



Revista CUIDARTE

ISSN: 2216-0973

revistaenfermeria@udes.edu.co

Universidad de Santander

Colombia

Barreto Annes, Laryssa Maryssan; Soares Mendonça, Helena Gabriela; de Lima, Fábila Maria; Souza Lima, Maria do Amparo; de Aquino, Jael Maria
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE IDOSAS QUE PARTICIPAM DE GRUPOS DE TERCEIRA IDADE EM RECIFE, PERNAMBUCO
Revista CUIDARTE, vol. 8, núm. 1, 2017, pp. 1499-1508
Universidad de Santander
Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359549159009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE IDOSAS QUE PARTICIPAM DE GRUPOS DE TERCEIRA IDADE EM RECIFE, PERNAMBUCO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DE SALUD DE ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPAN EN GRUPOS DE TERCERA EDAD EN RECIFE, PERNAMBUCO

SOCIODEMOGRAPHIC AND HEALTH PROFILE OF ELDERLY WOMEN PARTICIPATING IN GROUPS FOR THE ELDERLY IN RECIFE, PERNAMBUCO

Laryssa Maryssan Barreto Annes¹, Helena Gabriela Soares Mendonça², Fábila Maria de Lima³,
Maria do Amparo Souza Lima⁴, Jael Maria de Aquino⁵

Histórico

Recibido:

13 de septiembre de 2016

Aceptado:

16 de diciembre de 2016

1 Enfermeira Residente em Cuidados Paliativos, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Recife, Brasil. Autor correspondente. E-mail: laryssannes@hotmail.com

2 Enfermeira Residente em Nefrologia, Hospital das Clínicas de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, Brasil. E-mail: henagabrielsm@hotmail.com

3 Enfermeira Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Professora Titular, Universidade de Pernambuco – UPE. Recife, Brasil. E-mail: fabia.lima@outlook.com

4 Enfermeira Mestre em Hebiatria. Professora Auxiliar, Universidade de Pernambuco – UPE. Recife, Brasil. E-mail: amparosl64@yahoo.com.br

5 Enfermeira Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Recife, Brasil. E-mail: jael.aquino@upe.br

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é um acontecimento que vem se manifestando no mundo todo. Desta forma, tem-se pensado maneiras de manter os idosos inseridos socialmente através de grupos de terceira idade, que representam uma rede de apoio social, propiciando interação entre os mesmos e indivíduos adultos/jovens, além de permitirem troca de experiências. **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo, realizado em dois grupos de terceira idade entre março e maio de 2015, com amostra intencional, por conveniência, composta por 29 idosas. **Resultados e Discussão:** A amostra entrevistada foi composta por 100% de idosas do sexo feminino, 44,8% viúvas, 55,2% com escolaridade entre 5-8 anos de estudo, 48,3% com faixa etária entre 70-79 anos, 62,1% disseram não realizar atividade física, 79,3% afirmaram participar de outros grupos, 82,8% fazem uso de algum medicamento, 51,7% afirmaram ter caído nos últimos 12 meses, que pode estar relacionada, a ausência de atividades físicas, e outros fatores, como, fraqueza muscular consequente do próprio envelhecimento, além de 69% apresentaram alteração cognitiva, o que pode estar atrelado ao alto ponto de corte utilizado, 24,1% apresentaram sintomas depressivos, mostrando a importância desses grupos de terceira idade, promover atividades para minimizá-los, juntamente com uma equipe multidisciplinar e 79,7% conseguiram realizar a maioria das atividades instrumentais de vida diária sem ajuda. **Conclusões:** A realização deste estudo possibilitou conhecer o perfil de saúde dessa população idosa, importante no direcionamento de atividades e cuidados específicos para terceira idade.

Palavras chave: Enfermagem; Saúde do Idoso; Cognição; Depressão.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional es un evento que se está manifestando en todo el mundo. De esta forma, se ha pensado en maneras de mantener a los adultos mayores integrados socialmente a través de grupos de la tercera edad, lo que representa una red de apoyo social, proporcionando interacción entre ellos y personas adultas/jóvenes, además de permitir intercambio de experiencias. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, realizado en dos grupos de la tercera edad, entre marzo y mayo del 2015, con una muestra intencional, por conveniencia, compuesto por 29 adultos mayores. **Resultados y Discusión:** La muestra de entrevistados fue compuesta 100% por adultos mayores de sexo femenino, 44,8% viudas, 55,2% con escolaridad entre 5-8 años de estudio, el 48,3% con rangos de edad entre 70-79 años, el 62,1% dijeron no realizar actividad física, el 79,3% afirmaron participar de otros grupos, el 82,8% utilizan algún medicamento, el 51,7% afirmaron haber caído en los últimos 12 meses, lo que puede estar relacionado con la ausencia de actividad física y otros factores, tales como, debilidad muscular consecuencia del propio envejecimiento, además el 69% presentaron deterioro cognitivo, lo que puede estar relacionado al alto punto de corte utilizado, 24,1% presentaron síntomas depresivos, mostrando la importancia de estos grupos de la tercera edad, la promoción de actividades para minimizarlos, junto con un equipo multidisciplinar, el 79,7% consiguieron realizar la mayoría de las actividades instrumentales de la vida diaria sin ayuda. **Conclusiones:** La realización de este estudio permitió conocer el perfil de salud de esta población de adultos mayores, importante en la orientación de actividades y cuidados específicos para la tercera edad.

Palabras clave: Enfermería; Salud del Anciano; Cognición; Depresión.

ABSTRACT

Introduction: Population aging is an event being manifested throughout the world. Thus, ways have been thought of to keep the elderly inserted socially through old age groups, which represent a social support network, propitiating exchange amongst themselves and adult/young individuals, besides permitting exchange of experiences. **Materials and Methods:** Descriptive study conducted with two elderly groups between March and May 2015, with an intentional sample, through convenience, composed of 29 elderly women. **Results and Discussion:** The sample interviewed was comprised by 100% elderly women; 44.8% widows; 55.2% with schooling between 5 and 8 years of studies; 48.3% ranging in age between 70 and 79 years; 62.1% said they did not engage in physical activity; 79.3% reported participation with other groups; 82.8% take some medication; 51.7% said they had fallen down within the last 12 months, which can be related to lack of physical activity and other factors, like muscle weakness as a consequence of aging; in addition, 69% had cognitive alteration, which may be related to the high cut-off point used, 24.1% revealed depressive symptoms, evidencing the importance of these elderly groups of promoting activities to minimize them, along with a multidisciplinary team; 79.7% were able to perform most of the instrumental activities of daily living without help. **Conclusions:** This study permitted knowing the health profile of this elderly population, important in directing activities and specific care for the aging.

Key words: Nursing; Health of the Elderly; Cognition; Depression.

Cómo citar este artículo: Annes LM, Mendonça HG, Lima FM, Lima MA, Aquino JM. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosas que participam de grupos de terceira idade em Recife, Pernambuco. Rev Cuid. 2017; 8(1): 1499-508. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.365>



©2017 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um acontecimento que vem se manifestando no mundo todo, à medida que as taxas de fertilidade diminuíram, a proporção da população idosa aumentou significativamente¹. Devido a essa caracterização, tem-se pensado formas de inserção dessa população na sociedade, sendo algumas destas através de grupos de terceira idade².

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o idoso, em países desenvolvidos, é o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, e nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, é o indivíduo com 60 anos ou mais³. Essa diferente classificação se dá por fatores econômicos, políticos, culturais, sociais e ambientais dos países, que influenciam diretamente na sociedade⁴.

No Brasil, a partir de meados da década de 1970, a população vivenciou uma redução significativa no ritmo de crescimento, devido ao aumento da expectativa de vida e também à queda nos níveis de fecundidade, aumentando quantitativamente o número de idosos⁴.

De acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, as pessoas com mais de 65 anos representavam 7,4% da população total do país e as com 80 anos ou mais, 1,5%. Segundo projeções, em 2020, essas parcelas serão de 9,2% e 1,9%, respectivamente. E, em 2050, a proporção esperada de pessoas com 65 anos ou mais é de 22,7%, e com 80 anos ou mais, 6,4%⁵, isto é, o número de idosos tende a triplicar.

Ser idoso é uma fase da vida marcada por fatores biopsicossociais decorrentes de um processo progressivo de modificações fisiológicas e funcionais, sendo representada e vivenciada de diversas formas nos diferentes contextos culturais. É um período onde ocorrem várias transformações como risco aumentado de patologias, perdas sensoriais e cognitivas, alterações na aparência física e mudanças no status social⁶.

Visando o aumento da qualidade e expectativa de vida saudável para a população idosa surgiu o conceito de envelhecimento ativo que é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação na sociedade em todos os âmbitos, à medida que as pessoas vão envelhecendo⁷.

Esse conceito é uma proposta onde permite o reconhecimento das pessoas sobre o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental, e é importante porque não se limita à capacidade do idoso está fisicamente ativo, mas participar de questões econômicas, sociais, culturais do ambiente em que vive⁷.

Como estratégias de inserção dos idosos na sociedade surgiram os grupos de terceira idade que representam uma rede de apoio social, propiciando interação entre eles e indivíduos adultos/jovens, troca de experiências, atividades diversas e, conseqüentemente, afastando problemas como depressão, solidão e abandono, além de despertar a consciência do envelhecimento saudável^{8,9}.

Sendo assim, torna-se importante conhecer o perfil dessa população participante de grupos de terceira idade, seus aspectos sociodemográficos e de saúde, dentre eles, a capacidade funcional, as

alterações cognitivas e os sintomas depressivos, tendo em vista a importância desses grupos no incentivo a vida social ativa dos idosos e a contribuição na qualidade de vida dos mesmos, trazendo de forma expressiva avanços no que tange a assistência de enfermagem e contribuindo com estudos específicos na área de saúde voltada para essa população. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil de saúde dos idosos que participaram de dois grupos de terceira idade na Cidade do Recife, Pernambuco.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizada em dois grupos de terceira idade, um grupo de extensão da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco, “*Projeto Teatro Interativo: Revivendo/Reconstruindo Cenários na Terceira Idade*”, e o outro grupo, “*Alegria de Viver*”, que acontece na Igreja de São Sebastião, ambos localizados na comunidade de Santo Amaro em Recife, Pernambuco.

O “*Projeto Teatro Interativo: Revivendo/Reconstruindo Cenários na Terceira Idade*” teve início no ano de 2010, e em 2015, no ano em que foi realizada a pesquisa, apresentou em média 20 idosos, 19 mulheres e 01 homem. As principais atividades desenvolvidas foram dinâmicas em grupo, apresentações de danças e peças teatrais dos idosos para o público, palestras realizadas pelos acadêmicos com temas educativos, educação em saúde, atividades manuais e passeios. O grupo “*Alegria de Viver*” teve início há 24 anos, contava com aproximadamente 25 idosos durante o período de coleta de dados, dos quais, também,

apenas 01 era homem. As principais atividades desenvolvidas foram alongamentos auxiliados por uma Educadora Física, dinâmicas de grupo, bingos, comemorações e passeios para diversos lugares. Ambos os grupos realizavam reuniões (encontros) semanalmente.

A população estudada contou com aproximadamente 45 idosos, cuja amostra seria censitária, porém como alguns idosos optaram por não participar da pesquisa, incluindo os dois únicos homens, a amostra foi intencional, por conveniência, composta por 29 idosas. De acordo com os critérios de elegibilidade, foram incluídos idosos com mais de 60 anos de idade, capazes de responder as perguntas da entrevista de forma consciente e excluídos aqueles ausentes no momento da coleta de dados. Os dados foram coletados entre os meses de Março e Maio de 2015, por meio de entrevista, utilizando-se um questionário estruturado composto por tópicos que avaliaram dados sociodemográficos e de saúde.

As variáveis sociodemográficas foram: gênero, estado civil, escolaridade, faixa etária, fonte de renda, pessoas com quem mora e tipo de moradia; e de saúde: comparação do estado de saúde com outros idosos, estilo de vida, participação em outros grupos, uso de medicamentos, queda nos últimos 12 meses, funcionalidade, cognição e sintoma depressivo.

Para a funcionalidade avaliou-se a Atividade de Vida de Diária através da Escala Adaptada de Katz *et al.*¹⁰, classificando em independência total - 6 pontos, dependência parcial - 4 pontos e dependência importante - 2 pontos. Enquanto para as Atividades Instrumentais de Vida Diária

foi utilizada a escala de Lawton & Brody¹¹, composta por nove questões/atividades e três opções de resposta para cada uma, na qual a primeira resposta corresponde a sem ajuda, significando independência, a segunda, ajuda parcial, significando capacidade com ajuda e a terceira, a não consegue, significando dependência, desta forma o somatório máximo implicaria em 27 pontos¹², porém, nesse estudo, foi analisada cada questão com o percentual para cada resposta, separadamente, avaliando-se assim, quais as atividades em que os idosos apresentavam maiores dificuldades em realizar.

Para a cognição, foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental com o ponto de corte por escolaridade sugerido por Bruck *et al.*¹³, 20 para analfabetos, 25 de 1 a 4 anos de estudo, 26,5 de 5 a 8 anos de estudo, 28 de 9 a 11 anos de estudo e 29 para acima de 11 anos de estudo. No que diz respeito ao rastreio de sintomas depressivos foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, elaborada por Sheikh e Yesavage¹⁴, com 15 perguntas negativas/afirmativas e, como ponto de corte, foi utilizado o critério de Almeida e Almeida¹⁵, apresentando sintomas depressivos, aqueles, com o total de pontos maior que cinco.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE-UPE e a coleta de dados foi iniciada após o parecer favorável do mesmo, respeitando a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, apresentando Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 38993014.1.0000.5192.

Após a coleta, os dados foram digitados e organizados em um banco de dados do programa Microsoft Office Excel for Windows (versão 2010), e foi calculada a frequência absoluta e o percentual dos dados, conferindo os resultados da pesquisa.

RESULTADOS

Dos idosos participantes dos grupos, apenas 02 eram do sexo masculino, os quais optaram por não participar da pesquisa. Dessa forma, a amostra foi composta 100% por idosos do sexo feminino, sendo 44,8% viúvas, 55,2% com escolaridade entre 5-8 anos de estudo, 48,3% com faixa etária entre 70-79 anos, 79,2% tendo como principal fonte de renda aposentada/pensionista, 51,7% residindo com familiares e 89,7% possuindo moradia própria. A Tabela 1, apresenta os dados sociodemográficos das participantes da pesquisa.

Tabela 1. Dados sociodemográficos das idosas entrevistadas. Recife-PE, 2015

Variáveis sociodemográficas	N	%
Sexo		
Feminino	29	100%
Masculino	-	-
Estado civil		
Casada/União Estável	09	31,1%
Viúva	13	44,8%
Solteira ou Divorciada	07	24,1%
Escolaridade		
Analfabeta	03	10,3%
1-4 anos de estudo	08	27,5%
5-8 anos de estudo	16	55,2%
9-11 anos de estudo	01	3,5%
≥ 12 anos de estudo	01	3,5%
Faixa etária		
60 - 69 anos	12	41,4%
70 - 79 anos	14	48,3%
≥ 80 anos	03	10,3%
Fonte de renda		
Aposentada/Pensionista	23	79,2%
Conta própria informal	01	3,5%
Sem renda	04	13,8%

Quanto às características das condições de saúde identificou-se que 69% consideraram que a sua saúde, em comparação com outros idosos, está melhor, 100% negaram tabagismo, 20,7% afirmaram uso de álcool socialmente e 62,1% disseram não realizar atividade física; 79,3%

das entrevistadas afirmaram participar de outros grupos de terceira idade além do qual foi feita a pesquisa, onde 41,4% participavam de 2-3 grupos e 37,9% de mais de 04 grupos; 82,8% usavam algum tipo de medicamento, dos quais 10,4% fazem uso de apenas 01 medicamento, 58,7% fazem uso de 2-4 medicamentos, 13,8% fazem uso de mais de 05 medicamentos e, sobre queda, 51,7% afirmaram ter caído nos últimos 12 meses. A Tabela 2 corresponde às características das condições de saúde das idosas entrevistadas.

Tabela 2. Características das condições de saúde das idosas entrevistadas. Recife-PE, 2015

Variáveis das condições de saúde	N	%
Comparação do estado de saúde com outros idosos		
Pior	02	6,9%
Igual	07	24,1%
Melhor	20	69%
Estilo de vida		
Tabagismo		
Sim	-	
Não	29	100%
Uso de álcool		
Sim	06	20,7%
Não	23	79,3%
Atividade Física		
Sim	11	37,9%
Não	18	62,1%
Participação em outros grupos		
Sim	23	79,3%
2 a 3 grupos	12	41,4%
Mais de 04 grupos	11	37,9%
Não	06	20,7%
Uso de medicamento		
Sim	24	82,8%
1	03	10,4%
2 a 4	17	58,7%
5 ou mais	04	13,8%
Não	05	17,2%
Queda nos últimos 12 meses		
Sim	15	51,7%
Não	14	48,3%

Quanto à avaliação funcional de saúde, as atividades que mais conseguem realizar sem

ajuda são usar o telefone 96,6%, preparar as próprias refeições 93,1%, cuidar das finanças e ir a locais distantes 89,7% e, conseguem tomar os remédios na dose e na hora certas 82,8%. No entanto, as maiores dificuldades encontradas estão em fazer pequenos reparos 44,8%, arrumar a casa 34,5%, lavar e passar sua roupa 34,5% e fazer compras 20,7% (Figura 1).

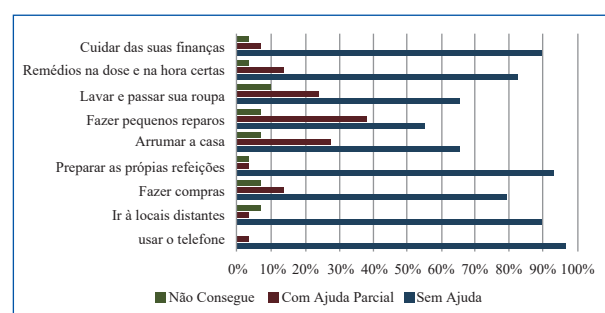


Figura 1. Avaliação funcional de saúde - AIVD

Quanto à avaliação mental de saúde disposta na Figura 2, identificou-se que 69% dos entrevistados apresentaram alteração cognitiva e 24,1% apresentaram sintomas depressivos.

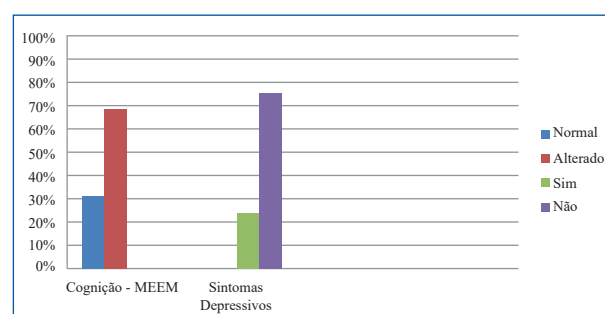


Figura 2. Avaliação mental da saúde

DISCUSSÃO

No presente estudo identificou-se uma amostra de 100% idosas, 44,8% viúvas, 55,2% com escolaridade entre 5-8 anos de estudo, 48,3% com faixa etária entre 70-79 anos, 79,2% tendo

como principal fonte de renda aposentada/pensionista, 62,1% não realizava atividade física, 79,3% afirmaram participar de outros grupos, 82,8% fazem uso de algum medicamento, 51,7% afirmaram ter caído nos últimos 12 meses, 69% apresentaram alteração cognitiva, 24,1% apresentaram sintomas depressivos e 79,7% conseguiam realizar a maioria das atividades instrumentais de vida diária sem ajuda.

Com relação às características sociodemográficas encontradas nos grupos estudados, pôde-se observar que 100% da amostra foi do sexo feminino e a maioria viúva, semelhante ao estudo de Silva *et al.*¹⁶, e Borges *et al.*¹⁷. Esse fato pode estar relacionado as mulheres que, por questões socioculturais, apresentam maior cuidado com a saúde, com o autocuidado e são mais participativas em ações coletivas e de pesquisa do que os homens. Além disso, dados do censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística mostraram que a população idosa do sexo feminino é superior a do sexo masculino e que a expectativa de vida para as mulheres é 7,3 anos maior que para os homens⁵, o que pode também justificar os achados.

Se tratando da escolaridade, a maioria apresentou entre 5 a 8 anos de estudo, sendo a média deste de 4,9 anos, o que indicou importante grau de instrução entre as idosas participantes dos grupos estudados. O Brasil apresenta uma população idosa com escolaridade média de 3,8 anos de estudo e o Nordeste de 2,5 anos⁵. Ou seja, a média do estudo foi superior à encontrada em âmbito nacional e regional.

Com relação à faixa etária, foi predominante idade entre 70-79 anos, diferente do estudo realizado

em grupos de terceira idade de um município do Rio Grande do Sul por Leite *et al.*¹⁸. Tal resultado pode ser indicativo de que, no presente estudo, as idosas estão com melhores condições de saúde, são ativas, dispõem de tempo e apresentam condições de se deslocarem até os locais dos grupos, embora apareçam com uma idade mais elevada. Esta informação concorda com os achados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Censo de 2010, sobre o aumento da expectativa de vida para população idosa⁵.

Quanto à fonte de renda, a principal foi de aposentada e/ou pensionista, assim como informações da população do Ministério da Saúde, em 2010, onde 77,4% apresentava a mesma fonte de renda⁵. Esse achado corrobora com os resultados encontrados por Neri *et al.*¹⁹ no estudo realizado em sete cidades brasileiras, onde a grande maioria dos idosos de todas as localidades eram aposentados.

No que diz respeito à condição domiciliar, o estudo mostra que parte das entrevistadas residia com familiares e possuía moradia própria, assim como o estudo realizado por Mezari *et al.*²⁰. O qual encontrou que a maior parte dos idosos também residiam com familiares. Entende-se que os familiares residem no mesmo local de moradia dessas idosas por falta de condições financeiras e/ou para dar o suporte necessário enquanto membro da família com necessidades diferenciadas. Com as alterações decorrentes do envelhecimento, o indivíduo pode depender de outros para realizar diversas atividades, dentre elas as atividades instrumentais de vida diária que embora pareçam simples, para o idoso pode ser um desafio a realizar.

Com relação às condições de saúde das idosas entrevistadas, pôde-se observar que a maioria considerou sua saúde melhor em comparação com outros idosos, estes resultados corroboram com os de um estudo realizado em São José, Santa Catarina por Guimarães et al.²¹. Que avaliou o nível de percepção de saúde dos idosos, onde foi encontrado que, em comparação com outros idosos, 40,5% dos entrevistados, consideraram sua saúde melhor.

A autopercepção da saúde é importante na vida de um idoso, pois mesmo apresentando algumas doenças, eles se consideram dispostos e ativos devido à participação em grupos de terceira idade. Isso influencia diretamente a autoestima e diminui o risco de mortalidade, tendo em vista que, segundo Rodrigues e Alves²², a autopercepção negativa é um influente indicador para esse risco.

Em relação ao estilo de vida, todas negaram o tabagismo e poucas relataram o uso de álcool. Estudo realizado em Iguatu, Ceará, no ano de 2009, também apresentou resultados semelhantes a estes¹⁶, onde 92,3% dos idosos negaram tabagismo e 90,8% não faziam uso de bebida alcoólica, porém nem todos os idosos eram mulheres, apresentando um percentual pequeno de homens na amostra 9,2%.

No que diz respeito à atividade física, as idosas apresentou uma vida sedentária, diferente do resultado encontrado no estudo realizado em Iguatu, Ceará¹⁶, onde 90,8% praticavam atividade física, porém esse achado pode ser justificado pela prática regular de atividade física oferecida pelos grupos em outros dias da semana, divergindo da realidade dos grupos estudados nessa pesquisa.

Segundo a Organização Mundial da Saúde a atividade física é importante, pois pode retardar declínios funcionais, além de prevenir contra o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou idosos doentes⁷.

O uso de medicamentos utilizados pelas idosas, desse estudo, pode ser justificado por diversos fatores, dentre eles, a prevalência de doenças crônicas à medida que a população envelhece, sendo, este uso considerado como uma das principais formas de intervenção nos problemas de saúde²³. Em geral, mulheres utilizam mais os serviços de saúde, tem um maior autocuidado com a saúde e podem relatar de forma mais clara e precisa o uso ou não de fármacos.

De acordo com Bermudez²⁴, polifarmácia é considerado o uso concomitante de dois ou mais fármacos, uso indispensável de pelo menos um fármaco ou uso excessivo do mesmo, no entanto, para avaliar a prática de polifarmácia, entre as idosas estudadas, foi utilizado a classificação de Loyola *et al.*²⁵. Que determina a polifarmácia em menor, uso de dois a quatro fármacos, e maior, uso de cinco ou mais fármacos, assim, dentre as estudadas, 70,83% foi classificada em polifarmácia menor.

Em relação à queda nos últimos 12 meses, a maioria afirmou ter sofrido algum tipo de queda, diferente dos resultados encontrados no estudo na cidade de Veranópolis, Rio Grande do Sul¹⁹, a grande parte negou queda nos últimos 12 meses. Segundo Tinetti e Kumar²⁶, vários fatores podem influenciar o risco de quedas, dentre eles, fraqueza muscular, diminuição da força de membros inferiores, causados pelo

envelhecimento, fatores externos, como o uso de calçados inapropriados, calçadas desniveladas, além da ausência de atividades físicas que é importante para contribuir com o fortalecimento da musculatura e aumento da força nos membros inferiores, prevenindo contra quedas.

Na avaliação funcional, pode-se observar que em relação às atividades de vida diária todas as idosas foram classificadas como independentes. E, diante das atividades instrumentais de vida diária, identificaram-se elevadas proporções de atividades que as idosas conseguiram realizar sem ajuda. As atividades que mais conseguem realizar sem ajuda são usar o telefone, preparar as próprias refeições, cuidar das finanças e ir a locais distantes, além de conseguirem tomar os remédios na dose e na hora certas. No entanto, as maiores dificuldades encontradas estão em fazer pequenos reparos, arrumar a casa, lavar/passar sua roupa e fazer compras, necessitando de algum tipo de ajuda ou não conseguindo realizar as atividades, corroborando com um estudo realizado por Ribeiro²⁷, que encontrou resultados semelhantes quanto às atividades instrumentais de vida diária.

Na avaliação mental, quanto à cognição, observou-se que parte das idosas apresentou alterações cognitivas, o que pode estar atrelado ao alto ponto de corte utilizado¹³, embora a maioria das idosas entrevistadas tenha sido identificada com escolaridade acima da média regional e nacional. Quanto aos sintomas depressivos, os dados encontrados nesse estudo foram semelhantes ao achados por Borges *et al.*¹⁷, e por Leite *et al.*²⁸. Com essas informações ressalta-se a importância de os grupos de terceira

idade promover atividades, juntamente com uma equipe multidisciplinar, para minimizar os sintomas depressivos.

Diante dos achados evidenciados nesse estudo, as principais limitações encontradas foram o tempo de coleta de dados considerado curto, a quantidade pequena de grupos de terceira idade pesquisados, poucos participantes do sexo masculino nos grupos e a não participação destes na pesquisa. Sugere-se que mais estudos sejam feitos em relação à participação de idosos em grupos de terceira idade e a influência destes na vida dos mesmos, pois se trata de uma forma de mantê-los em vida social ativa, tendo em vista as projeções para o aumento de idosos mundialmente, já vividas atualmente.

CONCLUSÕES

A realização desse estudo possibilitou conhecer o perfil sociodemográfico e de saúde das idosas participantes de dois grupos de terceira idade localizados em Recife, Pernambuco. Observou-se que tal participação incentiva à vida social ativa das mesmas e contribui para que tenham uma melhor qualidade de vida, pois o fato de estarem inseridos nos grupos pode contribuir para minimizar os sintomas depressivos, tendo em vista que essa participação torna-se uma ocupação, um compromisso na vida do idoso, ampliando seus laços de amizade e beneficiando-os com a troca de conhecimento.

Percebe-se que a maioria dos participantes dos grupos estudados é do sexo feminino, chamando a atenção para a necessidade de um incentivo maior para a participação do sexo masculino nesses ambientes de interatividade, tornando-

se importante o direcionamento de atividades e cuidados específicos para a terceira idade.

Sugere-se a inserção de uma atividade física regular e um aumento do número de encontros para tal realização, além da inclusão e participação de acadêmicos dos diversos cursos da área de saúde nesses momentos, devido à carência de uma equipe multidisciplinar para atender as necessidades individuais e coletivas dessas idosas nos grupos. Por fim, sugere-se também, a realização de mais estudos na área para melhor conhecer o perfil da população idosa participante de grupos de terceira idade.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. **Organização das Nações Unidas.** A ONU e as pessoas idosas. [Internet]. 2014. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/> [citado em 20 out. 2014].
2. **Rizzolli D, Surdi AC.** Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010; 3(2): 225-33. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000200007>
3. **World Health Organization.** Active Ageing – A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the second United Nations world assembly on aging. Madrid, Spain. 2002.
4. **Lima CRV.** Políticas públicas para idosos: a realidade das instituições de longa permanência para idosos no Distrito Federal [monografia de especialização]. Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, Curso de Especialização em Legislativo e Políticas Públicas, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados/Cefor; 2011.
5. **Censo/IBGE 2010 e IBGE/Diretoria de Pesquisas (BR).** Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
6. **Gonzalez LM, Seidli EM.** O envelhecimento na perspectiva de homens idosos. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2011; 21(50): 345-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2011000300007>
7. **Organização Mundial de Saúde.** Envelhecimento ativo: uma política de saúde. [Internet]. 2005. Disponível em: http://prattein.com.br/home/images/stories/Envelhecimento/envelhecimento_ativo.pdf [citado em 08 nov. 2014].
8. **Both JE, Leite MT, Hildebrandt LM, Beuter M, Grossmann GE.** Percepção de velhice na voz de idosos inseridos em grupos de Terceira idade. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2012; 4(4): 3043-51.
9. **Silva CA, Portella MR, Pasqualotti A.** Perfil dos homens idosos frequentadores do grupo de terceira idade de um município do Norte do Rio Grande do Sul. *Estud. Interdiscipl Envelhec.* 2011; 16(1): 7-21.
10. **Slightly adapted from Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC.** Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist.* 1970; 10(1): 20-30.
11. **Lawton MP, Brody EM.** Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969; 9(3): 179-86. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
12. **Freitas EV, Miranda RD, Nery MR.** Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In: Freitas EV, Py L, Neri AL *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.
13. **Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH.** Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(3-B): 777-81. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
14. **Sheikh JI, Yesavage JA.** Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.* 1986; 5: 165-73. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
15. **Almeida OP, Almeida SA.** Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999; 14(10): 858-65. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8)
16. **Silva HO, Carvalho MJAD, Lima FELL, Rodrigues LV.** Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de

- grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 14(1): 123-33.
<https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000100013>
17. **Borges PLC, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM.** Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(12): 2798-808.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200008>
18. **Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Silva LAA.** Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012; 15(3): 481-92.
<https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300009>
19. **Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al.** Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(4): 778-92.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000800015>
20. **Mezari MC, Avozani TV, Bruscati NM, Moriguchi EH, Raffone AM.** Estudo da funcionalidade e da prevalência de quedas em idosos da cidade de Veranópolis - RS: uma proposta para promoção da saúde. *RBCEH. Passo Fundo*. 2012; 9(1): 129-42.
21. **Guimarães ACA, Silva FB, Soares A, Fernandes S, Machado Z.** Nível de Percepção de Saúde, Atividade Física e Qualidade de Vida de Idosos. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2011; 14(4): 393-8.
<https://doi.org/10.4034/RBCS.2011.15.04.03>
22. **Rodrigues RN, Alves LC.** Determinantes de autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(5-6): 333-41.
23. **Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG.** Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(1): 94-103.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100013>
24. **Bermudez M.** Renda, escolaridade, ir acompanhado na consulta, morar sozinho, o que é mais importante para que o idoso siga as prescrições médicas? *Rev Científica*. 2010; 5:94-6.
25. **Loyola FAI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF.** Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2): 545-53.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200021>
26. **Tinetti EM, Kumar KC.** The patient who falls "It's always a trade-off". *JAMA*. 2010; 303(3): 258-66.
<https://doi.org/10.1001/jama.2009.2024>
27. **Ribeiro AP.** Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas. 2006. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher)-Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
28. **Leite VMM, Carvalho EMF, Barreto KML.** Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006; 6:31-8.
<https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000100004>