles em processo de envelhecimento. Por exemplo, pessoas idosas que moram em ambientes ou áreas de risco com múltiplas barreiras físicas saem, provavelmente, com menos frequência, e, por isto, estão mais propensas ao isolamento, depressão, menor preparo físico e mais problemas de mobilidade (OMS, 2005).

De acordo com Neri (2004), a qualidade de vida na velhice está diretamente relacionada com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos se adaptarem biológica e psicologicamente. A autora ainda diz que, para que as pessoas idosas se sintam adaptadas ao ambiente, é necessário que este seja compatível com as capacidades físicas dessas pessoas.

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

6.3.2 Análise descritiva dos Domínios e da Qualidade de Vida Geral

Apresentadas as 14 questões com diferenças significativas do grupo dos idosos ativos em relação aos inativos, visualiza-se na Tabela 11 a média geral de todas as questões envolvidas nos 4 domínios e a média geral de qualidade de vida.

No que diz respeito à qualidade de vida, houve diferença estatisticamente significativa nos 4 domínios. No Físico os idosos apresentaram: ativos ($M=3,81$; $DP=0,44$) e idosos inativos ($M=3,29$; $DP=0,95$); Domínio Psicológico: idosos ativos ($M=4,21$; $DP=0,31$) e idosos inativos ($M=3,54$; $DP=0,60$); Domínio Relações Sociais: idosos ativos ($M=4,21$; $DP=0,48$) e idosos inativos ($M=3,81$; $DP=0,46$); Domínio Meio ambiente: idosos ativos ($M=3,98$; $DP=0,57$) e idosos inativos ($M=3,32$; $DP=0,71$) (TABELA 11).

Tabela 11. Dados referentes ao teste *t* Student dos domínios do WHOQOL-bref, e na QV geral

Domínio	Idosos		<i>t</i>	Nível de significância (<i>p</i>)*
	Ativo (M, DP)	Inativo (M, DP)		
Físico	3,81 ± 0,44	3,29 ± 0,95	2,185	0,035
Psicológico	4,21 ± 0,31	3,54 ± 0,60	4,456	0,000
Relações Sociais	4,21 ± 0,48	3,81 ± 0,46	2,657	0,011
Meio Ambiente	3,98 ± 0,57	3,32 ± 0,71	3,234	0,003
Qualidade de vida	4,02 ± 0,35	3,42 ± 0,59	3,876	0,001

Conforme o teste *t de Student*, a avaliação dos idosos quanto a sua qualidade de vida nos domínios, apresentou diferenças significativas entre os grupos de idosos ativos e inativos, tendo o domínio físico ($t=2,185$; $p=0,035$); domínio psicológico ($t=4,456$; $p=0,000$); domínio relações sociais ($t=2,657$; $p=0,011$); domínio meio ambiente ($t=3,234$; $p=0,003$).

Para melhor visualização dos resultados das médias de cada domínio, o Gráfico 8 ilustra as diferenças significativas dos idosos ativos em relação aos idosos inativos.

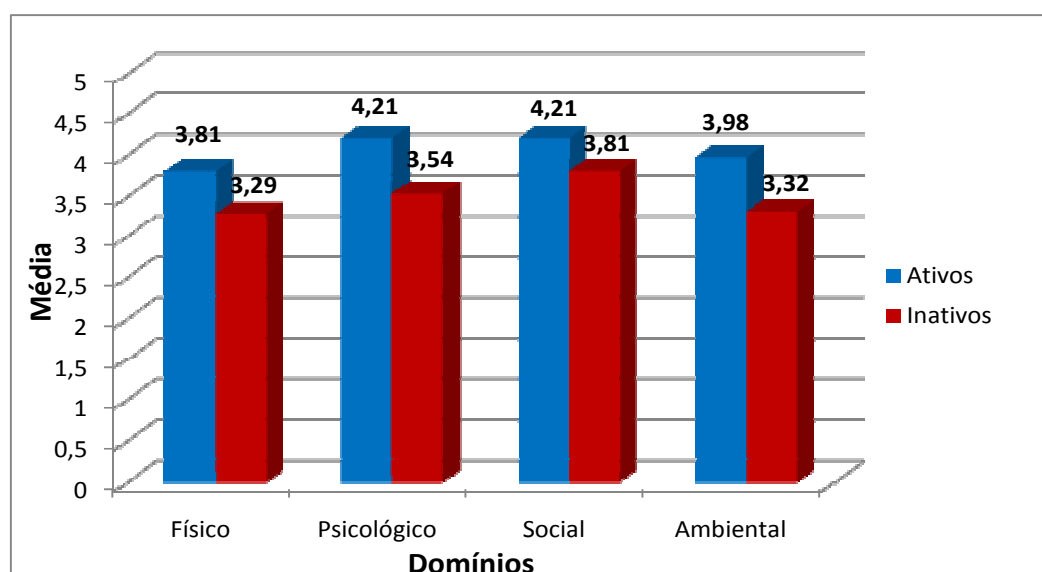


Gráfico 8. Comparação da pontuação média dos domínios entre os idosos ativos e inativos

O Gráfico 9, demonstra a avaliação da qualidade de vida total, onde os idosos ativos obtiveram média 4,02 (DP=0,35), enquanto que os idosos inativos tiveram média 3,42 (DP=0,59). O teste *t de Student* apresentou diferenças significativas entre os grupos de idosos ativos e inativos ($t=3,876; p=0,001$).

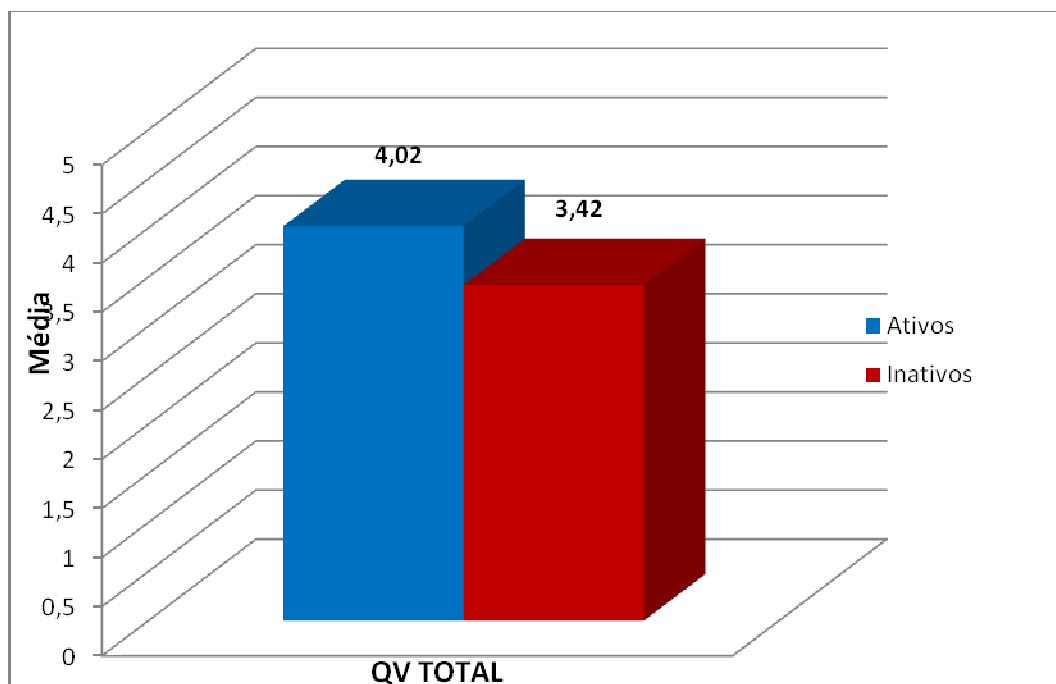


Gráfico 9. Comparação da pontuação média na qualidade de vida total entre os idosos ativos e inativos

Neste estudo tanto a qualidade de vida total quanto os domínios apresentaram índices de significância relevantes ($p \leq 0,05$), segundo o teste *t de Student*, apresentando no domínio psicológico e na QV total, $\alpha = 99,9\%$; no domínio social $\alpha = 99\%$ e nos domínios físicos e ambiental com $\alpha = 95\%$.

A presente investigação confirma os dados da pesquisa desenvolvida por Means, O'Sullivan e Rodel (2003), onde relataram que a prática de exercícios diminui os sintomas de depressão e ansiedade levando os indivíduos a uma maior auto-confiança e auto-estima, dessa forma, sentindo-se mais capazes para desempenharem suas atividades de vida diária, o que corrobora com os resultados obtidos neste estudo, em que os idosos ativos mostraram-se mais satisfeitos consigo mesmos e com a capacidade para o trabalho, além disso, mostram-se mais satisfeitos e com suas relações sociais e o apoio recebido dos amigos.

Viana (2004), utilizando o *WHOQOL-bref*, avaliou a qualidade de vida de idosos ativos e inativos; e foi nos domínios físico e psicológico constatou a maior diferença significativa, com 4 questões de cada domínio. Ainda neste estudo ficou evidenciado que idosos que praticam atividade física atualmente avaliam como melhor sua capacidade de aceitar sua aparência física do que os inativos. Tais achados aproximam-se de nossa pesquisa ao encontramos 3 questões com diferenças significativas entre os idosos ativos e os inativos tanto no domínio físico quanto no domínio psicológico.

Segundo a autora da pesquisa, no domínio meio ambiente, tiveram-se apenas duas questões que apresentaram diferença significativa, diferente desta pesquisa onde se obteve diferenças significativas maiores (5 questões).

Por fim, os achados no domínio ambiental estão em consonância com os da autora que apresentou resultados totalmente diferenciados entre os grupos de ativos e de inativos, apontando que as pessoas ativas atualmente conseguem visualizar as oportunidades de lazer que estão acessíveis a elas e os inativos não as visualizam e conseqüentemente se mantêm inativos, longe das práticas físicas de lazer (VIANA, 2004).

Estudo desenvolvido por Fibra et al. (2006) avaliando pré e pós-teste, idosos sedentários que foram submetidos a um programa de fisioterapia aquática, identificaram que os 4 domínios do *WHOQOL-bref* apresentaram aumento do escore, sendo que no psicológico o único que houve diferença estatisticamente significante, o que pode ser atribuído ao fato desses indivíduos saírem de suas casas, para praticar uma atividade física e recreativa, entrarem em contato com pessoas diferentes, ocuparem sua mente e seu tempo com eles próprios, cuidando do seu bem-estar e de sua saúde, dados estes que corroboram com os achados desta pesquisa.

Em consonância com este estudo, os resultados encontrados por Viégas, Silva e Alvarenga (2009), em estudo comparativo da qualidade de vida e equilíbrio de idosos ativos e inativos, perceberam por meio do *WHOQOL-bref* que a prática de exercícios físicos é indicativa de melhor qualidade de vida entre os idosos, evidenciando que programas de incentivo à prática de exercícios físicos para esta população ainda são pouco explorados na perspectiva da promoção de saúde.

Aguiar e Gurgel (2009) em pesquisa comparativa com idosas participantes de um programa de atividade física aquática e idosas sedentárias identificaram que a média dos escores obtidos para os domínios do *WHOQOL-bref* foram maiores no grupo de mulheres

ativas, sobretudo no domínio físico, onde o grupo das mulheres ativas foi significativamente maior ($p < 0,05$) que a média dos escores obtidos no grupo de mulheres sedentárias.

Não obstante, diferentes estudos também apontam resultados estatisticamente significativos em grande parte dos domínios que compõem a qualidade de vida quando comparadas as populações ativas e inativas, ou até mesmo envolvendo programas experimentais de atividade física em diferentes tipos de populações (ANTUNES et al., 2005; SHOUP, GATTSHALL, ESTRABROOKS, 2008; SLOAN et al., 2009). Contudo, a atividade física regular é vista como uma das formas mais efetivas na promoção de qualidade de vida em qualquer população (MISZKO, CRESS, 2000; PELUSO, ANDRADE, 2005), podendo melhorar a saúde e facilitar os contatos sociais (RESNICK, 2000).

6.3.3 Normatização e análise descritiva do construto: Qualidade de Vida

Para interpretar as repostas dadas pelos participantes, utilizou-se do escore total para cada fator que corresponde ao somatório dos itens que os compõem. Para descrição e interpretação geral dos resultados sobre a avaliação do objeto de estudo também foram consideradas as estatísticas descritivas como média e desvio padrão para ambos os grupos.

Sendo assim, para interpretar as repostas dadas pelos participantes aos itens que representam estes fatores, utilizou-se de um escore total que corresponde ao somatório dos itens. Para tanto os escores variaram de 1 = **Nada**, 2 = **Muito Pouco**, 3 = **Mais ou menos**, 4 = **Bastante** e 5 = **Extremamente**.

Por exemplo, para itens, do tipo: “Quanto você se sente satisfeito (a) com a sua saúde? e quanto você está satisfeito (a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-dia?”, aqueles idosos que acharam estar extremamente satisfeito, responderam “5”, os que se acham estar bastante satisfeito, responderam “4”, os mais ou menos “3”, muito pouco “2” e aqueles que se sentiam nada satisfeitos responderam “1”. O escore mínimo é de 26 e o escore máximo é de 130 (somatório total dos itens deste fator), pois existem 26 itens para o construto **Qualidade de Vida**.

Em outras palavras, para uma avaliação extremamente positiva, o participante deveria responder “extremamente” para as 26 perguntas (itens) que compõem o fator em

questão, demonstrando que estar satisfeitíssimo com todos os itens e obtendo um escore de 130 pontos (valor máximo), enquanto, para uma avaliação extremamente negativa, deveriam responder “nada” para os 26 itens que compõem esse fator demonstrando que não estar nada satisfeito de todos os itens e obtendo um escore de 26 pontos (valor mínimo).

Com essa exposição, optou-se por considerar a homogeneidade dos itens e tratá-los como se seus pesos e sua importância no fator fossem iguais.

Para possibilitar uma melhor interpretação dos dados, preferiu por normalizar os escores de cada fator analisado, compatibilizando-os em uma única escala de resposta. A comparação entre os domínios era bastante difícil, já que cada um possui uma pontuação total dependente do número de itens que compõe sua dimensão. Por exemplo, o Domínio Físico é composto de 07 itens que totaliza 35 pontos, enquanto o Domínio Psicológico é composto por 6 itens totalizando 30 pontos, o Domínio Relações Sociais é composto por 3 itens totalizando 15 pontos e por fim o Domínio Ambiental é composto por 8 itens totalizando 40 pontos.

As estatísticas descritivas de cada domínio, assim como da QV Total, tais como a pontuação mínima e máxima nos itens por domínio, média e desvio padrão e estão apresentadas na Tabela 12, 13 e 14 para idosos ativos e inativos respectivamente.

Tabela 12. Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos Domínios estudados dos idosos ativos

Constructos	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Domínio Físico	07	35	26,65	3,08
Domínio Psicológico	06	30	25,30	1,89
Domínio Social	03	15	12,65	1,46
Domínio Ambiental	08	40	31,90	4,62
QV total	26	130	104,40	9,12

Tabela 13. Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos Domínios estudados dos idosos inativos

Constructos	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Domínio Físico	07	35	23,05	6,69
Domínio Psicológico	06	30	21,25	3,59
Domínio Social	03	15	11,45	1,39
Domínio Ambiental	08	40	26,60	5,68
QV total	26	130	88,95	15,31

Tabela 14. Mínimo, máximo, média e desvio padrão da QV Total dos idosos ativos e inativos

QV Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Ativos	26	130	104,40	9,12
Inativos	26	130	88,95	15,31

Se os idosos ativos pontuam uma média de 26,65 pontos no fator I (Domínio Físico), pode-se inferir que é uma porcentagem superior a 70% da avaliação, o que significa uma avaliação “mais ou menos” satisfeito. Mas, como comparar a avaliação do fator I à avaliação do fator II (Domínio Psicológico) se eles possuem escalas diferentes?

Neste sentido, com o intuito de unificar as escalas, os escores de todos os fatores foram submetidos a uma transformação linear por meio da aplicação da regra de três simples e convertidos para uma escala de 0 a 100 pontos, que permite calcular um escore de cada fator de forma padronizada, além de possibilitar comparações mais acuradas entre os fatores. A partir desse procedimento, foi descrito a avaliação de cada fator, tal como pode ser observado a seguir.

O fator I, Domínio Físico, possui um total de 07 itens e apresentou uma média de resposta de 26,65 pontos na avaliação dos Idosos Ativos. Considerando que uma pontuação total de 35 pontos neste fator indica uma avaliação extremamente satisfeita de 100% dos Idosos. Desta forma, uma pontuação de 26,65 neste fator significa uma avaliação “mais ou menos” satisfeito, com 76,14% dos idosos ativos, tal como pode ser observado na Figura 2.

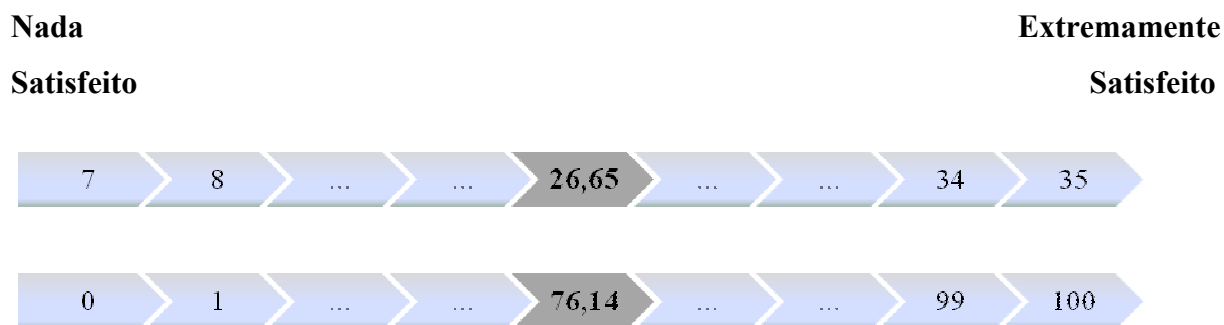


Figura 2. Avaliação do Domínio Físico dos idosos ativos: transformação linear do escore bruto em escore normalizado.

Na figura 3, os idosos inativos apresentaram uma pontuação de 23,05 no Domínio Físico, perfazendo uma avaliação “muito pouco” satisfeito, com 65,85% dos idosos inativos.

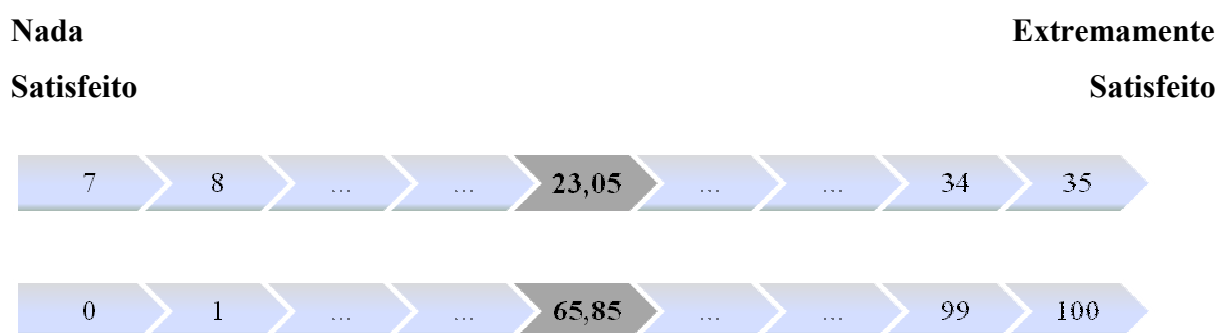


Figura 3. Avaliação do Domínio Físico dos idosos inativos: transformação linear do escore bruto em escore normalizado.

O Domínio Psicológico possui um total de 6 itens e apresentou uma média de resposta de 25,30 pontos na avaliação dos idosos ativos (FIGURA 4). A transformação linear dos escores deste apresentou uma avaliação “bastante” satisfeito pelos idosos ativos, que consideraram 84,33% bastante satisfatório as questões que envolveram os aspectos psicológicos.

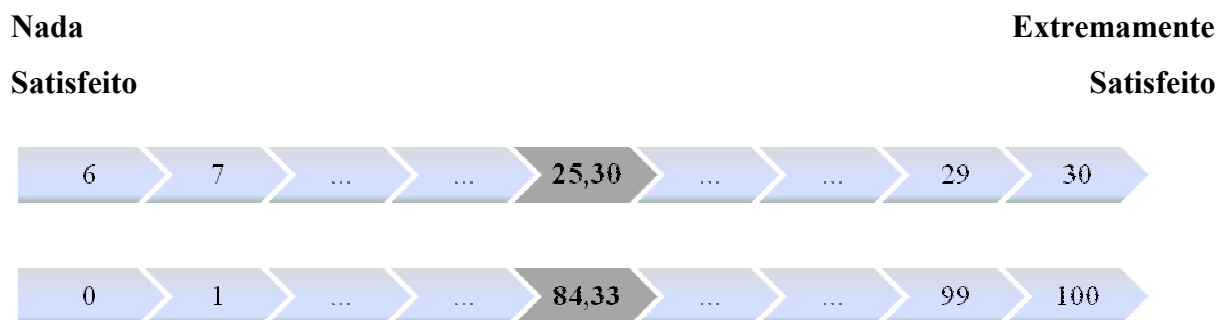


Figura 4. Avaliação do Domínio Psicológico dos idosos ativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.

Já os idosos inativos não apresentaram uma avaliação tão boa quanto os ativos no Domínio Psicológico, pois os mesmos tiveram uma pontuação média de 21,25 pontos, o que representa um percentil de 70,83%, e assim sendo considerado “nada” satisfeito pelos idosos inativos (FIGURA 5).

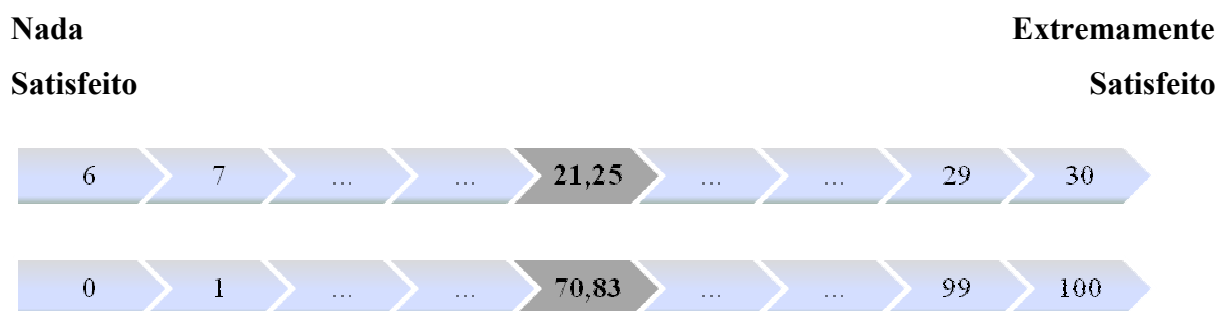


Figura 5. Avaliação do Domínio Psicológico dos idosos inativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.

Como pode ser observada na Figura 6, a transformação linear do escore bruto (12,65) dos idosos Ativos, do fator III, Domínio Relações Sociais, que possui 3 itens, sugeriu que 84,33% dos idosos ativos possuem uma boa avaliação deste fator, ou seja, estão “bastante” satisfeito.

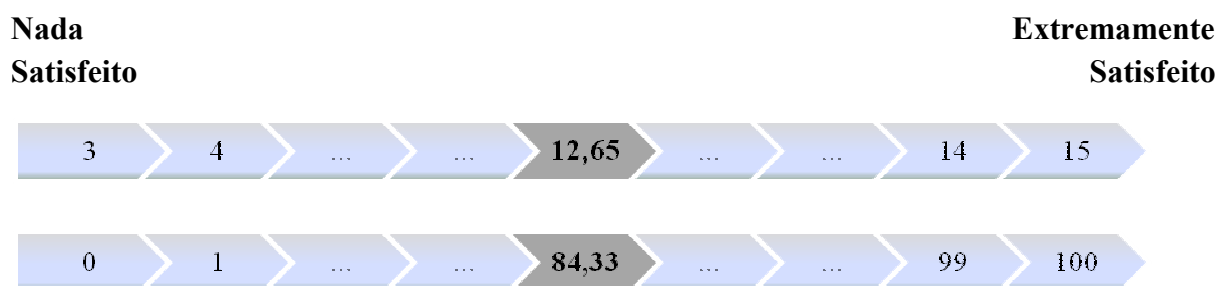


Figura 6. Avaliação do Domínio Relações Sociais dos idosos ativos: transformação linear do escore bruto em escore normalizado.

Quanto à avaliação dos idosos Inativos, para o Fator III, apresentaram uma pontuação média de 11,45, o que representa uma avaliação “muito pouco” satisfeito, com 76,33% nos escores normalizados (FIGURA 7).

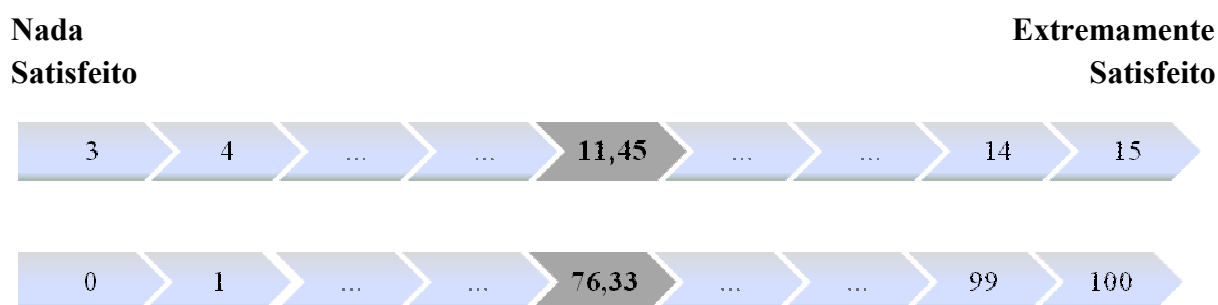


Figura 7. Avaliação do Domínio Relações Sociais dos idosos inativos: transformação linear do escore bruto em escore normalizado.

No tocante ao fator IV, Domínio Meio Ambiente, pode-se constatar na Figura 8 que o escore médio bruto de 31,90, após normalização representou um escore de 79,75 pontos na escala, indicando uma avaliação “bastante” satisfeita neste fator.

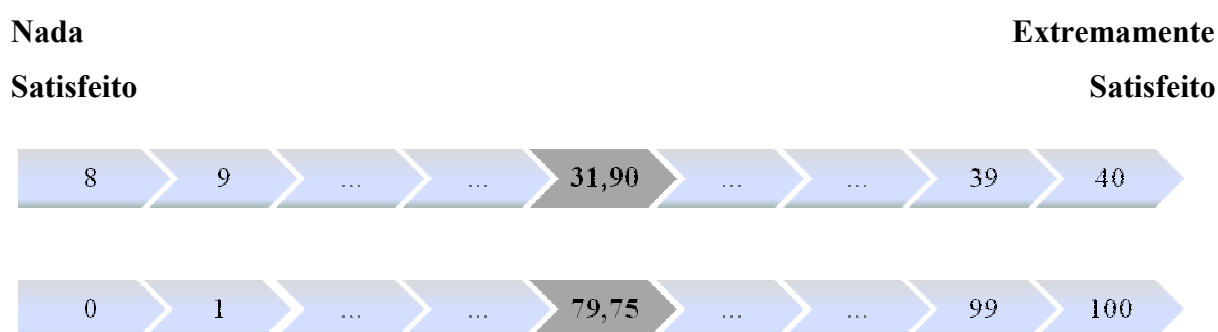


Figura 8. Avaliação do Domínio Ambiental dos idosos ativos: transformação linear do escore bruto em escore normalizado.

Na figura 9, também representa o Domínio Meio Ambiente, desta vez com os idosos inativos. Estes apresentaram escore médio bruto de 26,60, após normatização representou um escore de 66,50 pontos, indicando uma avaliação “muito pouco” satisfeito neste fator.

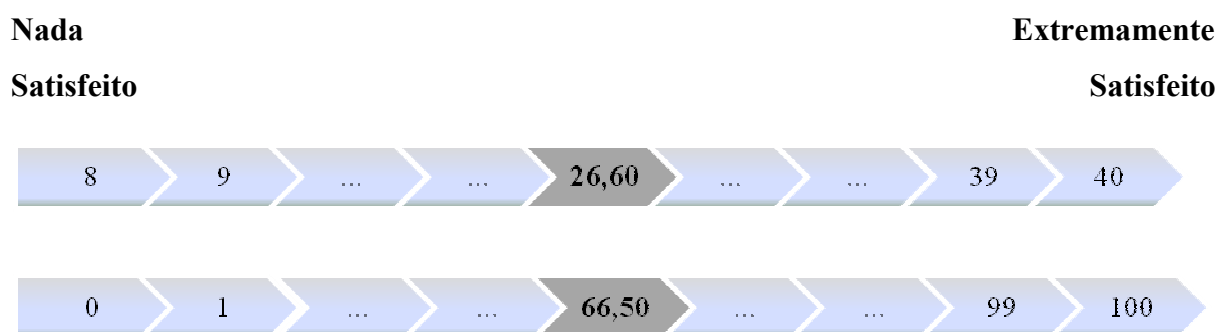


Figura 9. Avaliação do Domínio Ambiental dos idosos inativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.

Por fim, o último fator, Qualidade de Vida, que envolve os 04 domínios além das Q1 e Q2. Este fator demonstrou que os idosos ativos pontuaram uma média de 104,4 pontos na Qualidade de Vida Total, podendo inferir que é uma porcentagem superior a 80% da avaliação, o que significa uma avaliação “bastante” satisfeita em relação ao escore total de QV, como pode ser visto na Figura 10.

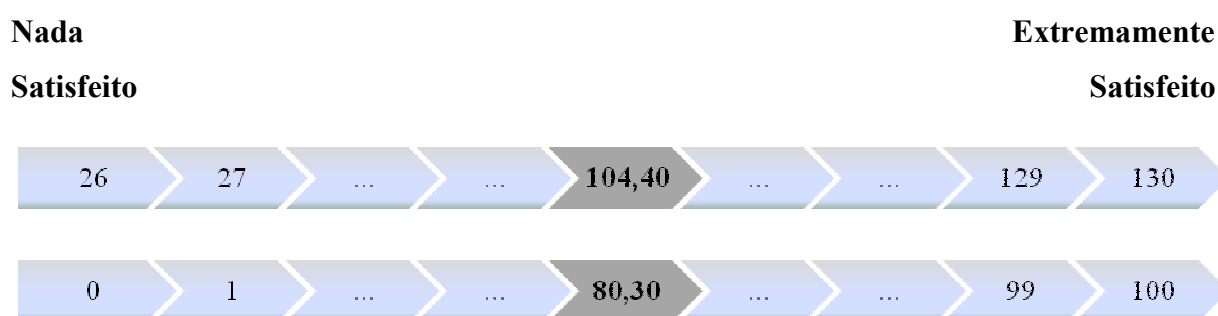


Figura 10. Avaliação do fator QV geral dos idosos ativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado

Quanto aos idosos inativos pontuaram uma média 88,95 pontos na Qualidade de Vida Total, representando uma porcentagem de 68,42% da avaliação, o que significa uma avaliação “muito pouco” satisfeito em relação ao escore total de QV.

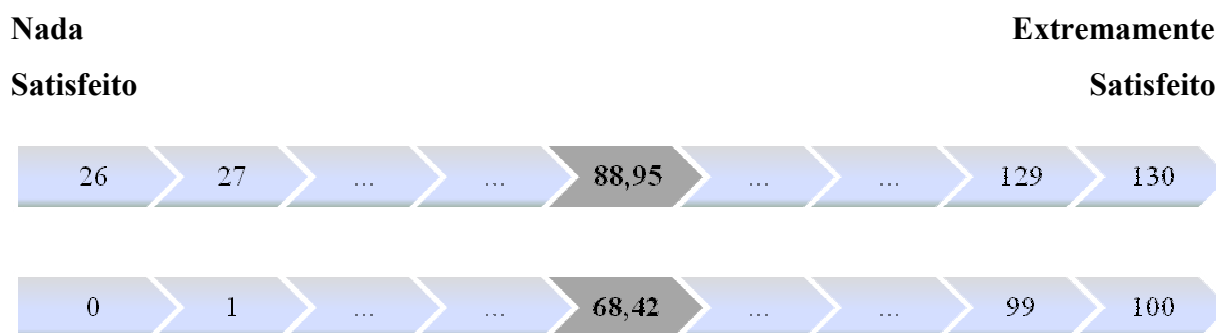


Figura 11. Avaliação do fator QV geral dos idosos inativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado

Levando-se em conta as respostas dos 40 idosos participantes que fizeram parte da pesquisa, buscou-se elaborar normas para o desenvolvimento de critério para a interpretação dos resultados obtidos. Para tanto estabeleceu-se normas intragrupo, em que o critério de referência dos escores é o grupo ou a população para a qual o teste foi construído. Neste sentido, o escore do sujeito toma sentido em relação aos escores de todos os sujeitos da população. Como não são conhecidos os escores da população, as normas foram estabelecidas sobre a amostra estudada, utilizando-se a técnica baseada no posto percentílico (PASQUALI, 2003).

As normas elaboradas para este estudo fazem referência aos fatores do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida subjetiva - WHOQOL-*bref*, sendo considerado um somatório dos itens de cada fator. Considerando os escores brutos, foi realizada uma transformação linear simples (regra de três) que produziu escores de uma escala de 0 a 100, tal como explicitado e ilustrado anteriormente. Os itens transformados foram utilizados para estabelecerem-se em percentis (criando-se cinco grupos iguais, no qual cada grupo representa 20% das avaliações da amostra). Os resultados da criação de percentil para embasar as avaliações dos idosos Ativos e Inativos sobre os Domínios e a Qualidade de Vida, segundo critério interno, podem ser observados na Tabela 15 e 16 respectivamente.

Tabela 15. Avaliação por domínio de todos os idosos ativos e inativos acerca da satisfação quanto a Qualidade de Vida, segundo Percentil

Percentil por Domínio	1º Percentil (Nada)	2º Percentil (Muito Pouco)	3º Percentil (Mais ou Menos)	4º Percentil (Bastante)	5º Percentil (Extremamente)
Domínio Físico	$x \leq 61,71$	$61,72 \leq x \leq 71,42$	$71,43 \leq x \leq 77,14$	$77,15 \leq x \leq 82,85$	$X \geq 82,86$
Domínio Psicológico	$x \leq 73,33$	$73,34 \leq x \leq 76,66$	$76,67 \leq x \leq 82,00$	$82,01 \leq x \leq 86,66$	$X \geq 86,67$
Domínio Social	$x \leq 73,33$	$73,34 \leq x < 80,00$	$80,00 \leq x \leq 80,01$	$80,01 < x \leq 86,66$	$X \geq 86,67$
Domínio Ambiental	$x \leq 62,50$	$62,51 \leq x \leq 67,50$	$67,51 \leq x \leq 78,00$	$78,01 \leq x \leq 89,00$	$X \geq 89,01$

Tabela 16. Avaliação pelo fator QV geral de todos os idosos ativos e inativos acerca do nível da satisfação, segundo Percentil

Percentil	1º Percentil (Nada)	2º Percentil (Muito Pouco)	3º Percentil (Mais ou Menos)	4º Percentil (Bastante)	5º Percentil (Extremamente)
Idosos ativos	$x \leq 56,46$	$56,47 \leq x \leq 69,07$	$69,08 \leq x \leq 72,00$	$72,01 \leq x \leq 80,15$	$X \geq 80,16$
Idosos inativos	$x \leq 74,61$	$74,62 \leq x \leq 79,53$	$79,54 \leq x \leq 83,23$	$83,24 \leq x \leq 86,46$	$X \geq 86,47$
Scores geral dos idosos	$x \leq 65,84$	$65,85 \leq x \leq 72,61$	$72,62 \leq x \leq 79,69$	$79,70 \leq x \leq 83,84$	$X \geq 83,85$

Deste modo, para cada fator foi extraído um valor específico que corresponde a duas avaliações negativas, ou seja, nada satisfeito (1º percentil), a uma avaliação muito pouco satisfeito (2º percentil), uma avaliação mediana, mais ou menos satisfeito (3º percentil), seguido de duas avaliações positivas, bastante satisfeito (4º percentil), e por fim

extremamente satisfeito (5º percentil). Ressalta-se novamente que estes valores foram calculados em função da avaliação de todos os participantes do estudo.

Diante dos resultados obtidos acerca do nível da satisfação, segundo percentil, foi verificado uma avaliação positiva, visto que o grupo de idosos ativos estavam “bastante” satisfeitos nos domínios: psicológico, meio ambiente e social, bem como na qualidade de vida geral, o que difere do grupo de idosos inativos, os quais predominaram o percentil “muito pouco” satisfeito, apontados nos domínios: físico, meio ambiente e relações sociais, assim como na qualidade de vida geral.

□□□□ CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo de investigar se o nível de qualidade de vida da terceira idade é influenciado pelo ensino de exercícios psicomotores a um grupo de idosos como estratégia de educação em saúde, os resultados da presente pesquisa confirmam a hipótese que a qualidade de vida de idosos ativos é maior em relação aos inativos, tendo como variável a realização de exercícios psicomotores.

A partir dos resultados encontrados identificou-se que os idosos que participaram da pesquisa apresentaram idade média de 69,8 anos, 50,0% de idosos ativos e 50,0% de idosos inativos, 90,0% mulheres e 10,0% homens. A maioria encontram-se casados (45,0%), com ensino fundamental incompleto (92,0%) e vivendo em casa própria (90,0%) e residirem com uma pessoa (35,0%).

A idade média dos idosos ativos foi de 69,7 anos, sendo 90,0% mulheres, na faixa etária de 70 a 74 anos (40,0%), viúvo (50,0%), com ensino fundamental incompleto (90,0%), vivendo em residência própria (95,0%) com filho (85,0%), com renda familiar baixa (75,0%), sendo 70,0% aposentados e como atividades no tempo livre referiram ir à igreja (70,0%).

Já, os idosos inativos apresentaram idade média de 69,9 anos, 90,0% mulheres, na faixa etária 75 a 79 anos (35,0%), casados (55,0%), com ensino fundamental incompleto (95,0%), vivendo em residência própria (85,0%) com parceiro (60,0%), com renda familiar baixa (35,0%), sendo 60% aposentados e como atividade no tempo livre referiram rezar/orar (50,0%).

Os nossos resultados mostram que os indivíduos idosos ativos apresentaram melhores valores em Equilíbrio, elemento psicomotor avaliado, comparativamente com os idosos inativos, tendo em nosso estudo havido diferenças significativas.

Na média geral dos escores do Teste de Berg, percebeu-se uma diferença de 7,5 da pontuação da amostra entre os idosos ativos e inativos em relação ao equilíbrio e risco de quedas. Considerando os resultados individuais dos escores obtidos na EBB pelo grupo de idosos ativos, observou-se que nenhum dos indivíduos apresentaram pontuação inferior a 36, considerada 100% de risco de quedas. Já os idosos inativos, apesar de um indivíduo ter atingido pontuação 55, 03 indivíduos apresentaram 100% de risco de quedas, ou seja, pontuação menor que 36.

Contudo, evidenciou-se a comparação pelo teste *t* de Student, dos escores médios da EBB entre os idosos ativos e os inativos e apesar dos idosos da amostra estarem na pontuação entre 41 a 56, o que resulta em independência, constatou-se também uma diferença significativa entre os dois grupos, sobretudo nas questões de número 1 (sentado para de pé), 2 (em pé sem apoio), 3 (sentado sem suporte para as costas, mas com os pés apoiados sobre o chão ou sobre um banco), 6 (em pé sem suporte com olhos fechados), 7 (em pé sem suporte com os pés juntos), 9 (apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé), 10 (em pé, virar e olhar para trás sobre os ombros direito e esquerdo) e 12 (colocar pés alternados sobre degrau ou banco permanecendo em pé e sem apoio).

A avaliação dos domínios e da qualidade de vida total apresentaram índices de significância relevantes ($p \leq 0,05$), segundo o teste *t de Student*, apresentando no domínio psicológico e na QV total, $\alpha = 99,9\%$; no domínio social $\alpha = 99\%$ e nos domínios físicos e ambiental com $\alpha = 95\%$. Considerando o percentil, foi verificado uma avaliação positiva, visto que o grupo de idosos ativos estão “bastante” satisfeitos nos domínios: psicológico, meio ambiente e relações sociais, bem como na qualidade de vida geral, o que difere do grupo de idosos inativos, os quais predominaram o percentil “muito pouco” satisfeito, apontados nos domínios: físico, meio ambiente e relações sociais, assim como na qualidade de vida geral.

Desta forma, o estudo demonstrou equivalência de desempenho psicomotor entre idosos praticantes e não praticantes de exercício psicomotores regulares e a influência da atividade psicomotora na prevenção de quedas e na capacidade funcional; porém deve-se pontuar que esses achados não podem ser estendidos a todos os indivíduos; em virtude das características específicas dos grupos em questão e porque a amostra não pode ser considerada representativa para a população idosa brasileira.

Esses resultados corresponderam com as expectativas iniciais da pesquisa, demonstrando que a pessoa idosa que praticar exercícios físicos regular, preferencialmente psicomotores, e mantiver uma vida dinâmica, com convívio social e ainda mais tiver uma atividade mental continuada; pode ter um envelhecimento bem-sucedido e produtivo, e ainda manter sua independência e viver essa fase da vida de uma forma agradável e com um bom nível de qualidade de vida.

A abordagem da psicomotricidade para a Terceira Idade parte do princípio do movimento corporal. Se movimentar-se é uma forma de viver, então que seja com prazer e satisfação. Se a maneira como as pessoas se movimentam e se tocam é capaz de alterar sua

mente e emoções, como será que a atividade psicomotora pode modificar e colaborar com a vida dos idosos? Para renovar e abastecer as energias desse corpo torna-se necessário trocar com os outros e com tudo o que o rodeia, impulsionando-o a viver melhor.

Sabe-se, entretanto, que há o idoso que se acomoda, impedindo uma convivência harmoniosa, deixando em desuso a sua potencialidade e sabedoria. Neste caso é importante buscar esse idoso, promovendo trabalhos de reintegração social para que haja uma mudança progressiva de perspectiva de vida. Nem todas as mudanças são positivas, mas o idoso pode lidar com a velhice com suas experiências e gratificações assim como com seus desafios, se estiver preparado para enfrentá-los.

As constatações deste trabalho estão fundamentadas numa amostragem relativamente pequena, mas já verifica-se que a prática regular da psicomotricidade, como vivências intencionais, através de um trabalho corporal consciente com atividades prazerosas, reeducadoras, integrativas e lúdicas, levou o verdadeiro bem-estar psicossomático nestes indivíduos de terceira idade, sendo assim, tornando-a indicativa de uma maior percepção de qualidade de vida nos idosos ativos que nos inativos. A psicomotricidade é o fator fundamental para o bem estar do idoso.

Porém, como os programas educacionais e de incentivo à prática de exercícios psicomotores para esta população ainda são pouco explorados quanto à promoção de saúde, cabe aos profissionais de saúde engajar-se efetivamente em projetos que mobilizem os idosos de maneira que estes se sintam motivados tornando-se mais ativos e consequentemente tenham um melhor desempenho em suas atividades diárias, assim como, seria importante o governo atentar para essa questão educacional como fator relevante para a qualidade de vida da população idosa.

Outro aspecto a ser mencionado é que o exercício psicomotor regular voltado para essa população deve ser bem criterioso e levar em conta as necessidades e especificidades da população idosa; proporcionando maior treino de equilíbrio, estimulando o controle postural; e servindo dessa forma como medida profilática na prevenção de quedas entre idosos.

Nesse sentido fazem-se necessários uma ampliação e aprofundamento nas pesquisas com os idosos, possibilitando uma abrangência maior de possibilidades, de atividades e de vivências intencionais; empenhando-se sempre não apenas em viver mais, mas também em viver melhor.

Sugere-se também, novas pesquisas com a aplicação do WHOQOL-*bref* concomitante ao WHOQOL-*old*, no intuito de coletar dados mais abrangentes e, a realização de estudos com pré e pós-teste com os idosos ativos para comparações internas dos escores do grupo.

Contudo essa pesquisa fortaleceu o interesse da autora pela área da geriatria e gerontologia, visto que a aproximou ainda mais da realidade desta população. Além de potencialmente poder ter contribuído com novos direcionamentos para pesquisa na área de fisioterapia geriátrica, gerontopsicomotricidade e atividade física em idosos.

Feitas estas considerações, os resultados encontrados são coerentes com a literatura, sugerindo a pertinência da presente pesquisa.

□□□□ BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

ACSM. **Prova de esforço e prescrição de exercício**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994

AGUIAR, J. B.; GURGEL, L. A. Investigação dos efeitos da hidroginástica sobre a qualidade de vida, a força de membros inferiores e a flexibilidade de idosos: um estudo no Serviço Social do Comércio. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v.23, n.4, p.335-44, 2009.

ALMEIDA, L. G. D.; LEÃO, I. O.; OLIVEIRA, J. B.; SANTOS, M. M. O. Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado à saúde de idosos na família e na comunidade. **Rev. Saúde.Com** 2006; 2(1): 50-58.

AMARAL, P.N.; POMATTI, D.M.; FORTES, V.L.F. Atividades físicas no envelhecimento humano: uma leitura sensível criativa. RBCEH - **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 18-27, jan./jun. 2007. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/113/88> Acesso em: 13/04/2009.

ANDREOTTI, M. C.; OKUMA, S. S. Perfil sócio – demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 17, n.2, jul./dez. 2003.

ANTUNES, H. K. M.; STELLA, S. G.; SANTOS, R. F.; BUENO, O. F. A.; MELLO, A. T. Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 27 (4), 266-271. 2005

ARAÚJO, T. D. **Estudo comparativo do comportamento psicomotor de crianças na faixa etária de 8 anos de uma escola pública e particular da cidade de Campina Grande**. Campina Grande: UEPB, 2003.

BAMPI, et al. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n.1, 2008.

BARELA, J. A. Estratégias de controle em movimentos complexos: ciclo percepção ação no controle postural. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, supl.3, p.79-88, 2000.

BARNETT, A.; SMITH, B.; LORD, S. R.; WILLIAMS, M.; BAUMAND, A. Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at risk older people: a randomized controlled trial. **Age and Ageing** 32: 407-14, 2003.

BARRETO, S. J. **Psicomotricidade, educação e reeducação**. 2.ed. Blumenau: Livraria Acadêmica, 2000.

BIRGE, S. J. Can falls and hip fracture be prevented in frail older adults? **Journal American Geriatric Soc.** 47: 1265-66, 1999.

BOAS, R. F. V. **A capacidade funcional e o nível de aptidão física para realização de atividades de vida diária em um grupo de idosos.** 2005. 70 f. Dissertação (Mestrado em Promoção em Saúde) – Universidade de Franca, Franca, 2005.

BOBATH, B. **Atividade postural reflexa anormal causada por lesões cerebrais.** 2. ed. São Paulo: Manole, 1978.

BORGES, C. F.; FERRATIN, A. C.; MORELLI, J. G. S.; REBELATTO, J. R. Qualidade na execução de AVD's em idosos institucionalizados que permaneciam sem sair de suas residências por mais de 6 meses. **Fisioter Bras.** 6(5):1-9, 2005.

BRANDÃO, A. R.; BRANDÃO, T. C. R. Envelhecimento cutâneo. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; DOLL, J. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Brasília-DP, 1996.

BUSS, P. M. et al. Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro, 1998.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.5, n.1, pp. 163-177. 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, 31 (2): 209-13, 1997

CARDOSO, K. **Valorizando a vida: a fisioterapia na Educação para a Saúde.** Dissertação de Mestrado em Educação. Área de Concentração: Educação na Diversidade, apresentada no Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, 1. semestre de 2006. 72 p.

CARVALHO FILHO, E; PAPALEO NETTO, M.. **Geriatria:** fundamentos, clínica e terapêutica. 2. Ed. São Paulo: atheneu, 2007.

CARVALHO, R. M. B. **Avaliação do desenvolvimento motor em crianças de 8 e 9 anos das escolas públicas municipais da cidade de Campina Grande – PB.** 115 páginas. Mestrado em Ciências da Educação: Departamento de ciências sociais e humanas de Lisboa: 2006.

CONTANDRIOPOLUS, A. P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? **Cadernos de Saúde Pública** 14(1), 199-204, 1998.

COSTA G. A. Tríplice visão do envelhecimento: Longevidade, qualidade de vida e aspectos biopsicossociais da velhice. **Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada – SOBAMA**, 8 (1), 27-39, 2003.

COSTA, M. L. A.; SANTOS, E. V. L. S.; LUCENA, M. M.; FERNANES, E. G. O.; GOMES, M. **Análise da auto-imagem em idosos participantes de um programa de fisioterapia coletiva**. In: V Encontro Científico de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos – FIP, 2010. Resumo. Patos: Faculdades Integradas de Patos, 2010.

COSTALLAT, D. M. **Psicomotricidade**. Trad. Maria Aparecida Pabst. 7. ed. Rio de Janeiro: Globo, 1987.

COSTE, J. C. **A Psicomotricidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

COZBY, P. C. Objetivos e ciladas. In: COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em Ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003, p. 173-192.

CRUZ, C. C. P.; SHIRAKAWA, K. E. **A relação da involução psicomotora com o número de quedas em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular**. Belém, 2006. Disponível em: <http://www.unama.br/graduacao/cursos/Fisioterapia/tcc/2006/a-relacao-da-involucao-psicomotora-com-o-numero-de-quedas-em-idosos-praticantes-e-nao-praticantes-de-exercicio-fisico-regular.pdf>. Acessado em: 11/07/09.

DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DANTAS, E. H. M.; OLIVEIRA, R. J. **Exercício, Maturidade e Qualidade de Vida**. 2. ed. Rio de Janeiro: Shope, 2003.

DANTAS, H. Do ato motor ao ato mental: a gênese da inteligência. In: LATAILLE, Y.; OLIVEIRA, M. K.; DANTAS, H. **Piaget, Vygotsky e Wallon: teorias psicogenéticas em discussão**. São Paulo: Summus, 1992.

DASCAL, J. B. **Controle Postural de Idosos: Efeito da Perturbação Visual com o Uso do Sistema Âncora**. Tese de Doutorado em Ciência da Motricidade, apresentada ao Instituto de Biociências do Câmpus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista. Rio Claro. 2009.

DAVINI, R.; NUNES, C. V. Alterações do sistema neuromuscular decorrentes do envelhecimento e o papel do exercício físico na manutenção da força muscular em indivíduos idosos. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 7, n. 3, p. 83-99, 2003.

- DE MEUR, A.; STAES, L. **Psicomotricidade**: educação e reeducação. Rio de Janeiro: Manole, 1984.
- DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia preventiva**: fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole, 2002.
- DILLY, C. M.; JESUS, M. C. **Processo educativo em enfermagem**. São Paulo: Probel Editorial, 1995.
- DRIUSSO, P. **Efeitos de um programa de atividade física na qualidade de vida de mulheres com osteoporose**: Dissertação (Mestrado em Fisioterapia). São Paulo: Universidade Federal de São Carlos, 2000.
- FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.
- FARIA, J. M. **Gerontopsicomotricidade na Melhora da Qualidade de Vida**. Monografia de especialização apresentada a Universidade Candido Mendes. Rio de Janeiro, Junho, 2002.
- FIBRA, T.; SÁ, T. S. T. F.; FONTES, S. V.; DRIUSSO, P.; PRADO, G. F. Avaliação da Qualidade de Vida de idosos submetidos à Fisioterapia Aquática. **Rev Neurocienc**, 14(4):182-184, 2006.
- FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICHA, E.; C. M. TRENTINI. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil **Rev Saúde Pública** 2003;37(6):793-9.
- _____; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICHA, E.; VEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-brev" **Rev. Saúde Pública**, 34 (2): 178-83, 2000.
- FONSECA, M. **Manual de Observação Psicomotora**: Significação Psiconeurológica dos Fatores Psicomotores. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- FONSECA, V. **Psicomotricidade**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- _____. **Psicomotricidade**: Filogênese, Ontogênese e Retrogênese 2 ed. Porto alegre: Artes médicas, 1998.
- _____. **Psicomotricidade**: Perspectivas multidisciplinares. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor:** bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3. ed. São Paulo: Phorte, 2005.

GALLARDO, J. S. P. **Educação Física:** contribuições à formação profissional. 3. ed. Ijuí: Unijuí, 2000.

GASPAR, T.; MATOS, M. G.; RIBEIRO, J. L. P.; GONÇALVES, A.; LEAL, I. - **Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento**, Comunicação, gestão de conflitos e saúde na Escola, 2005.

GEIS, P. P. **Atividade física e saúde na terceira idade:** teoria e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

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

GOMES, T. I. T. I. **Qualidade de vida, actividade e aptidão física em idosos participantes e não participantes em programas regulares de actividade física.** Dissertação de Mestrado em Exercício e Saúde, apresentada a Universidade de Évora. Abril, 2010

GOUVEIA, C. A. **Avaliação da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo em idosos:** uma comparação entre os ambientes rural e urbano da Paraíba, 2006. 89 pág. Monografia do Curso de Psicologia. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa: fevereiro, 2006.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **Hist. cienc. Saúde – Manguinhos.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, Abr. 2002.

GUEDES, R. M. L. Motivação de idosos praticantes de atividades físicas. In: GUEDES, O. C. (org.). **Idoso, Esporte e Atividades Físicas.** João Pessoa: Idéia, 2001.

GUILLARME, J. J. **Educação e reeducação psicomotora.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

GUIMARÃES, L. C. T.; LIMA, M. D.; SOUZA, J. A. Atividade física em grupo melhora o sono de idosas sedentárias. **Rev Neurocienc**, 15/3:203–20, 2007.

GUIMARÃES, L. H. C. T. et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Rev. Neurociências** Vol 12 nº 2, 2004.

GUIMARÃES, L. H.; VITORINO, D. F.; ABE, P. T.; PRADO, L. F.; PRADO, G. F. Physical active elderly women have longer total sleep time and better sleep quality: the roles of sleep logs and the visual analog scale. **Sleep (Abst Suppl)**, 28:120, 2005.

HUXHAM, F. E.; GOLDIE, P. A.; PATLA, A. E. Theoretical considerations in balance assessment. **Aust J Physiother.** 47(2):89-100, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2005**/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207&id_pagina=1>. Acesso em: 12 nov. 2008.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2007.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2009.

ISHIZUKA, M. A. **Avaliação e comparação dos fatores intrínsecos dos riscos de quedas em idosos com diferentes estados funcionais.** Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. São Paulo, 2003.

JOÃO, A. F., SAMPAIO, A. A. Z.; SANTIAGO, E. A.; CARDOSO, R. C.; DIAS, R. C. Atividades em grupo - uma alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. **Textos e Envelhecimento**, v.08, n.03, 2005.

KARINI, G. O. **Análise da Auto-percepção de Qualidade de Vida de Homens e Mulheres entre 18 e 64 anos da Cidade de Aveiro, Portugal.** Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2009.

KARMISHOLT, K.; GYNTELBERG, F.; GOTZSCHE, P. C. Physical activity for primary prevention of disease. **Danish Med. Bulletin** may 2(52):86-89, 2005.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1995.
Koogan, 1999.

LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B. **Fantasmas corporais e práticas psicomotoras.** São Paulo: Manole, 1984.

LE BOUCH, J. **O Desenvolvimento Psicomotor:** do Nascimento aos 6 anos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

_____. **Educação psicomotora:** a psicomotricidade na idade escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LEVIN, L. Patient education and self-care: How do they differ? **Nurs Outlook**, v. 3, n. 26, p.

- LEVY, D. Psicomotricidade e Gerontomotricidade na Saúde Pública. In: Ferreira CAM. **Psicomotricidade – Da Educação Infantil à Gerontologia**. São Paulo: Editora Lovise; 2000.
- LOBO, L. Saúde e comunicação: uma questão de qualidade no ensino superior. **Rev. Saúde, Sexo e Educação**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 10-15, jul./ago./set. 1995.
- LORDA, Raúl C. **Recreação na terceira idade**. Rio de Janeiro: Sprint, 1995
- LOUREIRO, B. **Psicomotricidade**. São Paulo: ISPE-GAE, 2005.
- MANIDI, M. J.; MICHEL, J. P. **Atividade Física para adultos com mais de 55 anos: Quadros Clínicos e Programas de Exercícios**. Baurueri: Manole, 2001.
- MARCHI NETTO, F. L. Aspectos biológicos e fisiológicos do Envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Pensar a Prática** 7: 75-84, Mar. - 2004 7 5.
- MARQUES, A. A prática de atividade física nos idosos: as questões pedagógicas. **Horizonte**, v. 08, n. 74, p. 11-17, 1996.
- MATSUDO, S. M. **Envelhecimento e atividade física**. Londrina, Midiograf, 2001.
- _____; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. 7:2-13, 2001
- Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000.
- _____; _____. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000.
- MATTOS, E. B. T. **O significado do grupo de convivência para idosos**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. 90 fls. Fortaleza, 2008.
- MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso: uma concepção gerontológica**. Porto Alegre: Sulina, 2001.
- MCDERMOTT, A. Y.; MERNITZ, H. Exercise and Older Patients: Prescribing Guidelines. **AAFP**, aug, 2006.

- MEANS, K. M.; O'SULLIVAN, P. S.; RODEL, D. E. Psychosocial effects of an exercise program in older persons who fall. **JRRD**, jan/feb 1(40):49-58, 2003.
- MEINEL, K.; SCHNABEL, G. **Motricidade II: o desenvolvimento motor do ser humano**. Rio de Janeiro: Livro Técnico, 1984.
- MELLO, A. M. **Psicomotricidade, educação física e jogos infantis**. São Paulo: Ibrasa, 1989.
- MENDES, M. R. S. S. B.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. C. B. O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**. 18(4):422-6, 2005.
- MENDONÇA, L. I. Z. Envelhecimento Neurológico. In: CARVALHO FILHO, E. T.; NETTO, M. P. **Geriatria Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência, saúde coletiva. Abrasco, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000.
- MISZKO, T. A.; CRESS, M. E. A lifetime of fitness. Exercise in the perimenopausal and postmenopausal woman. **Clinical Journal of Sport Medicine**, New York, v.19, n.2, 2000.
- MONTGOMERY, P.; DENNIS, J. Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. **Cochr Database Syst Rev**, n. 2, p.144-150, 2002.
- MORAGAS, R. M. **Gerontologia Social Envelhecimento e Qualidade de Vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.
- MOTTA, L. B. **Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: um Modelo de Programa Adaptado às Especificidades do Envelhecimento: Séries Livros Eletrônicos**, 2005.
- MOURA, L. S.; FERREIRA, M. C.; PAINE, P. A. **Manual de elaboração de projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.
- NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso** (pp. 1-36) Barueri, São Paulo: Manole, 2004.
- NOGUEIRA, M. M. **Avaliação da Psicomotricidade no Processo Ensino-Aprendizagem de Crianças com Síndrome de Down na Educação Infantil**. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. 2007.
- OKUMA, S.S. **O idoso e a atividade física**. Campinas: Papirus, 1998.

OLIVEIRA, A. E. D. Criando e Interagindo de múltiplas formas na educação infantil: uma proposta de trabalho em educação psicomotora. In: FERREIRA, C. A. M. **Psicomotricidade da Educação Infantil à Gerontologia: Teoria e Prática**. São Paulo: Lovise, 2000.

OLIVEIRA, G. C. **Psicomotricidade**: Educação e Reeducação um enfoque Psicopedagógico. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

OLIVEIRA, S. F. **Avaliação do Programa Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida**. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa: 2006.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL). **Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL**. 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html>>. Acesso em: 17 out. 2009.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; HECKMANN, M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; DOLL, J. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2007.

PANZER, V.P.; BANDINELLI, S.; HALLETT, M. Biomechanical assessment of quiet standing and changes associated with aging. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v.76. P 151-157, 1995.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. edição. Rio de Janeiro Atheneu, 2007.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S.W; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2006.

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

_____; SALLES, R. F. N; FRANCO, R.P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; NETTO, M. P. **Geriatria Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2006.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. São Paulo: Vozes; 2003.

PAULA, F. L. et al. Timed up and go test: comparison between values obtained outdoors and indoors. **Rev. Physical Therapy in movement**. Vol 20 nº 4, 2007.

PELUSO, M.A.; ANDRADE, L.H. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. **Clinics**, v.60, n.1, p.61-70, 2005.

PERIN, P. P.; GAUCHARD, G. C.; PERROT, C.; JEANDEL, C. Effects of physical and sporting activities on balance control in elderly people. **Br.J.Sports Med**. 33;121-126, 1999.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Saúde Pública**. 36(6):709-16, 2002.

PETROIANU, A.; PIMENTA, L.G. **Clínica e cirurgia geriátrico**. Rio de Janeiro: Guanabara Piracida: Unimed, 1998.

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

RAGASSON, C.A.P. et al. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. **Revista Olho Mágico**. v. 13, n. 2, p. 1-8, 2006.

RAHAL, M. A.; SGUIZZATTO, G. T. Exercício Físico. In.: CARVALHO FILHO, E. T.; NETTO, M. P. **Geriatria Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2006.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, 19 (3), 793-798, 2003.

REBELATO, J. R. BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil**: fundamentos para uma ação preventiva. 2.ed. São Paulo: Manole, 1999.

_____; MORELLI, G. S. **Fisioterapia Geriátrica**: A prática da assistência ao idoso. Barueri: Manole, 2004.

REJESKI, W.J.; FOCHT, B. C. Aging and physical disability: on integrating group and individual counseling with the promotion of physical activity. **Revista Exercise and Sport Sciences Reviews** 2002; 30:166-70.

RESNICK, B. A seven-step approach to starting an exercise program for older adults. **Patient Education and Counseling**, v.39, n.2-3, p.243-52, 2000.

- REZENDE, J. C. G.; GORLA, J. I.; ARAÚJO, P. F.; CARMATO, R. A. Bateria psicomotora de Fonseca: uma análise com o portador de deficiência mental. **Revista Digital - Buenos Aires** - Año 9 - N° 62 - Julio de 2003.
- RIBEIRO, K. S. Q. S. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde: reflexões a partir de uma experiência universitária. **Fisioterapia no Brasil**, v. 3, n. 5, p. 311-318, set./out. 2002.
- RIKLI, R. E.; JONES, C. J. **Teste de Aptidão Física para Idosos**. São Paulo: Manole, 2008. Cap 05, pág 100 – 182.
- RODRIGUES, R. A. P; DIOGO, M. J. D. **Como cuidar dos idosos**. 2. ed. Campinas: Papirus, 2000.
- ROLLAND, Y. et al. Sarcopenia, Calf circumference, and Physical function of elderly women: a cross-sectional study. **J Am Geriatr Soc** 2003;51:1120-4.
- ROSA NETO, F. **Manual de avaliação motora**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ROSA NETO, F.; VIEIRA, G. F.; TEIXEIRA, C. A. A. Estudo de parâmetros motores da terceira idade. In: **Congresso Internacional de Motricidade Humana**, 3. Anais.Muzambinho, 2001.
- ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. E. A.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.
- ROWE, J.; W.; KHAN, R. L. **Successful aging**. New York, Paternon Books, 1998.
- SANTOS, R. P. **Psicomotricidade**. São Paulo: Course Pack, 2006.
- SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G.; HENRIQUES, M. E. R. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 10 (6), 757-64, 2002.
- SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1999, vol.15 supl.2.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Publica** 2004; 20(5): 580-588.
- SEQUEIRA, A.; SILVA, M. N. O bem estar da pessoa idosa no meio rural. **Análise Psicológica**, 3, 505-516, 2002.

SHAEDLER, L. I.; ALMEIDA, M. E. Práticas Pedagógicas em saúde: rede como possibilidade de criação. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 57-63, dez. 2001.

SHANKAR, K.; RANDAL, K.; NAYAK, N. **Exercícios para idosos**. In: SHANKAR, K. Prescrição de Exercícios. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 22, p. 341-352.

SHERILL, D. L.; KOTCHOU, K.; QUAN, S. Association of physical activity and human sleep disorders. **Arch Intern Med**, 158(17):1894-8, 1998.

SHIGEMATSU, R.; CHANG, M.; YABUSCHITA, N.; SAKAI, T.; NAKAGAICHI, M.; NHO, H. et al. Dance-based aerobic exercise may improve indices of falling risk in older women. **Age and Ageing**, 31:261-266, 2002.

SHOUP, J. A.; GATTSHALL, P. D.; ESTRABROOKS, P. Physical activity, quality of life, and weight status in overweight children. **Quality of Life Research**, 17, 407-412, 2008.

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

SIHVONEN, S.; SIPILÄ, S.; TASKINEN, S.; ERA, P. Fall incidence in frail older women after individualized visual feedback-based balance training. **Gerontol**, 50:411– 416, 2004.

SILVA, E. L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Laboratório de ensino a distância da UFSC, 2001.

SILVA, J. O. Educação em saúde: notas para a discussão de um campo temático. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 42, p. 36-39, mar. 1994.

SILVA, T. A. A.; FRISOLI JÚNIOR, A.; PINHEIRO, M. M.; SZEJNFELD, V. L. Sarcopenia Associada ao Envelhecimento: Aspectos Etiológicos e Opções Terapêuticas. **Rev Bras Reumatol** 2006; 46 (6):391-7.

SIMÕES, R. **Corporeidade e Terceira Idade**: a Marginalidade do Corpo Idoso. 3ed. Piracida: Unimed, 1998.

SINÉSIO, N. B. O., ANDRADRE, C. M. Experiências educativas numa instituição asilar. **Revista de Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta**, v. 7, n. 2, dez. 2000.

SLOAN, R. A.; SAWADA, S. S.; MARTIN, C. K.; CHURCH, T.; BLAIR, S. N. Associations between cardiorespiratory fitness and health-related quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**, 7 (47), 2009.

SMITS, C. H.; DEEG, D. M.; SCHMAND, B. Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. **American Journal Epidemiology**, 150, (9): 978-86, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE. **Psicomotricidade**. Disponível em: <http://www.psicomotricidade.com.br> Acesso em: 25 de fev. 2010.

SONZA, A.; MACHADO, D. B.; MOCHIZUKI, L. **Equilíbrio estático de crianças em diferentes superfícies e posturas**. Anais eletrônicos do XI Congresso Brasileiro de Biomecânica. UFPB: João Pessoa, 2005.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**, 37 (3), 364-37, 2003.

SOUSA, R. C. R. **Equilíbrio na Terceira Idade: Comparação entre Idosos Ativos e Inativos**. Monografia do curso de Fisioterapia apresentada a Faculdades Integradas de Patos –FIP, Julho, 2010.

SOUZA, D. O. R.; SILVA, V. F. A importância do treinamento mental na reorganização do equilíbrio corporal em gerontes. **Fitness & Performance Journal**, v. 5, n. 2, p. 91-94, 2006.

SOUZA, R. R. Anatomia do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; NETTO, M. P. **Geriatria Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2006.

SOUZA, T. F. Q. **Caracterização do Perfil Psicomotor em Crianças Portadoras do Transtorno no Deficit de Atenção/Hiperatividade- TODA/H (Desatenção)**. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade de Franca. Franca, 2005.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri: Manole; 2005.

TEIXEIRA, M. H. Aspectos Psicológicos da Velhice. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Interciência, p. 311-315, 2004.

THOMAS, S. G. Programa de Exercício e Atividade. In: PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na Terceira Idade**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.

THOMPSON, R. Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem. In: FERREIRA, C. A. M. **Psicomotricidade da Educação Infantil à Gerontologia: Teoria e Prática**. São Paulo: Lovise, 2000.

TRENTINI, M.; CORRADI, E.M.; ARALDI, M.A.R.; TIGRINHO, F.C. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Revista Texto Contexto de Enfermagem**, p.74-82, jan./mar., 2004.

TUBINO, M. J. G. **Metodologia Científica do Treinamento Desportivo**. São Paulo: Ibrasa, 1979.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, 53:6-19. 1999.

VASCONCELOS, M. M. A Psicomotricidade como promotora da qualidade de vida na terceira idade. **Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporale**. Numero 12, 2003.

VAYER, P. **O diálogo corporal**. São Paulo: Manole, 1989.

VELASCO, C. G. **Aprendendo a envelhecer**: à luz da psicomotricidade. São Paulo: Phorte, 2006.

VIANA, H. B. Avaliando a qualidade de vida de pessoas idosas utilizando parâmetros subjetivos. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, v. 25, n. 3, p. 149-158, maio 2004

VIÉGAS, E. D.; SILVA, F. C.; ALVARENGA, L. F. **Comparação da Qualidade de Vida e Equilíbrio Funcional entre Idosos Praticantes de Exercícios Físicos e Sedentários**. 2009. Disponível em: http://physiocafe.com.br/site/arquivos/qualidade_vida_equ_func_idosos.doc. Acesso em: 20 de maio de 2010.

VITTA, A. Atividade física e bem-estar na velhice. In: FREIRE, S.A.; NERI, A.L. **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

WALLON H. **A evolução psicológica da criança**. Portugal: Edições 70, 2005.

WEINECK, J. **Biologia do esporte**. São Paulo: Manole, 1991.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: **Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Internacional Classification of Diseases and Related Health Problems**. Geneva: WHO, 2004.

_____. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: Aspectos Biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

□□□□ APÊNDICES

APÊNDICE I – FORMULÁRIO DE DADOS BIO-DEMOGRÁFICOS

1. Sexo: () Feminino () Masculino

2. Idade: _____

3. Estado civil:

() casado () viúvo () divorciado () solteiro () outro

4. Escolaridade:

() não tem estudos

() ensino fundamental completo

() ensino fundamental incompleto

() ensino médio completo

() ensino médio incompleto

() ensino superior completo

() ensino superior incompleto

() pós-graduação

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

6. Quantas pessoas moram na sua casa?

a) ____ parceiro (a)

b) ____ filhos

c) ____ netos

d) ____ irmãos

e) ____ outros descrever: _____

7. Qual é a renda familiar mensal? _____

8. De onde vem esse dinheiro?

_____ pensão _____ aposentadoria _____ mesada de filho _____ trabalho

9. Quando você não tem nada para fazer, como gosta de ocupar seu tempo livre?

() Indo à igreja

() Indo a venda, mercearia, bodega

() Rezando

() Lendo

() Ouvindo música

() Assistindo televisão

() Encontrando os amigos

() Saindo com a família

() Forró

() Esporte

Outros _____

10. Se pudesse atribuir uma nota para a vida que leva aqui, qual nota o senhor daria?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
--

Obrigada por sua colaboração!

APÊNDICE II - IMAGENS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE EQUÍLIBRIO DE BERG

1. Sentado para de pé



2. Em pé sem apoio



3. Sentado sem suporte para as costas, mas com os pés apoiados sobre o chão ou sobre um banco



4. Em pé para sentado



5. Transferências



6. Em pé sem suporte com olhos fechados



7. Em pé sem suporte com os pés juntos



8. Alcance a frente com os braços
estendidos permanecendo em pé



9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé



10. Em pé, virar e olhar para trás sobre os ombros direito e esquerdo



11. Virar em 360 graus



12. Colocar pés alternados sobre degrau ou banco permanecendo em pé e sem apoio



13. Permanecer em pé sem apoio
outro pé a frente



14. Permanecer em pé apoiado em uma com
perna



APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-*TCLE*

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE: A PSICOMOTRICIDADE COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **Qualidade de vida na terceira idade: a psicomotricidade como estratégia de educação em saúde** terá como objetivo investigar se o nível de qualidade de vida da terceira idade é influenciado pelo ensino de exercícios psicomotores como estratégia de educação em saúde.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial. Contudo, autoriza-se a exposição de imagens para fins meramente científicos e de defesa pública.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a pesquisadora no número (83) 8721-8300, com Mayara Leal Almeida Costa.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Patos, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica



APÊNDICE IV– TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientanda da pesquisa intitulada **QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE: A PSICOMOTRICIDADE COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 98,833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

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

Patos - PB, ____ de _____ de 2010.

Autora da Pesquisa

□□□□ ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE BERG

1. SENTADO PARA EM PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- () 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente
- () 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos
- () 2 capaz de permanecer em pé usando as mão após várias tentativas
- () 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar
- () 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé

2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte
- () 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte
- () 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência

*Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item #4.

3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- () 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão
- () 2 capaz de sentar durante 30 segundos
- () 1 capaz de sentar durante 10 segundos
- () 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos

4. EM PÉ PARA SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- () 4 senta com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 controla descida utilizando as mãos
- () 2 apóia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- () 1 senta independentemente mas apresenta descida descontrolada
- () 0 necessita de ajuda para sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama)

- () 4 capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente
- () 2 capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão
- () 1 necessidade de assistência de uma pessoa
- () 0 necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança

6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos
- () 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé durante 3 segundos
- () 1 incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé
- () 0 necessidade de ajuda para evitar queda

7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- () 4 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto
- () 3 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos
- () 1 necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos
- () 0 necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos

8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco.)

- () 4 capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)
- () 3 capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)
- () 2 capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)
- () 1 capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão
- () 0 perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo

9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- () 4 capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança
- () 3 capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão
- () 2 incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente
- () 1 incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta
- () 0 incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- () 4 olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada
- () 3 olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso
- () 2 apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio
- () 1 necessita de supervisão ao virar
- () 0 necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

11. VIRAR EM 360 GRAUS

INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

- ☐ 4 capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- ☐ 3 capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos
- ☐ 2 capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente
- ☐ 1 necessita de supervisão ou orientação verbal
- ☐ 0 necessita de assistência enquanto vira

12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE UM DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- ☐ 4 capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- ☐ 3 capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos
- ☐ 2 capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão
- ☐ 1 capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência
- ☐ 0 necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar

13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO) Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

- ☐ 4 capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos
- ☐ 3 capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos
- ☐ 2 capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos
- ☐ 1 necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos
- ☐ 0 perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé

14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

INSTRUÇÕES: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar

- ☐ 4 capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos
- ☐ 3 capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos
- ☐ 2 capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais
- ☐ 1 tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente
- ☐ 0 incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda

☐ PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)

ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SUBJETIVA

WHOQOL - ABREVIADO
Versão em Português
PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?				
1 Muito Ruim	2 Ruim	3 Nem boa nem ruim	4 Boa	5 Muito Boa

2. Quanto você se sente satisfeito (a) com a sua saúde?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

5. O quanto você aproveita a vida?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

7. O quanto você consegue se concentrar?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

8. Quanto você se sente seguro (a) em sua vida diária?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

9. O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente

13. Quanto as informações que precisa no seu dia-a-dia estão disponíveis?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente

15. O quanto você é capaz de se locomover bem?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente

16. Quanto você está satisfeito (a) com o seu sono?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente

17. Quanto você está satisfeito (a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-dia?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente

18. Quanto você está satisfeito com sua capacidade para o trabalho?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente

19. Quanto satisfeito (a) você está consigo mesmo?				
1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente

20. Quanto você está satisfeito com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

21. Quanto você está satisfeito com sua vida sexual?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

22. Quanto você está satisfeito com o apoio que você recebe de seus amigos?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

23. Quanto você está satisfeito com as condições do local onde mora?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

24. Quanto você está satisfeito com o seu acesso aos serviços de saúde?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

25. Quanto você está satisfeito com o seu meio de transporte?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO III – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



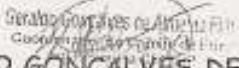
FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 08/07/2010 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado, **Qualidade de Vida na Terceira Idade: A Psicomotricidade como Estratégia de Educação em Saúde**. Protocolo número: 0628/2010, da pesquisadora: **Suenny Fonsêca de Oliveira**.

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

Patos, 09 de julho de 2010.


GERALDO GONÇALVES DE ALMEIDA FILHO
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FIP

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
Rua Horácio Nobrega, 5/N - Bairro Bela Horizonte - Patos - PB - CEP 58704-000 - Tel. (83) 34217303

ANEXO IV – SINTAXE DO WHOQOL-BREF PARA SPSS®

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF

(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS). (This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)
Reverse 3 negatively phrased items	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (This transforms negatively framed questions to positively framed questions)
Compute domain scores	COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4. (These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The ".6" in "MEAN.6" specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)
Transform scores to 0-100 scale	COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)
Delete cases with > 20% missing data	COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5) (This command creates a new column "total". "Total" contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The "Q1 TO Q26" means that consecutive columns from "Q1", the first item, to "Q26", the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.) SELECT IF (TOTAL>21). EXECUTE (This second command selects only those cases where "total", the "total number" of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)