

Fisioter Bras 2017;18(2):154-64

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação do perfil de atividade de pacientes idosos frequentadores de centros de reabilitação

Evaluation of activity profile of elderly attending rehabilitation centers

Rafaela Medeiros da Costa*, Laércio da Silva Paiva*, Angelica Castilho Alonso**, Fernanda Antico Benetti***

Faculdade de Medicina ABC/SP*, *Programa de Mestrado em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas Tadeu, Pesquisadora do Laboratório do Movimento (LEM-IOT-FMUSP)*, ****Docente do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina ABC/SP, Pesquisadora do Laboratório do Movimento (LEM-IOT-FMUSP)*

Recebido em 24 de maio de 2016; aceito em 24 de janeiro de 2017.

Endereço para correspondência: Angelica Castilho Alonso, Rua Ovídeo Pires de Campos, 333, Cerqueira Cesar, 05403-010 São Paulo SP, E-mail: angelicacastilho@msn.com; Rafaela Medeiros da Costa: rafaelaihs@gmail.com; Laércio da Silva Paiva: laerciospaiva@gmail.com; Fernanda Antico Benetti: benetti.fernanda@gmail.com

Resumo

Introdução: Estamos vivendo na Era do Envelhecimento, e este processo de envelhecimento demográfico tem se apresentado com um grande número de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e são indispensáveis para uma vida independente e com qualidade. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi traçar o perfil de atividade dos pacientes idosos que frequentam Centros de Reabilitação, no intuito de, posteriormente, contribuir para a prevenção e melhora das atividades funcionais dessa população. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva da qual fizeram parte 176 idosos, de ambos os sexos, que são pacientes de centros de reabilitação nos municípios de Diadema e São Bernardo do Campo, São Paulo. **Resultados:** Foram classificados, segundo o escore de atividade ajustado (EAA), 67 indivíduos como debilitados ou inativos, 88 moderadamente ativos e apenas 21 ativos. **Conclusão:** Nota-se a necessidade de mais investimento e incentivo na atividade física para os idosos nos centros de reabilitação, com foco na prevenção e não somente na assistência, o que se torna essencial para a promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

Palavras-chave: idosos, centros de reabilitação, atividade física, atividades humanas.

Abstract

We live in the Age of Aging, with a large number of elderly who, despite living more, have difficulty in performing tasks that are part of human daily life and indispensable for autonomy and quality of life. The aim of this study was to trace the profile of activity of elderly patients attending rehabilitation centers, in order to subsequently contribute to the prevention and improvement of functional activities of this population. This is a descriptive study, with 176 elderly men and women who are patient in rehab centers in the cities of Diadema and São Bernardo do Campo, São Paulo, Brazil. According to the adjusted activity score (AAS), we classified 67 individuals as weak or inactive, 88 moderately active and only 21 active. It can be observed that the profile of the activity of these elderly is mostly moderately active and inactive, and knowing that physical activity is one way to improve the functional capacity and slow its decline, we see the importance of physical therapy intervention in the prevention and motivation to a more active lifestyle in this population. Therefore, there is a need for more investment and encouraging physical activity for older people in rehabilitation centers, focusing on prevention and not only in assistance, which is essential to promoting health and quality of life for the aging process.

Key-words: elderly, rehabilitation centers, physical activity, human activities.

Introdução

Nas últimas décadas, observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a Era do

Envelhecimento [1]. Este crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, já em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano [2]. Em 2050, este número chegará a aproximadamente 2 bilhões. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi ainda mais significativo e acelerado: enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123%, se prevê que nestes países, a população idosa se multiplique por quatro nos próximos 50 anos [3].

No Brasil, a taxa de crescimento da população de idosos é mais de 4% ao ano. Em 2000 eram 14,2 milhões idosos, em 2010 este número aumentou para 19,6 milhões, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de um milhão de idosos anualmente [4]. Segundo a OMS [5], em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas.

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada. É uma fase em que, ponderando sobre a própria existência, o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados [6].

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos [7], e o aumento no número dessas doenças está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional [8].

A incapacidade funcional pode ser definida como a inabilidade ou dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade [8]. E esse comprometimento da capacidade funcional no idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos [8,9].

Dentre os fatores de risco para a incapacidade funcional, o que mais se destaca é a inatividade física [10]. A capacidade do idoso em realizar suas tarefas cotidianas reduz-se substancialmente com o decurso dos anos. No entanto, uma grande parte das manifestações de insuficiência demonstrada por este grupo populacional é mais fortemente motivado pelo desuso funcional do que por uma falência efetiva das capacidades físicas, motoras e intelectuais [11].

A prática da atividade física colabora para uma velhice saudável, diminuindo ou retardando as perdas inerentes ao processo do envelhecimento [12], portanto este recurso torna-se essencial à manutenção da boa saúde e das capacidades funcionais, à prevenção de doenças crônicas, além de contribuir para o aumento e a manutenção das relações sociais e melhora do humor e autoestima dos idosos [13].

Dentro desse contexto, as modificações morfológicas e funcionais relacionadas ao envelhecimento constituem uma das maiores preocupações para os profissionais da área da saúde, sobretudo no que se refere à prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida [14]. Sendo assim, o acompanhamento de um profissional de fisioterapia torna-se essencial para se estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e também um julgamento clínico adequado que subsidiarão as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários com os idosos [15].

Os Centros de Reabilitação são considerados referência em tratamento fisioterapêutico para os moradores das cidades. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi traçar o perfil de atividade dos pacientes idosos que frequentam esses centros, demonstrar este perfil através de dados colhidos, no intuito de, posteriormente, contribuir para a prevenção e melhora das atividades funcionais desses pacientes.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado nos centros de reabilitação do Núcleo de Fisioterapia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Diadema, unidade Canhema e Quarteirão da saúde, no município de Diadema, e nos Centros de Especialidades do Rudge Ramos e Centro de Reabilitação do Hospital Anchieta, no município de São

Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC sob número do parecer 738.469, e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, e que frequentam centros de reabilitação. Foram excluídos os que apresentaram alterações cognitivas que o incapacitavam de responder ao questionário, ou se recusaram a assinar o TCLE.

O Instrumento utilizado foi o questionário Perfil da Atividade Humana (PAH), que avalia o nível funcional e de atividade física, versão traduzida e adaptada para língua portuguesa. Constituído por 94 itens de atividades rotineiras, que variam de um nível funcional baixo a um nível funcional alto, incluindo cuidados pessoais, tarefas domésticas, transporte, atividades sociais e de lazer e exercícios físicos. Para cada item há três alternativas de respostas: “ainda faço”, “parei de fazer” e “nunca fiz”. O resultado é apresentado com o escore máximo de atividade (EMA), correspondente ao último item que o indivíduo ainda é capaz de fazer, e o escore de atividade ajustado (EAA), subtraindo-se do EMA o número de itens que o indivíduo parou de realizar. Uma vantagem do questionário é que as atividades que o indivíduo nunca fez não são pontuadas no escore geral do teste, o que minimiza o risco de viés cultural de alguns itens, que não são atividades rotineiras no Brasil, e de diferenças relacionadas ao gênero. Os indivíduos são classificados como debilitados ou inativos (escores < 53), moderadamente ativos (escores 53-74) ou ativos (escores > 74) [16].

O PAH foi aplicado em forma de entrevista por examinadores devidamente treinados que seguiram as recomendações do artigo de adaptação transcultural do questionário [16].

Realizou-se análise descritiva dos dados, as variáveis qualitativas foram apresentadas por frequência absoluta e relativa e a variável idade, por meio mediana e percentis 25 e 75, pois a mesma não apresentou distribuição normal (Teste de Shapiro-Wilk, $p < 0,05$). A análise estatística foi realizada no software estatístico Stata versão 11.0.

Resultados

Participaram do presente estudo 176 idosos funcionalmente independentes, sendo 69,89% mulheres e 30,11% homens, com idade mediana de 66 anos, Percentil de 25% de 62, e percentil 75% de 72 anos de idade. Os resultados mostram, segundo o escore máximo de atividade (EMA), 3 (1,7%) pacientes inativos ou debilitados, 76 (43,1%) moderadamente ativos e 97 (55,1%) ativos. Já, de acordo com o escore de atividade ajustado (EAA), que é o resultado mais fidedigno, pois fornece uma estimativa mais estável das atividades diárias dos indivíduos [16], classificam-se 67 (38,0%) pacientes como debilitados ou inativos, 88 (50%) moderadamente ativos e apenas 21(12%) ativos.

Segundo Souza *et al.* [16], em seu artigo de adaptação transcultural do PAH, a disposição dos itens do questionário é baseada no custo energético: os de menor numeração demandam menor gasto energético e, portanto, classifica-se em nível funcional baixo, e os de numeração mais alta, maior gasto energético, e nível funcional alto. Sendo assim, para melhor visualização e apresentação dos resultados, o questionário foi dividido em três partes, nas quais foram classificadas as atividades do item 1 ao 34 em atividades de baixo nível funcional (Tabela I), do item 35 ao 64 médio nível funcional (Tabela II), e do item 65 a 94 atividades de alto nível funcional (Tabela III).

Tabela I - Frequência absoluta e relativa da atividade de baixo nível funcional de acordo com o questionário Perfil de Atividade Humana (PAH), Santo André, 2015.

Atividades relacionadas ao baixo nível funcional	Ainda faço n (%)	Parei de fazer	Nunca fiz
1. Levantar e sentar em cadeiras ou cama (sem ajuda)	172 (97,73)	4 (2,27)	0 (0)
2. Ouvir rádio	161 (91,48)	12 (6,82)	3 (1,70)
3. Ler livros, revistas ou jornais	130 (73,86)	33 (18,75)	13 (7,39)
4. Escrever cartas ou bilhetes	123 (69,89)	38 (21,59)	15 (8,52)
5. Trabalhar numa mesa ou escrivaninha	157 (89,20)	10 (5,68)	9 (5,11)
6. Ficar de pé, por mais de um minuto	174 (98,86)	2 (1,14)	0 (0)
7. Ficar de pé, por mais de cinco minutos	170 (96,59)	6 (3,41)	0 (0)
8. Vestir e tirar roupa sem ajuda	171 (97,16)	5 (2,84)	0 (0)
9. Tirar roupas de gavetas ou armários	169 (96,02)	7 (3,98)	0 (0)
10. Entrar e sair do carro sem ajuda	155 (88,07)	21 (11,93)	0 (0)
11. Jantar num restaurante	142 (80,68)	23 (13,07)	11 (6,25)
12. Jogar baralho ou qualquer jogo de mesa	74 (42,05)	25 (14,20)	77 (43,75)
13. Tomar banho de banheira sem ajuda	68 (39,64)	25 (14,20)	83 (47,16)
14. Calçar sapatos e meias sem parar para descansar	149 (84,66)	26 (14,77)	1 (0,57)
15. Ir ao cinema, teatro ou a eventos religiosos ou esportivos	151 (85,80)	22 (12,50)	3 (1,70)
16. Caminhar 27 metros (um minuto)	172 (97,73)	4 (2,27)	0 (0)
17. Caminhar 27 metros, sem parar (um minuto)	168 (95,45)	8 (4,55)	0 (0)
18. Vestir e tirar a roupa sem parar para descansar	159 (90,34)	17 (9,66)	0 (0)
19. Utilizar transporte público ou dirigir por 1 hora e meia (158 km ou menos)	152 (86,36)	19 (10,80)	5 (2,84)
20. Utilizar transporte público ou dirigir por ± 2 horas (160 km ou mais)	146 (82,95)	25 (14,20)	5 (2,84)
21. Cozinhar suas próprias refeições	159 (90,34)	15 (8,52)	2 (1,14)
22. Lavar ou secar vasilhas	168 (95,45)	8 (4,55)	0 (0)
23. Guardar mantimentos em armários	164 (93,18)	12 (6,82)	0 (0)
24. Passar ou dobrar roupas	146 (83,43)	24 (13,71)	5 (2,86)
25. Tirar poeira, lustrar móveis ou polir o carro	154 (87,50)	17 (9,66)	5 (2,84)
26. Tomar banho de chuveiro	175 (99,43)	1 (0,57)	0 (0)
27. Subir seis degraus	171 (97,16)	5 (2,84)	0 (0)
28. Subir seis degraus, sem parar	136 (77,27)	40 (22,73)	0 (0)
29. Subir nove degraus	166 (94,32)	10 (5,68)	0 (0)
30. Subir 12 degraus	161 (91,48)	15 (8,52)	0 (0)
31. Caminhar metade de um quarteirão no plano	171 (97,16)	5 (2,84)	0 (0)
32. Caminhar metade de um quarteirão no plano, sem parar	136 (77,27)	40 (22,73)	0 (0)
33. Arrumar a cama (sem trocar os lençóis)	169 (96,02)	7 (3,98)	0 (0)
34. Limpar janelas	131 (74,43)	41 (23,30)	4 (2,27)

Tabela II - Frequência absoluta e relativa da atividade de médio nível funcional de acordo com o questionário Perfil de Atividade Humana (PAH), Santo André, 2015.

Atividades relacionadas ao médio nível funcional	Ainda faço n (%)	Parei de fazer	Nunca fiz
35. Ajoelhar ou agachar para fazer trabalhos leves	100 (56,82)	76 (43,18)	0 (0)
36. Carregar uma sacola leve de mantimentos	162 (92,05)	13 (7,39)	1 (0,57)
37. Subir nove degraus, sem parar	112 (63,64)	64 (36,36)	0 (0)
38. Subir 12 degraus, sem parar	104 (59,09)	72 (40,91)	0 (0)
39. Caminhar metade de um quarteirão numa ladeira	148 (84,09)	27 (15,34)	1 (0,57)
40. Caminhar metade de um quarteirão numa ladeira, sem parar	83 (47,16)	92 (52,27)	1 (0,57)
41. Fazer compras sozinho	151 (85,80)	25 (14,20)	0 (0)
42. Lavar roupas sem ajuda (pode ser com máquina)	161 (91,48)	11 (6,25)	4 (2,27)
43. Caminhar um quarteirão no plano	171 (97,16)	5 (2,84)	0 (0)
44. Caminhar dois quarteirões no plano	155 (88,07)	21 (11,93)	0 (0)
45. Caminhar um quarteirão no plano, sem parar	106 (60,23)	70 (39,77)	0 (0)
46. Caminhar dois quarteirões no plano, sem parar	100 (56,82)	76 (43,18)	0 (0)
47. Esfregar o chão, paredes ou lavar carro	106 (60,23)	68 (38,64)	2 (1,14)
48. Arrumar a cama trocando os lençóis	169 (96,02)	7 (3,98)	0 (0)
49. Varrer o chão	165 (93,75)	11 (6,25)	0 (0)
50. Varrer o chão por cinco minutos, sem parar	153 (86,93)	23 (13,07)	0 (0)
51. Carregar uma mala pesada ou jogar uma partida de boliche	63 (35,80)	106 (60,23)	7 (3,98)
52. Aspirar o pó de carpetes	93 (52,84)	56 (31,82)	27 (15,34)
53. Aspirar o pó de carpetes por cinco minutos, sem parar	84 (47,73)	65 (36,93)	27 (15,34)
54. Pintar o interior ou o exterior da casa	42 (23,86)	81 (46,02)	53 (30,11)
55. Caminhar seis quarteirões no plano	99 (56,25)	75 (42,61)	2 (1,14)
56. Caminhar seis quarteirões no plano, sem parar	52 (29,55)	122 (69,32)	2 (1,14)
57. Colocar o lixo para fora	162 (92,05)	14 (7,95)	0 (0)
58. Carregar uma sacola pesada de mantimentos	95 (53,98)	80 (45,45)	1 (0,57)
59. Subir 24 degraus	122 (69,32)	53 (30,11)	1 (0,57)
60. Subir 36 degraus	109 (61,93)	66 (37,50)	1 (0,57)
61. Subir 24 degraus, sem parar	43 (24,43)	132 (75,00)	1 (0,57)
62. Subir 36 degraus, sem parar	40 (22,73)	135 (76,70)	1 (0,57)
63. Caminhar 1,6 quilômetro (\pm 20 minutos)	159 (90,34)	17 (9,66)	0 (0)
64. Caminhar 1,6 quilômetros (\pm 20 minutos), sem parar	102 (57,95)	74 (42,05)	0 (0)

Tabela III - Frequência absoluta e relativa da atividade de alto nível funcional de acordo com o questionário Perfil de Atividade Humana (PAH), Santo André, 2015.

Atividades relacionadas ao médio nível funcional	Ainda faço n (%)	Parei de fazer	Nunca fiz
35. Ajoelhar ou agachar para fazer trabalhos leves	100 (56,82)	76 (43,18)	0 (0)
36. Carregar uma sacola leve de mantimentos	162 (92,05)	13 (7,39)	1 (0,57)
37. Subir nove degraus, sem parar	112 (63,64)	64 (36,36)	0 (0)
38. Subir 12 degraus, sem parar	104 (59,09)	72 (40,91)	0 (0)
39. Caminhar metade de um quarteirão numa ladeira	148 (84,09)	27 (15,34)	1 (0,57)
40. Caminhar metade de um quarteirão numa ladeira, sem parar	83 (47,16)	92 (52,27)	1 (0,57)
41. Fazer compras sozinho	151 (85,80)	25 (14,20)	0 (0)
42. Lavar roupas sem ajuda (pode ser com máquina)	161 (91,48)	11 (6,25)	4 (2,27)
43. Caminhar um quarteirão no plano	171 (97,16)	5 (2,84)	0 (0)
44. Caminhar dois quarteirões no plano	155 (88,07)	21 (11,93)	0 (0)
45. Caminhar um quarteirão no plano, sem parar	106 (60,23)	70 (39,77)	0 (0)
46. Caminhar dois quarteirões no plano, sem parar	100 (56,82)	76 (43,18)	0 (0)
47. Esfregar o chão, paredes ou lavar carro	106 (60,23)	68 (38,64)	2 (1,14)
48. Arrumar a cama trocando os lençóis	169 (96,02)	7 (3,98)	0 (0)
49. Varrer o chão	165 (93,75)	11 (6,25)	0 (0)
50. Varrer o chão por cinco minutos, sem parar	153 (86,93)	23 (13,07)	0 (0)
51. Carregar uma mala pesada ou jogar uma partida de boliche	63 (35,80)	106 (60,23)	7 (3,98)
52. Aspirar o pó de carpetes	93 (52,84)	56 (31,82)	27 (15,34)
53. Aspirar o pó de carpetes por cinco minutos, sem parar	84 (47,73)	65 (36,93)	27 (15,34)
54. Pintar o interior ou o exterior da casa	42 (23,86)	81 (46,02)	53 (30,11)
55. Caminhar seis quarteirões no plano	99 (56,25)	75 (42,61)	2 (1,14)
56. Caminhar seis quarteirões no plano, sem parar	52 (29,55)	122 (69,32)	2 (1,14)
57. Colocar o lixo para fora	162 (92,05)	14 (7,95)	0 (0)
58. Carregar uma sacola pesada de mantimentos	95 (53,98)	80 (45,45)	1 (0,57)
59. Subir 24 degraus	122 (69,32)	53 (30,11)	1 (0,57)
60. Subir 36 degraus	109 (61,93)	66 (37,50)	1 (0,57)
61. Subir 24 degraus, sem parar	43 (24,43)	132 (75,00)	1 (0,57)
62. Subir 36 degraus, sem parar	40 (22,73)	135 (76,70)	1 (0,57)
63. Caminhar 1,6 quilômetro (\pm 20 minutos)	159 (90,34)	17 (9,66)	0 (0)
64. Caminhar 1,6 quilômetros (\pm 20 minutos), sem parar	102 (57,95)	74 (42,05)	0 (0)

Ao avaliar cada item do questionário de acordo com as tabelas supracitadas e verificar a maior porcentagem das respostas dadas pelos entrevistados, foi elaborado um gráfico (Figura 1) com a frequência relativa do nível de atividade funcional dos idosos, segundo o questionário PAH, no qual percebemos que 86,40% dos idosos realizam atividades de baixo nível funcional, 64,60% atividades de médio nível funcional e apenas 17,80% são capazes de realizar atividades de alto nível funcional.

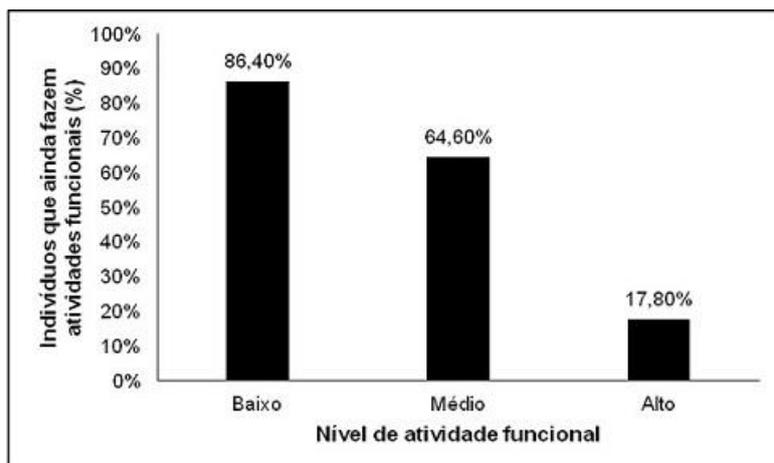


Figura 1 - Frequência relativa do nível de atividade funcional segundo o questionário Perfil de Atividade Humana (PAH), Santo André, 2015.

Discussão

O presente estudo traçou o perfil de atividade dos pacientes idosos que frequentam Centros de Reabilitação. Foi constituído por 176 idosos, dos quais 123 eram mulheres, o que mostra um fenômeno demográfico observado entre os idosos, que é a concentração de mulheres nesse grupo etário. Segundo o IBGE [4], no Brasil as mulheres são mais de 55% da população idosa, sendo 80 homens para cada 100 mulheres. Figueiredo *et al.* [17], em seu estudo com amostra constituída por 76% mulheres, declaram que possivelmente o perfil dos participantes do gênero feminino tenha influenciado no bom desempenho dos idosos no PAH, já que as mulheres desenvolvem, no seu dia a dia, mais atividades consideradas como domésticas, que na maioria das vezes são de médio a alto nível funcional, porém deixam de realizar atividades de baixo nível funcional como “ouvir rádio”, “ler livros ou revistas”. Neste estudo isso se repete, pelo número expressivo de mulheres participantes da pesquisa, o que pode explicar o resultado do EMA, que classifica apenas 3 idosos como inativos ou debilitados, 76 moderadamente ativos e 97 ativos, confirmando que as mulheres elevam o EMA por serem mais ativas quanto as atividades domésticas.

Já o escore de atividade ajustado (EAA) é considerado como resultado mais fidedigno, pois se subtrai do último item que o indivíduo respondeu ser capaz de realizar o número de itens anteriores que declarou “parei de fazer”, representando assim uma estimativa mais estável das atividades diárias realizadas pelo entrevistado. Sendo assim, o EAA classifica 67 pacientes como debilitados ou inativos, 88 moderadamente ativos e apenas 21 ativos. Corroborando o estudo de Souza *et al.* [16] no qual enfatiza que o esperado na análise do PAH é que haja um pequeno número de pessoas muito hábeis e muito debilitadas, e a maioria deva estar concentrada e caracterizada com uma habilidade funcional moderada.

Ao analisar as tabelas de baixo, médio e alto nível funcional, destacam-se alguns itens pelo elevado número de respostas “parei de fazer” ou “nunca fiz”, porém, as atividades correspondentes estão relacionadas com características socioeconômicas, escolaridade, cultura do país e gênero da população pesquisada e não necessariamente indicam incapacidade funcional. A variabilidade de alguns destes itens já havia sido discutida na pesquisa de Souza *et al.* [16], vindo a se repetir neste trabalho, e reforça que tais itens devem ser modificados, substituídos ou excluídos, para garantir que o PAH meça um constructo unidimensional.

Nas atividades de baixo nível funcional representada na tabela I, percebe-se que a maioria dos idosos entrevistados (86,40%) consegue realizar todas ou a maior parte das atividades descritas. Contudo, destacam-se os itens 3 e 4, que são relacionados à leitura e escrita, nos quais uma porcentagem em torno de 20% declara não praticar. Este resultado pode ser indicativo de baixa escolaridade; segundo o Censo de 2000 do IBGE [18], 34,6% da população com mais de 60 anos são analfabetos. Pode, também, apontar dificuldades visuais, conforme dados da OMS [19], em todo o mundo, há atualmente 180 milhões de pessoas com deficiência visual, e este comprometimento visual aumenta drasticamente com a idade. Como também pode denotar falta de costume ou desinteresse pela atividade por parte dos idosos

participantes. Chama a atenção também os itens 12 e 13, nos quais mais de 40% dos entrevistados responderam “nunca fiz”. O item 12 (jogar baralho ou qualquer jogo de mesa) pode estar relacionado à religiosidade, já que esse jogo é considerado como jogo de azar e censurado pela maioria das religiões, e segundo Koenig et al. [20], a religião pode motivar ou influenciar comportamentos, decisões e, de forma geral, a vida do sujeito. O item 13 (tomar banho de banheira sem ajuda) pode estar relacionado ao fato de não ser comum ter banheira nas residências no Brasil.

Percebe-se na tabela II, e se estende para a análise dos outros níveis de atividade funcional, que um número razoável de participantes declara fazer determinadas atividades, porém quando a mesma atividade deve ser feita continuamente, ou seja, sem parar para descansar, o participante declara “parei de fazer”. São exemplos destas atividades, subir degraus, caminhar alguns quarteirões e correr, mostrando assim que as atividades são realizadas pelos participantes, no entanto em ritmo lento e com pausas, isto acontece pelo processo de envelhecimento que ocasiona uma diminuição da capacidade aeróbia, segundo afirma Okuma [21].

Nas atividades de médio nível funcional (Tabela II) é perceptível o aumento no percentual de atividades que os participantes deixaram de realizar. Na primeira atividade desta categoria, o item 35 (ajoelhar ou agachar para fazer trabalhos leves), 43,18% dos participantes não realizam mais esta atividade. Este resultado pode-se dar, pelo fato da pesquisa ser feita em um centro de reabilitação de fisioterapia, no setor de ortopedia, onde há um grande número de pacientes com doenças osteomusculares, em especial osteoartrose (OA) de joelhos. Alexandre *et al.* [22] afirmam que a dor, o processo inflamatório, a degeneração e a rigidez articular ocasionadas pela OA, promovem incapacidades em atividades funcionais relacionadas à flexo-extensão de joelho e à constante descarga de peso na articulação. Duarte et al. [23] mostram que a AO é uma das afecções mais comuns da terceira idade, apresentando-se entre 44% e 70% dos indivíduos acima de 50 anos de idade, elevando-se a 85%, na faixa etária acima de 75 anos.

Outros itens que requerem atenção nesta categoria são os itens 52 (aspirar o pó de carpetes) e 53 (aspirar o pó de carpetes por cinco minutos sem parar), que revelou não ser tão comum ter carpetes nas residências brasileiras, e por esse motivo um número significativo responderam que nunca fizeram tal atividade. O mesmo acontece com o item 54 (pintar o interior e exterior da casa) no qual mais de 30% declararam nunca ter realizado, classificando-se também como um exemplo de atividade não rotineira entre os brasileiros.

Nas atividades de alto nível funcional (tabela III), os itens que se destacam são os itens 66 (dançar socialmente) e 67 (fazer exercícios calistênicos ou dança aeróbia por cinco minutos sem parar) que também são exemplos de atividades cuja resposta “nunca fiz” e “parei de fazer” podem estar relacionadas às questões religiosas e culturais, e não a inabilidade ou incapacidade de dançar. E o item 68 (cortar a grama com cortadeira elétrica), no qual 65,34% nunca realizaram esta atividade, é um espelho de que tal prática é incomum na cultura do país.

Um destaque importante deve-se do item 77 ao 82, relacionados à habilidade de nadar e pedalar, no qual uma porcentagem considerável respondeu que nunca fez, e tal resposta deve-se ao fato de não possuir a habilidade, e não necessariamente ter a incapacidade funcional de realizar a atividade.

Os itens 85 (jogar tênis, frescobol ou peteca) e 86 (jogar uma partida de basquete ou futebol) obtiveram porcentagem relevante, e demonstrou que os participantes da amostra são, em grande parte, de uma cultura que dedicaram muito tempo ao trabalho e nenhum ou pouco tempo ao lazer. O mesmo ocorre do item 87 aos 94 relacionados à corrida, muitos deixaram de fazer, mas alguns declararam nunca ter realizado tais atividades, esses salientam que praticavam a corrida como forma de necessidade laboral e nunca como atividade física ou recreação.

Analisando a classificação de atividades de alto nível funcional, observa-se que um número pequeno, segundo o Figura 1, apenas 17,80%, é capaz de realizar tais atividades, que em sua maioria são atividades físicas e de lazer. De acordo com o *American College of Sports Medicine Guidelines* e *American Heart Association (ACSM/AHA)* [24], é preconizado para adultos saudáveis acima de 65 anos, atividade física de intensidade moderada 5 vezes por semana, com duração de 30 minutos. Porém, estudos mostram que ainda é baixa a proporção de idosos ativos, principalmente nas atividades de lazer [25]. No estudo de Salvador et al. [26], realizado com 385 idosos residentes no município de São Paulo, a proporção de idosos fisicamente ativos no lazer foi de 19,1% para homens e 12,5%, para mulheres, sendo considerado o tempo de 150 minutos semanais de atividades físicas para o sujeito ser

classificado como fisicamente ativo. Monteiro et al. [27], analisando 1.810 idosos residentes no sudeste e nordeste do Brasil e utilizando o mesmo critério de 150 minutos semanais de atividades físicas para classificar os sujeitos como fisicamente ativos, encontraram uma proporção de apenas 7,3% para homens e 6,3% para mulheres.

A OMS, em sua publicação sobre a Atividade Física e saúde na Europa [28], relata que a inatividade contribui para cerca de 600.000 mortes por ano na região da Europa. Declara que a atividade física é um meio fundamental para a melhoria da saúde física e mental, capaz de reduzir os riscos de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, doenças musculoesqueléticas e psicológicas. Os benefícios da prática de atividade física não se restringem apenas ao campo físico funcional e mental dos indivíduos, mas repercutem também na dimensão social, melhorando o desempenho funcional, mantendo e promovendo a independência e a autonomia daqueles que envelhecem [29].

Os Centros de Reabilitação são considerados referência em tratamento fisioterapêutico para os moradores das cidades, atendendo pacientes vindos de diversos bairros, com variadas doenças e de todas as faixas etárias. Porém a procura de idosos por esse serviço de saúde costuma ocorrer quando estes são acometidos por limitações importantes ou necessitam de assistência devido à redução da força muscular e a incapacidades funcionais, tendo como predomínio as doenças crônico-degenerativas que implicam em uma explosão da demanda de utilização desse serviço, declara Acirole e Batista [30]. O Ministério da Saúde [31], em seu Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), coloca entre os seus principais objetivos a promoção da saúde por meio da atividade física, através da construção de espaços saudáveis que estimulem a atividade física, práticas corporais, o lazer e modos de vida saudáveis em articulação com a atenção Básica em Saúde. Porém, os programas de incentivo à prática de atividades físicas para esta população ainda são escassos, pouco explorados em ambientes de promoção da saúde, necessitando, assim, maior atenção dos gestores dos atendimentos em saúde, dos programas em educação em saúde e da própria sociedade [32].

Sendo assim, vê-se a necessidade do investimento em incentivo à atividade física nos centros de reabilitação, já que essa é uma forma de melhorar a capacidade funcional e retardar o seu declínio nos idosos, assim como também melhorar o condicionamento cardiorrespiratório, aumentar a flexibilidade, força e equilíbrio, prevenir quedas, estimular o contato social, e incentivar um estilo de vida mais ativa, o que se torna essencial para a promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos.

Conclusão

O perfil de atividade dos idosos que frequentam os centros de reabilitação pesquisados é, em sua maioria, inativo e moderadamente ativo, mostrando assim que as práticas de saúde nestes centros ainda são predominantemente centradas na assistência e não na prevenção. Com isso, vemos a necessidade de investimento e incentivo à atividade física nos centros de reabilitação para prevenção de doenças, promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

Referências

1. Nações Unidas (ONU). Plano de Ação Internacional sobre o envelhecimento. Madrid: ONU; 2002.
2. Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7:899-906.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
5. World Health Organization. Health of the elderly. WHO Technical Report Series 779. Geneva: World Health Organization; 1989.
6. Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm* 2005;18:422-6.

7. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998.
8. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(8): 1924-30.
9. Yang Y, George LK. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *J Aging Health* 2005;17:263-92.
10. Di Pietro L. The epidemiology of physical activity and physical function in older people. *Med Sci Sports Exerc* 1996;28:596-600.
11. Spirduso WW, Francis KL, MacRae PG. Physical dimensions of aging. Champaign: Human Kinetics; 2005
12. Cosme RG, Okuma SS, Mochizuki LA. Capacidade funcional de idosos fisicamente independentes praticantes de atividade física. *Rev Bras Ciênc Mov* 2008;16(1):39-46.
13. Fukukawa Y, Nakashima C, Tsuboi S, Kozakai R, Doyo W, Niino N, et al. Age differences in the effect of physical activity on depressive symptoms. *Psychol Aging* 2004;19(2):346-51.
14. Robergs RA, Roberts SO. Princípios fundamentais de fisiologia do exercício para aptidão, desempenho e saúde. 1. ed. São Paulo: Phorte; 2002.
15. Coelho CMS, Rocha VF, Oliveira WB, Silva APS. Envelhecimento do sistema músculo-esquelético e a abordagem fisioterapêutica. [citado 2014 ago 14]. Disponível em URL: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Envelhementodosistemamusculesquieleiticoeaabordagemfisioterapeutica.pdf>.
16. Souza AC, Magalhães LC, Salmela LFT Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Perfil da Atividade Humana. *Cad Saúde Pública* 2006;22:2623-36.
17. Figueiredo VF, Pereira LSM, Ferreira PH, Pereira AL, Amorim JSC. Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. *Fisioter Mov* 2013;26(3):549-57.
18. Peres M. A educação de jovens e adultos e o analfabetismo entre idosos no semi-árido nordestino: velhice e exclusão educacional no campo. *Revista de Educação e Ciências Humanas* 2009;10(5).
19. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
20. Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatric Soc* 2004;52(4):554-62.
21. Okuma SS. O idoso e a atividade Física. 2a ed. Campinas: Papirus; 2002.
22. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho. *Fisioter Pesqui* 2008;15(4):326-32.
23. Duarte VS, Santos ML, Rodrigues KA, Ramires JB, Arêas GPT, Borges GF. Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. *Fisioter Mov* 2013;26(1):193-202.
24. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the american college of sports medicine and the american heart association. *ACSM's Official Journal* 2007;116:1094-105.
25. Hughes JP, McDowell MA, Brody DJ. Leisure-time physical activity among US adults 60 or more years of age: results from NHANES 1999-2004. *J Phys Act Health* 2008;5(3):347-58.
26. Salvador EP, Florindo AA, Reis RS, Costa EF. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2009;43(6):972-80.
27. Monteiro CA, Florindo AA, Claro RM, Moura EC. Reprodutibilidade e validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. *Cad Saúde Pública* 2008;2008;42(4):575-81.
28. Organização Mundial de saúde (OMS). Atividade física e saúde na Europa: Evidências para a ação. Centro de Investigação em Actividade Física, Saúde e Lazer. Porto: OMS; 2006.

29. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(6):1329-38.
30. Acirole GG, Batista LH. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. *Saúde em Debate* 2013;37(96):10-19.
31. Departamento de Análise de Situações de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
32. Franchi KMB, Montenegro RM. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2005;18(3):152-6.