33 - NÍVEIS DE QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS SUBMETIDOS A SHIATSUTERAPIA*

CARLOS S. PERNAMBUCO[1,2,5]; AUDREY S. ALVES[3]; RODRIGO G. DE S. VALE[1,2]; ESTELIO H. M. DANTAS[1,2,4]
1 Laboratório de Biociência da Motricidade Humana LABIMH/ UCB-RJ
2 Grupo de Desenvolvimento Latino Americano para Maturidade GDLAM
3 Universidade Augusto Motta UNISUAM
4 Professor titular Programa Strictu Sensu em Ciência da Motricidade Humana PROCIMH
5 Academia Brasileira de Arte e Ciência Oriental - ABACO
*Este trabalho está de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UCB RJ Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/1996.
End: Rua Humberto Mauro 249, Araruama CEP 28970-000 email carlospernambuco@araruama.com.br

Introdução

A "qualidade de vida" que, segundo a OMS (WHOQOL, 1994), é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

A idéia de qualidade de vida é muito ampla e dinâmica, podemos encontrar várias definições para este conceito, mas todos levam em consideração a individualidade cultural, social e ambiental do ser. Para a OMS, é a noção da posição do ser vida, suas expectativas, seus padrões e preocupações (WHO, 1994).

Por se apresentar de forma diversificada, é importante citarmos alguns autores: NOVAES (1997) afirma que a qualidade de vida "deve ser respeitada pela sua individualidade, devendo-se evitar modelos obrigatórios e impenetráveis"; DANTAS (1997) descreve uma hierarquia das necessidades do homem: Fisiológica, de Segurança (Básica), de Afeição, de Auto-estima (Meta-necessidade) e de Auto-realização (Secundária) e NAHAS, em 2001, descreve parâmetros individuais e sócio ambientais que poderiam influenciar a qualidade de vida.

Para compreender qualidade de vida sob o ponto de vista holístico representado por ARMBRUSTER & GLADWIN (2001), é necessário entender o impacto das seis dimensões de bem-estar para indivíduos idosos, onde cada dimensão tem seu significado: ***Física*** focaliza a manutenção física independente e qualidade de vida por meio da participação regular em atividade física, alimentação saudável e estilo de vida positivo; ***Emocional*** enfatiza a percepção e aceitação dos próprios sentimentos e emoções; ***Intelectual*** encoraja a utilização da mente para aquisição de conhecimento, aumentar a criatividade e adquirir melhor compreensão e apreciação para si e para os outros; ***Espiritual*** procura objetivo e significado na vida, reavaliando os valores e a ética; ***Social*** mantém e nutre relacionamentos saudáveis e harmonia entre familiares e com os outros; ***Vocacional*** estabelece e realiza interesses pessoais e progride por meio de encontrar significado em atividades voluntárias com a comunidade.

Para que o idoso alcance estes objetivos traçados, torna-se necessário que ele tenha condições de ter consciência de si, vivenciando plenamente estes valores, participando ativamente, mas para isso ele deve ter autonomia para decidir, tornar o idoso ciente de suas necessidades, saciar suas privações e independência para sair em busca da sua qualidade de vida.

A pratica de atividades não convencionais são uma alternativa ou até mesmo, um complemento para melhora dos níveis de qualidade de vida da população idosa. Atividade complementar shiatsu é uma técnica de fácil execução que possibilita a redução da dependência física e será o objeto principal de nosso estudo.

A shiatsuterapia possui uma característica que é a mobilização energética, um aspecto fisiológico não considerado pela medicina ocidental (PEREIRA, 2000), além disso, promove estímulos em forma de pressão com os polegares nos trajetos dos meridianos para movimentar a energia que circula. O conceito oriental entende que a energia circula nos canais energéticos, que por muito tempo, a comunidade científica questionou a existência destes canais.

De acordo com a estratégia da Organização Mundial de Saúde sobre a medicina tradicional (MT) 2002/2005, o interesse por este tipo de sistema de saúde tem sido muito procurado pela população. Na África, 80 % da população utiliza a MT, na Ásia e na América Latina, as populações seguem, utilizando a MT como resultado de circunstâncias históricas. Na China, a MT contabiliza 40 % da atenção sanitária. Nos países desenvolvidos, está cada vez mais popular o uso da MT, a porcentagem da população que já utilizou pelo menos uma vez é de 48% na Austrália, 70% no Canadá, 42% nos EUA.

Desta forma, questionamos se um programa de shiatsuterapia pode melhorar a qualidade de vida de idosos. Assim, vale determinar as medidas e os mecanismos pelos quais os idosos possam melhorar a saúde, capacidade funcional a qualidade de vida, por meio de programas de shiatsuterapia.

Objetivo

Observar o ganho de qualidade de vida (QV) em um grupo de idosos, quando submetidos, a um programa de shiatsuterapia de cinco semanas.

Metodologia

Este estudo é considerado do tipo quase experimental, onde a variável independente shiatsu, e a variável dependente qualidade de vida será observada, não havendo grupo controle (THOMAS & NELSON, 2002).

O universo foi constituído por indivíduos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, que possuíam alterações funcionais músculoesqueléticas que prejudicavam as atividades da vida diária na busca da qualidade de vida, freqüentadores do programa de shiatsuterapia do município de Araruama. A amostra foi selecionada entre indivíduos idosos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos, aposentados(as), ou não, de qualquer classe econômica, Como critérios de exclusão qualquer tipo de condição aguda ou crônica que pudesse comprometer ou que se tornasse um fator de impedimento para a prática da shiatsuterapia.

Após a avaliação diagnóstica o grupo contou com 17 idosos que responderam ao questionário de qualidade de vida (WHOQOL - 100) composto de cem questões que avaliaram os seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambientes e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais antes e depois de cinco sessões de shiatsuterapia. Todos os participantes do estudo concordaram em assinar o **Termo de Participação Consentida** (CNS196/96).

Procedimentos Estatísticos

Dentre as primeiras foram calculadas média e mediana (Md) que são medidas de tendência central, ou seja, identificam a localização do centro do conjunto de dados. As medidas de dispersão estimam a variabilidade existente nos dados, com este intuito estimamos o erro padrão (), o coeficiente de variação (CV) e o desvio-padrão (s). Finalmente, estimou-se as medidas de distribuição, assimetria (a3) e curtose (a4) com o objetivo de identificar se as variáveis estudadas aproximavam-se da Distribuição Normal. A abordagem inferencial empregada foi não-paramétrica, devido ao distanciamento dos valores aferidos da Distribuição Normal. Visando contemplar o total de possibilidades de comparação foram empregados, sempre com á = 5,00%, Teste de Wilcoxon e a variação percentual.

Resultados

Na avaliação da qualidade de vida foram considerados como nível satisfatório o escore 14, nos seis domínios após a inferência do shiatsu. Na tabela 1 observa-se que em todas as variáveis tem a média com melhor medida de tendência central, pois estas variáveis apresentaram valores menores que 20,00% no coeficiente de variação nos dois instantes do estudo.

TABELA 1: Níveis de qualidade de vida GSH

Pré	**Média**	**s**	**â**	CV	Pós	**Média**	**s**	**â**	CV
Dom1	13,91	2,74	0,64	19,68%	Dom 1	14,53	2,41	0,57	16,61%
Dom2	14,42	2,12	0,50	14,71%	Dom 2	14,70	1,26	0,30	8,55%
Dom3	13,47	1,24	0,29	9,22%	Dom 3	13,56	1,55	0,37	11,43%
Dom4	12,96	2,53	0,60	19,48%	Dom 4	13,50	1,36	0,32	10,10%
Dom5	13,08	1,90	0,45	14,54%	Dom 5	13,06	1,29	0,30	9,86%
Dom6	16,22	2,13	0,50	13,13%	Dom 6	16,89	1,97	0,46	11,65%

Dom1 = Físico; Dom2 = Psicológico; Dom3 = Nível de Independência; Dom4 = Relações Sociais; Dom5 = Ambiente; Dom6 = Aspectos Espirituais/religião/crenças.

Discussão

Diversos estudos verificaram os níveis de qualidade de vida utilizando-se de outros instrumentos. Willianson (2003) em estudo que identificava o perfil da população idosa que procuravam as terapias complementares utilizou instrumento de entrevista (não divulgado) onde identificou que 54,7% buscavam alívio das dores e 45,2% buscavam melhoras nos níveis de qualidade de vida.

Najm (2003) investigando o uso das terapias complementares pela população de idosos de diferentes etnias (Asiáticos, Hispânicos, Vietnamitas), verificou que 27,9% de um n = 525 buscavam o alívio das dores.

No presente estudo foi possível verificar, através de relatos dos sujeitos participantes, que apresentaram melhoras expressivas dos quadros álgicos, facilitando a mobilidade e melhorando a autonomia.

O instrumento usado neste estudo, o questionário WHOQOL-100 da OMS, avalia seis domínios de qualidade de vida. Fleck et al. (1999) administraram esse instrumento em pacientes portadores de doenças, e, obtiveram alta correlação entre o teste e o reteste.

Apesar destes relatos que coincidem com o Dom 1 que avalia a os níveis de dor e desconforto. Os participantes do GSH apresentaram níveis discretos no referido domínio.

No domínio 2, Psicológico, Vale & Dantas (2003) encontraram escores de 15,16 2,17. O valor considerado foi superior aos que os dois grupos desta pesquisa apresentaram, que por sua vez foram maiores que o grupo do estudo de Aragão (2002) que apresentou um escore de 14,5 1,8. Porém, os escores desses estudos se apresentaram no nível de suficiência da OMS. No mesmo domínio o estudo de Baptista (2003) apresentou escores superiores.

A pesquisa de Amorim & Dantas (2002) conseguiu resultados significativos no pós-teste do período de intervenção. As percepções de auto-estima e imagem corporal, sentimentos positivos e negativos fazem parte deste domínio.

O domínio 3, Independência, contém percepções das AVDs, da mobilidade e capacidade para o trabalho, os dois grupos, apesar da melhora positiva, ficaram abaixo no nível de satisfação (14,00). O mesmo aconteceu na pesquisa de Amorim & Dantas (2002). Onde não houve alteração significativa. Aragão (2002) encontrou escores inferiores aos dois grupos do presente trabalho, pois o escore alcançado foi de 12,4 1,8.

O domínio 4, que avalia relações sociais o GFLEX apresentou níveis insatisfatórios no pós teste de 13,78 mostrando que houve um decréscimo durante o experimento. Já o GSH no apresentou discreta melhora com uma variação de 4,16%, passando de 12,96 para 13,50. O grupo experimental da pesquisa de Aragão (2002) conseguiu o mesmo valor, pois o escore obtido foi de 13,5 2,0. Amorim & Dantas (2002) não obtiveram diferenças significativas. Neste quesito do WHOQOL-100, as questões versam sobre a percepção da interação social e os relacionamentos no contexto social em que o grupo experimental está inserido.

No domínio 5 que afere os fatores ambientais, os dois grupos da presente pesquisa obtiveram escores inferiores ao índice da OMS nos dois momentos do período experimental. Estes dados são corroborados pelos estudos de Vale; & Dantas (2003) e Aragão (2002), que apresentaram escores de 13,38 2,37 e 13,5 1,5, respectivamente. Este domínio representa a segurança física, o ambiente físico, o ambiente no lar, cuidados à saúde entre outros.

No domínio 6, Aspectos Espirituais/Religião/Crenças, os dois grupos deste estudo apresentaram escores superiores a 14,00. Os sujeitos do trabalho de Aragão (2002) e de Fleck et al. (1999) também se mostraram com índices superiores ao da OMS, respectivamente, com escores de 14,2 1,2 e 15,4. Este quesito avalia as crenças dos sujeitos, mas não tem apresentado variações significativas na situação de atividade física.

Fleck (2003) afirma que não existe instrumento para avaliar a religiosidade que seja ao mesmo tempo facilmente aplicável, satisfatório aos aspectos mais genéricos das religiões e também capaz de incorporar realidades específicas de uma determinada religião.

O Grupo de GSH e GFLEX apresentaram escores expressivos sendo de 16,89 para o primeiro e 18,44 para o segundo. Fleck (2003) afirma que a crença e religiosidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem ou estão doentes, o que não foi objeto deste estudo. Contudo, os estudos de Sloan et al. (1999) destacam que

diferenças genéticas, comportamentais e variáveis como idade, sexo, educação, etnia nível sócio-econômico e estado de saúde podem ser importantes vieses de confusão nesses estudos.

Quando se aplica um instrumento como questionário é necessário ressaltar que as respostas dadas podem ter conotações diferentes, pois dependem das interpretações, percepções, nível cultural e valores de cada indivíduo. Por este motivo encontrar correlações e resultados significativos com este procedimento de pesquisa não é uma tarefa fácil. O importante é mudar o estilo de vida do idoso, tornando-o mais ativo, evitando o sedentarismo e a ociosidade. Estas medidas se relacionam à qualidade de vida prolongada e à vida independente e autônoma (ACSM, 2003).

TABELA 2:Variação das médias pré- e pós- dos níveis de qualidade de vida - GSH

Teste	Média pré	Média pós	?%	Valor-p Wilcoxon
Dom 1	13,91± 2,74	14,53± 2,41	4,45	1,00
Dom 2	14,42± 2,12	14,7± 1,26	1,94	0,72
Dom 3	13,47± 1,24	13,56± 1,55	0,66	0,86
Dom 4	12,96± 2,53	13,5± 1,36	4,16	0,09
Dom 5	13,08± 1,90	13,06± 1,29	-0,15	0,65
Dom 6	16,22± 2,13	16,89± 1,97	4,13	0,14
∑ médio	84,06	86,24	2,59	p<0,05

Dom 1: físico: Dom2: psicológico; Dom3 independência; Dom 4: relações sociais; Dom 5: Ambiente; Dom 6: Aspectos Espirituais; p< 0,05; ?% = variação em porcentagem

O grupo apresentou tendência a uniformidade ao demonstrar redução dos desvios padrões dos domínios 1, 2, 4, 5 e 6, com exceção do domínio 3 que se mostrou discretamente maior no instante pós.

O grupo submetido a programa de shiatsuterapia apresentou variação menor de 5%, observa-se que o Dom 5, que afere as questões relacionadas ao ambiente, apresentou um sensível decréscimo.

O grupo GSH alcançou o graus de satisfação nos Domínios 1 (físico), Domínio 2 (psicológico) e Domínio 6 (religião). A discreta melhora no Dom 1 se deve à melhoria dos sintomas músculoesqueléticos. O fato do GSH ter alcançado grau de satisfação obtido no Dom 1, se deve ao fato do shiatsu ser uma técnica que alivia as dores músculoesquelética. A discreta melhora no Dom 2 ocorreu pelo fato, também, do shiatsu promover sensação de bem-estar e melhoria da circulação bioenergética. Verificando-se a variação do somatório das médias observa-se que não houve aumento expressivo nos níveis de qualidade de vida.

Conclusão

Os resultados positivos obtidos pelos indivíduos nos diversos aspectos aferidos pelo WHOQOL-100 não foram suficientes para que o grupo submetido ao programa de shiatsuterapia percebesse as alterações nos níveis de qualidade de vida. Sugere-se que se construa um instrumento que possa ser mais adequado a faixa etária utilizada neste estudo. O n amostral pequeno pode ser um fator de confundimento para os cálculos estatísticos, necessitando assim de um n maior.

REFERENCIAS:

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Manual de pesquisa das Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição Quarta edição. Ed Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2003

ARAGÃO, Jani Cleria Bezerra de. Efeitos da resistência muscular localizada visando a autonomia e a qualidade de vida de idosos. *Dissertação de Mestrado. Universidade Castelo Branco - UCB. Rio de Janeiro. 2002.*

AMORIM, F.S., DANTAS, E. H. M. Autonomia e resistência aeróbica em idosos: Efeitos do treinamento da capacidade aeróbica sobre a qualidade de vida e autonomia de idosos. *Fitness & Performance Journal*. v. 1 n. 3, p.47-58. 2002.

DANTAS. Fatores afetivos indispensáveis para o sucesso nos programas de atividade física para terceira idade. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.* v. 2, n. 2, p. 75-82, 1997.

BAPTISTA, Marcio R.; VALE, Rodrigo G. S.; PERNAMBUCO, Carlos S.; DANTAS, Estélio H. M. O yoga na autonomia funcional em mulheres senescentes. In: XXVI SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, São Paulo, 2003. Anais: Atividade física construindo saúde. Edição esp. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, p. 82, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Em 10 de outubro de 1996.

FLECK, Marcelo P. A.; BORGES, Z. N., BOLOGNESI, G., ROCHA, N. S., Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade e crenças pessoais. Revista de Saúde Pública 2003; 37 (4):446-55.

FLECK, Marcelo P. A.; CHACHAMOVISCH, E., TRENTINI C. M., Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. . Revista de Saúde Pública 2003; 37 (6):793-9.

NAHAS, Markus V. *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo.* Londrina: Midiograf, 2001.

NAJM, W., REINSCH, S. HOEHLER, F.TOBIS, J. Useof complementary and alternative medicine among the ethnic elderly. Journal of Grontology Nursing. 2003 May; 29 (5):20-8.

NOVAES, Edmundo Vieites. Qualidade de vida - atividade física, saúde e doença. *Memórias do Congresso Mundial de Educação Física AIESEP*. p. 341-351, 1997.

PEREIRA, Francisco A. de Oliveira. Localização dos pontos de Acupuntura: Baseada no Padrão chinês moderno. RJ Sohaku-In Ed, 2000.

VALE, R. G. S.; DANTAS, E. H. M. Condicionamento físico e qualidade de vida na academia de ginástica. *Revista Mineira de Educação Física*, Viçosa, v. 11, n. 1, p. 7-24, 2003.

THOMAS, J. R., NELSON, J. K. Métodos de pesquisa em atividade física. 3ª ed., Artmed, Porto Alegre, 2002.

WHO Growing older staying well: ageing and physical activity in everyday life. 1998d. Disponível em: http// www. who.int/hpr/ageing/growingolderstayingwell.pdf

WILLIAMSON, A., FLETCHER, P. C., DAWSON, K. A., Journal of Gerontological Nursing. Thorofore: May 2003. Vol 23, Iss 5; pg 20, 9 pgs.

Abstract: The aim of study was observe the levels of quality of life(QOL) on elderly group. The amostral group live in Araruama RJ (BRASIL) (n-17) who had muscular diseases and ostheoartrits that reduce quality of life levels. Were used WHOQOL-100 to measure QOL levels before and after five sessions of shiatsutherapy. Statistic used: average, standard

deviation, standard mistake, Curtose and Asymmetry, percentual variation Wilcoxon test. Results: dom1 14,53, dom2 14,70; dom3 13,56; dom4 13,50; dom5 13,06; dom6 16,89. It were possible observe significance difference p<0,05.
Key words: elderly, quality of live, shiatsutherapy

Resumé: L'étude a l'objectif observés dans les niveaux de qualité de la vie, provoqué par un programme de Shiatsuterapia de cinq semaines. L'échantillon a eu intencionellement composé 17 volontaires du groupe du groupe de shiatsuterapia (GSH).. Dans le procediment statistique descrit, il est utilizé la moyenne, la médiane, manoeuvrant la ligne norme, le niveau d'erreur, le coeficient de la variation et le pourcentage de la variation. Dans le procediment inferencial, il est utilizé l'examen de Wilcoxon. Résultats: Les nivele du qualite´de la vie dom1 14,53, dom2 14,70; dom3 13,56; dom4 13,50; dom5 13,06; dom6 16,89Il n'avait pas de difference significatif (p<0,05). Mot clé: Ages, qualité de la vie, shiatsuterapia.

Resumen: Observa lo gano de la calidad de la vida en grupo de ancianos, cuando submetidos a uno programa de shiatsuterapia de cinco semanas. El grupo vivía en Araruama-RJ (n=17) todos los ancianos tenían alteraciones músculo esquelético que los perjudicaban en las actividad de la vida diaria. Aplicó se WHOQOL-100 antes y después de las sesiones de shiatsuterapia. Estadística : descritiva foi media, desvio padrão, erro padrão, coeficiente de variação. Inferencial: Assimetria, curtose, variação percentual, Wilcoxon Resultados dom1 14,53, dom2 14,70; dom3 13,56; dom4 13,50; dom5 13,06; dom6 16,89. No observo ninguna diferencia significativa para p<0,05.
Palabras clave: ancianos, calidad de la vida, shiatsuterapia

Resumo: Observar o ganho de qualidade de vida (QV) em um grupo de idosos, quando submetidos, a um programa de shiatsuterapia de cinco semanas. O grupo amostral residentes em Araruama RJ, (n=17) que possuíam alterações funcionais músculoesqueléticas que prejudicavam as atividades da vida diária na busca da qualidade de vida. Utilizou-se WHOQOL-100 para aferir o nível de QV antes e depois de cinco sessões de shiatsuterapia. Estatística descritiva foi media, desvio padrão, erro padrão, coeficiente de variação. Inferencial: Assimetria, curtose, variação percentual, Wilcoxon Resultados dom1 14,53, dom2 14,70; dom3 13,56; dom4 13,50; dom5 13,06; dom6 16,89. Observou-se que não houve diferença significativa para p<0,05.
Palavras chave: Envelhecimento, qualidade de vida, shiatsuterapia.