

INFLUÊNCIA DA UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE (UATI) E DO PROGRAMA DE REVITALIZAÇÃO (REVT) SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS DE MEIA-IDADE E IDOSOS

CASTRO PC^{1,2}, TAHARA N², REBELATTO JR¹, DRIUSSO P¹, AVEIRO MC¹ E OISHI J¹

¹ Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, São Carlos, SP - Brasil

² Universidade Aberta da Terceira Idade, São Carlos, SP - Brasil

³ Departamento de Estatística, UFSCar

Correspondência para: Paula Costa Castro, Rua Antonio Blanco, 287, Vila Costa do Sol, CEP 13566-020, São Carlos, SP – Brasil, e-mail: paula.costacastro@gmail.com

Recebido: 25/01/2007 - Revisado: 19/06/2007 - Aceito: 12/09/2007

RESUMO

Objetivo: Foi avaliada a influência da Universidade Aberta da Terceira Idade – Fundação Educacional de São Carlos (UATI-FESC) e do Programa de Revitalização Geriátrica (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos. **Método:** Participaram deste estudo 70 indivíduos do primeiro ano da UATI e do REVT. Os critérios de inclusão foram ter 50 anos ou mais e ser capaz de preencher os questionários. A UATI é um programa interdisciplinar com seis disciplinas (uma vez por semana cada), três de atividades físicas: Tai Chi Chi Kung, Expressão Corporal, Fisioterapia e Promoção da Saúde; e três de promoção social e cultural: Educação Musical, Arte, Cidadania e Terceira Idade, além de atividades comemorativas e turismo cultural. O REVT teve 48 sessões de atividade física, três vezes por semana, com duração de 50-55 minutos cada. Todos os participantes foram avaliados por meio dos instrumentos de qualidade de vida World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) e Short-Form 36 - Medical Outcomes Study (SF36) no início e ao término da intervenção de 16 semanas. Para análise dos dados, foi utilizada ANOVA com medida repetida. **Resultados:** Não houve diferença entre os grupos. Ambos os grupos apresentaram melhora significativa do nível de qualidade de vida de acordo com o resultado geral do WHOQOL-bref e também nos domínios psicológico, meio ambiente e questões iniciais: “Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?” do WHOQOL-bref. Também houve melhora significativa do domínio Estado Geral de Saúde do SF36. Para os domínios Físico e Relações Sociais do WHOQOL-bref e outros domínios do SF36 não houve melhora significativa. **Conclusão:** Esses programas melhoraram a qualidade de vida segundo o WHOQOL-bref e EGS-SF36.

Palavras-chave: serviços de saúde para idosos; WHOQOL-bref; SF36; Universidade Aberta; revitalização geriátrica; saúde pública.

ABSTRACT

Influence of the Open University for the Third Age (UATI) and the revitalization program (REVT) on quality of life in middle-aged and elderly adults

Objective: The influence of the Open University of the Third Age (São Carlos Educational Foundation) (UATI-FESC) and the Geriatric Revitalization Program (REVT) on the quality of life of middle-aged and elderly adults was evaluated. **Method:** Seventy individuals in their first year at UATI and REVT participated in this study. The inclusion criteria were that the subjects had to be at least 50 years old and be capable of filling out questionnaires. UATI had an interdisciplinary program comprising six lectures (once a week each). Three were on physical activities: Tai Chi Chi Kung, Body Expression and Physical Therapy and Health Promotion; three on social and cultural promotion: Musical Education, Art and Citizenship in the Third Age; and there were also commemorative activities and cultural tourism. REVT had 48 physical activity sessions, three times a week, lasting 50-55 minutes each. All the participants were evaluated using the World Health Organization Quality-of-Life (WHOQOL-bref) and Short-Form 36 Medical Outcomes Study (SF36) questionnaires at baseline and at the end of the 16-week intervention. The data were analyzed using ANOVA with repeated measurements. **Results:** There were no differences between the groups. Both groups showed significant improvement in quality of life according to the overall result from WHOQOL-bref and also in the Psychological and Environmental domains and the initial questions: “How would you rate your quality of life?” and “How satisfied are you with your health?”, in WHOQOL-bref. There was also a significant improvement in the General Health domain of SF36. For the Physical and Social Relations domains of WHOQOL-bref and other domains of SF36, there was no significant improvement. **Conclusions:** These programs improved quality of life according to WHOQOL-bref and the General Health domain of SF36.

Key words: Health Services for the Elderly; WHOQOL-bref; SF36; Open University; Geriatric Revitalization; Public Health.

INTRODUÇÃO

A população idosa está aumentando em todo o mundo, e vários são os países em que essa população já ultrapassou 7% do total de habitantes. Em virtude dessa demanda, os estudos têm se voltado às necessidades dessa população. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS¹, no ano 2000, havia 600 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, elas serão 1,2 bilhão em 2025, 2 bilhões em 2050. Hoje, cerca de dois terços das pessoas idosas estão vivendo em países em desenvolvimento; em 2025, serão 75%.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)², considerando a continuidade da diminuição das taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida da população brasileira, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas no final desse período, chegando a representar quase 13% da população. De acordo com o IBGE³, a população com 65 anos ou mais cresceu 45% entre 1991 e 2000, com taxa média de crescimento anual próxima aos 4%, enquanto o ritmo de crescimento médio anual da população foi de 1,6%. A expectativa de vida ao nascer, no Brasil, é de 72 anos e, no estado de São Paulo, é de 73,7 anos. De acordo com dados do SEADE⁴, no estado de São Paulo, 10% da população era idosa em 2005, e o índice de envelhecimento (proporção de pessoas de 60 anos ou mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos) era de 40%. No município de São Carlos, aproximadamente 11% da população tinha 60 anos ou mais, e o índice de envelhecimento era de 50%. Esses números representam um grande número de idosos vivendo em São Carlos e a perspectiva do aumento desse número.

Nesse contexto, tornam-se necessárias não só informações sobre a qualidade de vida na terceira idade mas também programas coletivos de atenção completa e interdisciplinar que atuem em vários aspectos do processo de envelhecimento, que sejam de baixo custo e fácil implantação, com resultado de prevenção de morbidades e melhoria da qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo. Este tema é de natureza complexa e abrangente. A definição da OMS⁵ para qualidade de vida como sendo: “*a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações*”, contempla a interação entre vários fatores presentes na terceira idade.

A Universidade Aberta da Terceira Idade da Fundação Educacional de São Carlos/SP (Brasil) tem dez anos de existência e é um espaço público de formação de adultos de meia-idade e idosos. Desenvolve um programa de educação permanente nas áreas da saúde, cultura, esporte, lazer, cidadania e trabalho, sendo esse currículo implantado há dois anos. O módulo I equivale ao primeiro ano do curso, com disciplinas semanais obrigatórias para os alunos ingressantes:

Fisioterapia e Promoção da Saúde, Tai Chi Chi Kung, Expressão Corporal, Educação Musical, Artes Cênicas, Cultura e Memória e Cidadania e Terceira Idade, além das atividades sociais como comemorações de datas festivas e passeios turísticos e culturais.

Em São Carlos/SP (Brasil), foi implantado o programa de Revitalização Geriátrica em parceria com a Universidade de Salamanca (Espanha), onde esse programa já acontece. O programa consta de três fases bem diferenciadas, sendo que a primeira e a terceira se referem a aspectos de avaliação e a segunda à aplicação de uma seqüência de atividades destinadas a modificar alguns aspectos biológicos que ocorrem com o passar dos anos⁶. Na primeira fase, são recolhidos dados provenientes da história clínica e de diferentes tipos de provas objetivas, os quais determinam a indicação ou não da pessoa para fazer parte da segunda fase, que consta de uma série de atividades desenvolvidas seqüencialmente e que englobam a prática de exercícios físicos. Uma vez terminada a segunda fase, procede-se novamente a avaliação dos indivíduos participantes.

A Universidade Aberta da Terceira Idade e o Projeto de Revitalização Geriátrica de São Carlos têm objetivos em comum no que tange ao atendimento da população idosa para melhoria da qualidade de vida, porém trabalham com métodos diferentes. Além disso, ambos os programas nunca foram avaliados quanto ao alcance desses objetivos para investigar sua eficácia e esclarecer quais são os mais adequados.

O objetivo geral foi avaliar a influência dos programas da Universidade Aberta à Terceira Idade – Fundação Educacional de São Carlos (UATI-FESC) e do Projeto de Revitalização Geriátrica (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos do município de São Carlos/SP (Brasil).

METODOLOGIA

A população foi composta por todos os atendidos pelos projetos UATI-FESC e REVT, e a amostra foi constituída de todos os indivíduos que iniciaram os programas em 2006: 70 indivíduos (5,7% homens e 94,3% mulheres), com idade média de 63,83 ($\pm 7,22$) anos, do município de São Carlos/SP (Brasil), inscritos na Fundação Educacional de São Carlos (FESC). Os critérios para inclusão na pesquisa foram: ter 50 anos ou mais, ser alfabetizado, ser capaz de deambular e ter autorização médica para realização do programa de intervenção. Os sujeitos formaram dois grupos, sendo:

GRUPO UATI: 57 sujeitos (5,3% homens e 94,7% mulheres) com idade média de 64,11 ($\pm 7,32$), variando de 50 a 80 anos, inscritos no primeiro ano da Universidade da Terceira Idade - Fundação Educacional de São Carlos (UATI-FESC) da Prefeitura Municipal de São Carlos/SP.

GRUPO REVT: 13 sujeitos (7,7% homens e 92,3% mulheres) com idade média de 63,60 ($\pm 7,19$), variando de

51 a 83 anos, inscritos para iniciar no Programa de Revitalização Geriátrica no ano de 2006.

Todos os sujeitos foram aprovados pelo médico para realizarem os programas de intervenção. Os grupos não apresentaram diferença significativa ($p > 0,05$) em relação a idade, índice de massa corporal, sexo ou pontuação da linha de base segundo os questionários de qualidade de vida (para todas as variáveis e domínios dos questionários de qualidade de vida), sendo, portanto, de acordo com essas variáveis, semelhantes no início do trabalho.

Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O trabalho teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP-UFSCar), com parecer número 116/2006.

PROCEDIMENTO

Todos os indivíduos responderam aos questionários de qualidade de vida, no início e ao término da intervenção. Os questionários foram respondidos pelo sujeito em um único encontro individualmente. Quando questionado para auxiliar, o pesquisador limitava-se a reler as questões pausadamente. Quando o sujeito teve dificuldade de leitura, foi realizada a avaliação por entrevista.

Os indicadores de qualidade de vida foram medidos por meio da aplicação do “*Short-Form 36 - Medical Outcomes Study*” (SF36)⁷ e do questionário da Organização Mundial da Saúde para qualidade de vida (WHOQOL-bref)⁸⁻¹⁰, que foi traduzido e validado para o Brasil¹¹.

O SF36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de zero a 100, no qual zero corresponde ao pior estado e 100 ao melhor estado⁷.

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 compõem o instrumento original (WHOQOL-100). É dividido em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, além das duas questões gerais. A pontuação para os domínios vai de zero a 20, sendo zero a pior qualidade de vida e 20 a melhor qualidade de vida¹¹. Para as questões um e dois, a pontuação máxima é 25 pontos.

A intervenção foi realizada durante quatro meses, no primeiro semestre letivo de 2006.

GRUPO UATI: A UATI é composta por seis disciplinas, com uma aula semanal de 50 minutos cada, divididas em três dias, com duas aulas por dia em dias seguidos. A disciplina de Fisioterapia e Promoção da Saúde teve como conteúdo programático a qualidade de vida na terceira idade; as características do envelhecimento; o efeito da atividade física

no indivíduo idoso; os sinais de alerta durante a prática de atividade física; a fisiologia do exercício; os tipos de treinamento; a prática de exercícios: alongamentos, mobilidade articular, resistidos com pesos, equilíbrio, coordenação e respiratório; a introdução ao controle de peso e pressão arterial e as técnicas de relaxamento. As disciplinas Expressão Corporal e Tai Chi Chi Kung trabalharam também com atividades físicas dentro dos conceitos próprios e com atividades adaptadas à terceira idade. As disciplinas Educação Musical e Artes Cênicas objetivaram a expressão através da arte e a valorização da cultura brasileira. A disciplina Cidadania e Terceira Idade/Educação Ambiental visou desenvolver a consciência político-ambiental.

GRUPO REVT: Os sujeitos foram submetidos a um programa especial de atividade física. As sessões de atividade física foram em número de 48, durante 16 semanas, com frequência de três vezes por semana e duração de 50 a 55 minutos cada uma. Cada sessão envolveu alongamentos miofasciais passivos dos principais grupos musculares; ativação cardiocirculatória aeróbia; exercícios de força, potência e resistência; atividades de coordenação, agilidade e flexibilidade.

Os dados foram analisados estatisticamente com a técnica ANOVA (paramétrica, pareada) para comparação dos grupos. Foi utilizado como referência para significância estatística o nível de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos.

RESULTADOS

Ambos os grupos apresentaram melhora significativa ($p = 0,004$) do nível de qualidade de vida segundo o resultado geral WHOQOL-bref (Figura 1). Porém, não houve diferença entre os grupos ($p = 0,69$).

Houve também melhora significativa especificamente nos domínios psicológico ($p = 0,003$) e meio ambiente ($p = 0,0001$), questão 1 (Como você avaliaria sua qualidade de vida?) ($p = 0,006$) e questão 2 (O quão satisfeito você está com sua saúde?) ($p = 0,05$). Para os domínios físico e social, segundo WHOQOL-bref, não houve melhora significativa. Como não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para nenhuma variável, eles foram considerados como um único grupo (Tabela 1).

Ambos os grupos apresentaram aumento significativo ($p = 0,013$) da pontuação para o domínio estado geral de saúde, segundo o questionário SF36 (Figura 2), sem diferença significativa entre os grupos ($p = 0,24$).

Entretanto, não houve melhora significativa nos demais domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais, aspectos emocionais, dor, saúde mental e vitalidade) segundo o SF36. Também não houve diferença significativa entre os grupos (Tabela 1).

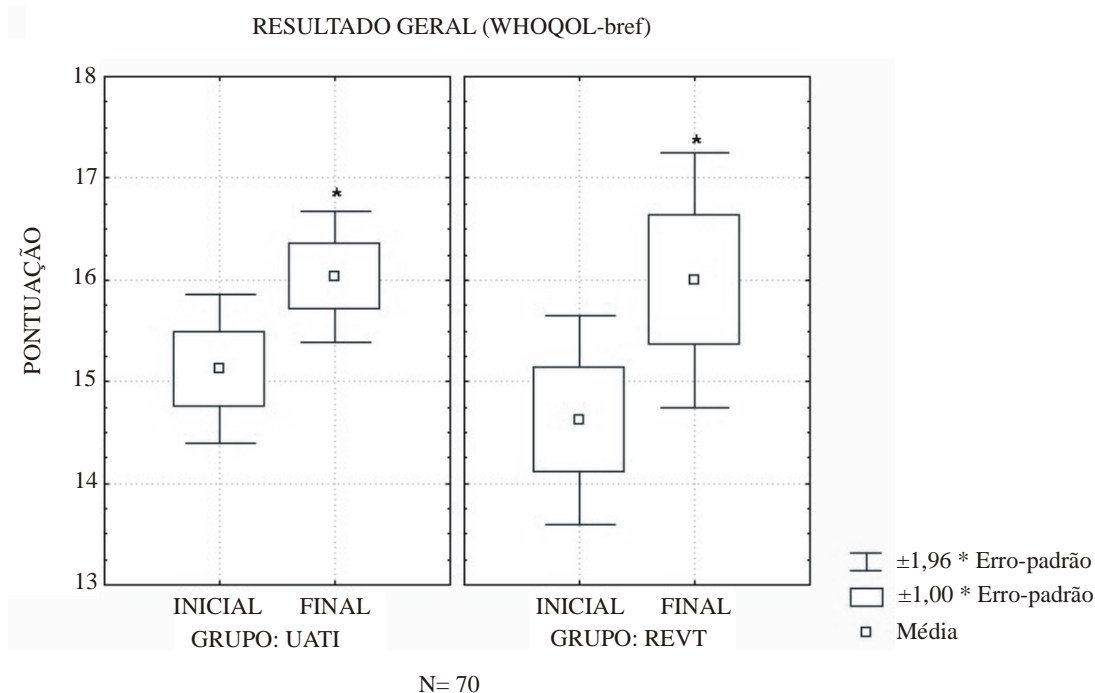


Figura 1. Comparativo da pontuação geral da qualidade de vida entre os grupos segundo questionário WHOQOL-bref: * diferença significativa entre pré e pós-intervenção $p= 0,004$.

Tabela 1. Comparativo da pontuação dos domínios para todos os sujeitos segundo questionário de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-bref) e Short-Form 36 - Medical Outcomes Study (SF36).

	Domínios	Média Inicial (\pm Erro Padrão) (n= 70)	Média Final (\pm Erro Padrão) (n= 70)	Valor de p
WHOQOL-bref	Resultado Geral	12,75 (\pm 0,25)	13,10 (\pm 0,24)	0,004 *
	Físico	14,22 (\pm 0,24)	15,16 (\pm 0,25)	0,23
	Psicológico	13,79 (\pm 0,25)	13,87 (\pm 0,29)	0,003 *
	Relações Sociais	13,66 (\pm 0,26)	14,59 (\pm 0,22)	0,32
	Meio Ambiente	15,03 (\pm 0,32)	16,03 (\pm 0,29)	0,0001 *
	Questão 1	17,95 (\pm 0,46)	19,91 (\pm 0,43)	0,006 *
	Questão 2	16,52 (\pm 0,70)	17,68 (\pm 0,67)	0,05 *
SF36	Capacidade Funcional	76,73 (\pm 2,02)	80,76 (\pm 1,67)	0,26
	Aspectos Físicos	57,02 (\pm 3,76)	59,03 (\pm 4,09)	0,98
	Dor	67,64 (\pm 2,73)	69,40 (\pm 2,43)	0,89
	Estado geral de Saúde	68,66 (\pm 2,45)	73,02 (\pm 2,26)	0,013 *
	Vitalidade	65,98 (\pm 1,93)	66,70 (\pm 1,88)	0,76
	Aspectos Sociais	78,79 (\pm 2,22)	78,99 (\pm 2,41)	0,72
	Aspectos Emocionais	55,81 (\pm 4,57)	61,18 (\pm 3,72)	0,34
Saúde Mental	68,48 (\pm 1,88)	68,93 (\pm 1,99)	0,70	

* diferença estatisticamente significativa entre pré e pós-intervenção $p \leq 0,05$.

DISCUSSÃO

A qualidade de vida foi avaliada por meio de dois questionários diferentes, que abordam diferentes aspectos de uma mesma variável, a qualidade de vida. A mesma tem

um caráter subjetivo, favorecendo abordagens diversas. O questionário SF36 foi menos sensível que o WHOQOL-bref para as mudanças. Isso pode ser devido à natureza de suas questões que são voltadas para aspectos físicos e de consequências de doenças. Esse resultado está de acordo

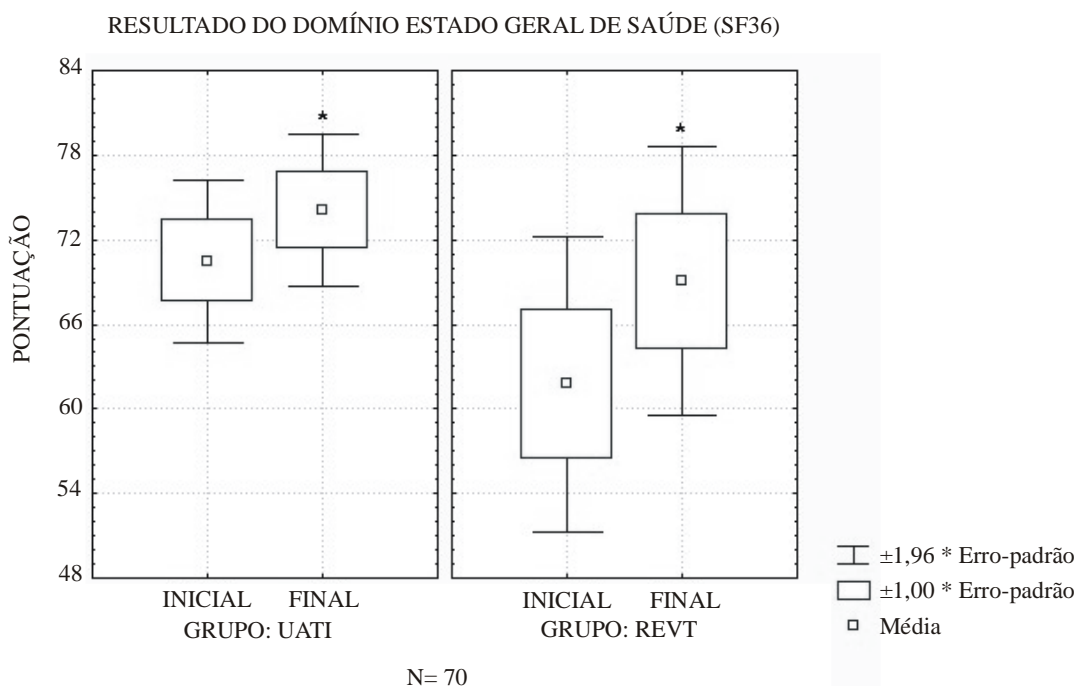


Figura 2. Resultado do domínio estado geral de saúde segundo questionário SF36: * diferença significativa entre pré e pós-intervenção $p=0,013$.

com o estudo¹², no qual são comparados ambos os questionários, concluindo-se que o SF36 mede a qualidade de vida de acordo com a saúde relatada, sendo mais específico para grupos com doenças, e o WHOQOL-bref mensura a qualidade de vida de uma maneira global, sendo mais adequado para grupos como o utilizado neste trabalho – idosos saudáveis. Assim, torna-se importante avaliar os diferentes aspectos e/ou domínios de cada questionário para se conhecer quais são os possíveis benefícios a serem alcançados com programas de intervenção para idosos de forma mais abrangente.

A qualidade de vida, segundo o WHOQOL-bref, melhorou, no geral após quatro meses de ambos os programas. É esperada a diminuição da qualidade de vida com o envelhecimento, principalmente no que diz respeito à incapacidade funcional, segundo Parahyba¹³; mas acredita-se que a inatividade tenha grande parcela de contribuição nesse processo. Os sujeitos tiveram a percepção de melhora nos domínios qualidade de vida (*Overall*), psicológico, meio ambiente, questão um (Como você avaliaria sua qualidade de vida?) e questão sobre saúde (questão dois – Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?). Esses domínios incorporam facetas importantes de qualidade de vida⁸. A melhora do domínio psicológico diz respeito à imagem corporal e aparência; sentimentos; auto-estima; espiritualidade, religião e crenças pessoais; pensamento, aprendizado, memória e concentração. O domínio meio ambiente está relacionado à melhora de recursos financeiros; liberdade, segurança física e seguridade, acessibilidade e qualidade de serviços sociais e de saúde; ambiente doméstico; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; lazer; ambiente físico e

transporte. Além disso, teve melhora do domínio estado geral de saúde do SF36, que representa a opinião do indivíduo sobre sua saúde¹⁴.

Esses achados estão de acordo com os estudos de Rosa et al.¹⁵ e Borglina et al.¹⁶ que verificaram piora da qualidade de vida de idosos que não estão expostos a nenhuma intervenção, porém verificaram melhora da qualidade de vida nos idosos que foram submetidos a cuidados de intervenção de programas específicos. Outros trabalhos¹⁷⁻²⁰ também obtiveram aumento do índice de qualidade de vida avaliada pré e pós-intervenção fisioterapêutica para idosas osteoporóticas. Esses achados demonstram que o envelhecimento pode não ser fator determinante de diminuição da qualidade de vida, mas sim o isolamento social e a pouca atividade física e mental.

O objetivo da Revitalização Geriátrica e da UATI de São Carlos é a melhora da qualidade de vida dos idosos participantes, assim como o da maioria dos programas voltados à terceira idade. Principalmente a UATI busca intervir por meio de disciplinas semanais que atendam às diferentes necessidades dos idosos, considerando-se aspectos físicos, psicológicos e sociais. Nesses programas, as atividades foram adaptadas e houve acompanhamento dos professores nas aulas. Segundo achados de Binder et al.²¹, há maior melhora das variáveis de qualidade de vida e também físicas para grupos de idosos que fazem o programa de intervenção com acompanhamento do que para aqueles que fazem em casa seguindo orientação. Em seu estudo, Cornu et al.²² também concluíram que para haver resultados deve haver um bom

acompanhamento e supervisão dos idosos; porém, tiveram bons resultados com programa domiciliar.

As atividades de ambos os programas (UATI e Revitalização Geriátrica) mostraram ser seguras e eficazes para grandes grupos e representam alternativas de baixo custo para intervenção coletiva. As turmas eram de 20 a 45 idosos, compreendendo alunos ingressantes a partir de 1997, dentre os quais participaram do estudo os ingressantes em 2006. Segundo Neri²³, projetos que atendem às necessidades dessa população são raros no Brasil devido às grandes dificuldades sociais e econômicas.

A qualidade de vida, segundo o WHOQOL-bref, não aumentou significativamente no domínio físico, que representa⁸: as atividades de vida diária; a dependência de medicamentos; energia e fadiga; mobilidade; dor e desconforto; sono e repouso e capacidade para o trabalho.

O trabalho de Binder et al.²¹, que também envolveu programas de treinamento e intervenção em idosos, apresentou resultado diferente deste trabalho, pois houve aumento da qualidade de vida percebida segundo o SF36. Essa diferença pode ser devido ao tempo de intervenção que, no estudo de Binder et al.²¹ foi de nove meses e, no presente estudo, foi de apenas quatro meses para ambos os grupos.

O domínio aspectos sociais do SF36 e relações sociais do WHOQOL-bref não apresentaram diferença significativa após intervenção. No trabalho de Huang et al.¹² esses dois domínios dos questionários em questão não apresentaram correlação entre si, o que sugere diferenças entre os aspectos da mensuração que denominam sociabilidade. Segundo o WHOQOL-bref, essa área diz respeito a relações pessoais, suporte social e atividade sexual e depende apenas de três questões, sendo uma delas a respeito de atividade sexual. Os idosos tiveram muita dificuldade em responder essa questão, pois não há opção para quem não tem atividade sexual e eles sentiram-se confusos durante a aplicação por não saberem que resposta escolher. Isto pode ter interferido no resultado, já que essa questão representa um terço da pontuação deste domínio.

Em todos os domínios da qualidade de vida em ambos os questionários, os dois grupos de intervenção comportaram-se de maneira similar. Apesar de o Grupo UATI receber aulas de diferentes áreas englobando cidadania, cultura, saúde e esportes e lazer em um programa de educação planejado de maneira interdisciplinar, não apresentou diferenças na evolução da percepção da qualidade de vida quando comparado ao Grupo REVT, que teve intervenção apenas com atividades físicas.

Esses programas são acessíveis a um grande número de idosos e representam alternativa à Saúde Pública preventiva. Os resultados indicam que há ganhos de qualidade de vida, o que sugere a importância do incentivo para que os idosos

participem dessas e de outras atividades a fim de prevenir o isolamento e a imobilização que podem ocorrer no processo de envelhecimento.

Depreende-se do estudo que não há evidências de superioridade de um programa interdisciplinar sobre um programa de intervenção restrito a atividades físicas sobre a qualidade de vida; portanto, faz-se necessário estudar diferentes aspectos e benefícios de ambos os programas para conhecer qual seria mais apropriado a essa população ou a cada sujeito, dependendo de suas prioridades. A atividade física tem capacidade para melhorar a capacidade funcional, o condicionamento aeróbio, a dor, a mobilidade¹⁸⁻²¹, enquanto um programa multidisciplinar pode trazer outros benefícios, como melhora da participação social, comunicação e expressão e cognição²⁴, não possíveis de serem alcançados apenas com um programa de exercícios.

O estudo apresentou uma predominância de mulheres, uma vez que apresentam maior disponibilidade de aderirem a grupos de atividades. Tem sido constatado que as mulheres comparecem mais a consultas médicas e apresentam maior facilidade para seguir recomendações médicas de cuidados à saúde²⁵. Esse fato pode dificultar a generalização dos resultados aos homens; entretanto, considerando que ambos os sexos enfrentam o processo de envelhecimento com algumas semelhanças, como diminuição da capacidade funcional, alguns aspectos da qualidade de vida também coincidem, portanto esperam-se alguns resultados semelhantes após programas de intervenção.

A ausência de grupo controle foi devido às implicações éticas de acompanhar um grupo que não teria acesso à intervenção ou outro benefício e em decorrência de o objetivo do trabalho ser comparar grupos de intervenção diferentes; já que o programa da UATI não é tradicional, o mesmo não foi essencial. A princípio há dificuldades para a generalização dos resultados dos efeitos do treinamento em cada grupo, indicando a necessidade de estudos futuros mais abrangentes com presença de grupo controle; entretanto, o modelo do estudo foi suficiente para o objetivo central do estudo, que foi comparar os dois programas de intervenção.

CONCLUSÃO

Os programas de intervenção estudados têm características particulares e são aplicados de formas distintas. Programas como esses, envolvendo trabalho educacional permanente para adultos com abordagem interdisciplinar e/ou compostos por atividades físicas, culturais, sociais podem melhorar a percepção dos fatores relacionados aos domínios psicológico e meio ambiente, bem como a percepção global de qualidade de vida e de saúde em pessoas de meia-idade e idosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The World is Fast Ageing: have we noticed? [homepage on the Internet]. Geneva (SW): WHO (World Health Organization). c2006 [atualizada em 2006 Oct 27; acesso em 2006 Nov 14]. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/en>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil [monografia na Internet]. Estudos e pesquisas de informação demográfica e econômica n.9; Brasília (DF): 2002; [acesso em 2007 Jan 24]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>
3. Tábua Completa de Mortalidade do Brasil 2005 [homepage na Internet]. Brasília (DF): Instituto brasileiro de geografia e estatística; c2006 [atualizada em 2006 Dez 5; acesso em 2006 Dez 6]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>.
4. Projeções populacionais e dados demográficos [homepage on the Internet]. Brasília (DF): Fundação sistema estadual de análise de dados; c2006 [atualizada em 2007 Jan 14; acesso em 2007 Jan 23]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>.
5. Introducing the WHOQOL instruments [homepage na Internet]. Geneva (SW): WHO (World Health Organization); c2006 [atualizada em 2006 Fev 16; acesso em 25 Mar 2006]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/.
6. Paterson DH, Cunningham DA, Koval JJ, St Croix CM. Aerobic fitness in a population of independently living men and women aged 55-86 years. *Med Sci Sports Exerc.* 1999;31(12):1813-20.
7. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36 – Item short form Health survey (SF36) [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
8. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569-85.
9. Szabo S, Orley J, Saxena S. An approach to response scale development for cross-cultural questionnaires. *Eur Psychol.* 1997;2(3):270-6.
10. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Públ.* 2000;34(2):178-83.
12. Huang I, Wu AW, Frangakis C. Do the SF-36 and WHOQOL-Bref measure the same constructs? Evidence from the taiwan population. *Qual Life Res.* 2006;15:15-24.
13. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Públ.* 2005;39(3):383-91.
14. The SF Community – SF-36® Health Survey Update [homepage na Internet]. Lincoln (NE): Ware, JE; c2007 [atualizada em 2007 Jan 16; acesso em 2007 Jan 23]. Disponível em: <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml>.
15. Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Públ.* 2003;37(1):40-8.
16. Borglina G, Jakobssona U, Edberga AK, Rahmhallberg I. Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *Int J Nurs Stud.* 2005;42:147-58.
17. Driusso P, Oishi J, Rennó ACM, Ferreira V. Efeitos de um programa de atividade física na qualidade de vida de mulheres com osteoporose. *Rev Fisioter Univ.* 2000;7(1):1-9.
18. Rennó ACM, Granito RN, Driusso P, Costa D, Oishi J. Effects of an exercise program on respiratory function, posture and on quality of life in osteoporotic women: a pilot study. *Physiotherapy.* 2005;91:113-8.
19. Aveiro MC, Navega MT, Granito RN, Rennó ACM, Oishi J. Efeitos de um programa de atividade física no equilíbrio e na força muscular do quadríceps em mulheres osteoporóticas visando uma melhoria na qualidade de vida. *R Bras Ci e Mov.* 2004;12(3):33-8.
20. Granito RN, Rennó ACM, Aveiro MC, Navega MT, Driusso P, Oishi J. Efeitos de um programa de atividade física na postura hipercifótica torácica, na dor e na qualidade de vida de mulheres com osteoporose. *Rev Bras Fisioter.* 2004;8(3):1-7.
21. Binder EF, Schechtman KB, Ehsani AA, Steger-May K, Brown M, Sinacore DR, et al. Effects of exercise training on frailty in community-dwelling older adults: results of a randomized, controlled trial. *JAGS.* 2002;50(12):1921-8.
22. Cornu C, Carre C, Guetemme G, Ravis B, Therond S, Gueyffier F, et al. Preventing dependency in elderly persons: randomized study in the community. *Therapie.* 2003;58(5):451-6.
23. Neri AL. Qualidade de vida na velhice. In: Rebelatto JR, Morelli JGS, editores. *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Barueri: Manole; 2004. p. 1-36.
24. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(2):423-32.
25. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev Saúde Públ.* 1987;21(3):225-33.