

MARTA LORENZINI

**A INFLUÊNCIA DA DOR CRÔNICA NA QUALIDADE DE VIDA, NA  
MOBILIDADE E NA FORÇA MUSCULAR DO IDOSO.**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ ROBERTO GOLDIM

Porto Alegre

2011

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	15
<b>2. OBJETIVOS</b>	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS</b>	24
3.1 DELINEAMENTO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	24
3.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO E DESCRIÇÃO DAS AVALIAÇÕES	24
3.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	25
3.4 AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO	25
3.5 AVALIAÇÃO DA DOR	26
3.6 AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE	26
3.7 AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR	26
3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	27
<b>4. ARTIGOS</b>	28

4.1. A INFLUÊNCIA DA DOR CRÔNICA NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESSÃO.....	29
4.2. A DOR CRÔNICA E SUA INFLUÊNCIA NA MOBILIDADE E NA FORÇA MUSCULAR DO IDOSO.....	50
4.3. A INFLUÊNCIA DA DOR CRÔNICA NA QUALIDADE DE VIDA, NA MOBILIDADE E NA FORÇA MUSCULAR DO IDOSO.....	65
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>85</b>

**REFERÊNCIAS (Relativas à Introdução)**

.....	86
-------	----

<b>APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>90</b>
--------------------------------------------------------------------	-----------

<b>ANEXO A - Ficha de Informações sobre o Respondente.....</b>	<b>92</b>
----------------------------------------------------------------	-----------

<b>ANEXO B - WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF.....</b>	<b>95</b>
------------------------------------------------	-----------

<b>ANEXO C- Escala de Depressão Geriátrica.....</b>	<b>103</b>
-----------------------------------------------------	------------

<b>ANEXO D - Escala Análogo Visual de Dor.....</b>	<b>104</b>
----------------------------------------------------	------------

<b>ANEXO E- Protocolo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.....</b>	<b>105</b>
---------------------------------------------------------------------------------------	------------

## RESUMO

A dor crônica promove influências negativas durante o processo de envelhecimento. Este estudo objetivou avaliar a influência da dor crônica e as suas repercussões físico-funcionais, psicológicas, sociais e ambientais na qualidade de vida de pacientes idosos. Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e prospectivo, realizado nos Ambulatórios do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG), de Fisioterapia, do Centro de Reabilitação (CR) do Hospital São Lucas (HSL), na Faculdade de Educação Física e Ciências do Desporto (FEFID) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), na Sociedade Porto Alegrense de Auxílio aos Necessitados (SPAAN) e na Sociedade Espírita Maria de Nazaré (SEMN) no período de 2009 a 2011. Foram incluídos 406 idosos, sendo 72% (292) do sexo feminino e 28% (114) do sexo masculino; com idade média de 73 anos com referência de dor crônica (63%) e os sem queixas de dor (37%). Não participaram aqueles com impedimentos funcionais decorrentes de: amputações de membros, dor há menos de três meses, obesidade mórbida, doenças neurológicas, doenças oncológicas, pacientes em unidade de internação, pneumopatias e cardiopatias severas. Na avaliação os idosos responderam a uma ficha de dados, a Escala Análogo Visual de Dor (EAV); responderam aos questionários WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15); e realizaram os testes Timed "Up and Go" (TUG) e Força de Preensão Manual com Dinamômetro SH5001<sup>®</sup>(FPM). Nesta amostra, 72,6% (295) estavam em atendimento ambulatorial (IGG, CR e Fisioterapia), institucionalizados 21,2% (86) (SPAAN e SEMN) e pertencentes à FEFID 6,2% (25). O sexo feminino se mostrou associado a dor, enquanto o masculino, à ausência dela. Os idosos de 60 a 69 anos foram os que mais referiram presença de dor, e quanto maior a faixa etária (80 a 100), menor a referência a ela. No WHOQOL-OLD ocorreu diferença estatisticamente significativa nas Facetas de Funcionamento do Sensorio e Autonomia, sendo que, na primeira, a média do grupo com dor se mostrou mais elevada ( $p < 0,05$ ), enquanto, na última, o grupo sem dor apresentou média mais elevada ( $p < 0,05$ ). Nos Domínios das Relações Pessoais e Meio Ambiente do WHOQOL-BREF, não foram observadas diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ). Não ocorreu diferença significativa na comparação da pontuação total do WHOQOL-OLD ( $p > 0,05$ ),

indicando que tanto os idosos com dor como aqueles sem dor estão apresentando uma QV semelhante. Entretanto, o escore global do WHOQOL-BREF detectou que o grupo sem dor ( $68,1 \pm 14,1$ ) apresentou escore médio significativamente mais elevado que o grupo com dor ( $60,7 \pm 17,1$ ). A média de dor obtida no total da amostra foi de 3,3 cm, considerada dor leve a moderada. Os testes Timed "Up and Go" e Força de Preensão Manual; e a Escala de Depressão Geriátrica não se mostraram influenciados pela presença ou não de dor. Vale destacar que 98% da amostra apresentaram algum grau de depressão. Nos idosos entrevistados, a dor crônica influenciou negativamente a qualidade de vida global, ampliando a Faceta de Funcionamento do Sensório e reduzindo a de Autonomia. Não foram verificadas repercussões na mobilidade, na força muscular e na depressão.

**Palavras-chave:** Dor Crônica. Qualidade de Vida. Depressão. Força Muscular. Mobilidade. Idoso.

## 1. INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada à lesão real ou potencial dos tecidos, podendo ser aguda ou crônica. A dor aguda é aquela de início recente e provavelmente de duração limitada. Geralmente, é possível identificar-se uma causa relacionada a um dano ou doença, tem como função alertar o indivíduo para o perigo de uma lesão.<sup>1,2</sup>

É considerada dor crônica aquela que dura mais de três meses, ou que ultrapassa o período usual de recuperação esperado para a causa desencadeante da dor.<sup>3</sup> Manifesta-se por numerosas afecções e, geralmente, vem acompanhada de alterações do sistema nervoso autônomo, produzindo alterações, tais como hipertensão arterial, taquicardia, sudorese, irritação química dos tecidos, queimadura, estresse tecidual, espasmos de músculos lisos. Em algumas situações, proporciona sofrimentos desnecessários e nocivos tanto ao estado físico quanto ao emocional.<sup>3,4,5</sup>

Sabe-se que a qualidade de vida no idoso, pode sofrer alterações importantes, quando ao seu cotidiano se acrescenta a dor.<sup>1,2</sup> Pode ser considerada uma das situações mais incômodas e desesperadoras que acometem o homem e é um dos problemas mais importantes na vida dos idosos.<sup>3,4</sup>

O envelhecimento populacional é um fenômeno relativamente novo em todo mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a expectativa de vida da população mundial passará de 66 para 73 anos, em 2025. A população idosa irá duplicar-se entre 2025 e 2050 nos países desenvolvidos.<sup>6</sup>

A dor crônica acomete cerca de cem milhões de indivíduos e 50% da população idosa.<sup>3,4,5</sup>

A dor no idoso é um problema relevante e de difícil controle, devido, muitas vezes, à dificuldade de comunicação com o idoso e de sua compreensão quanto ao manejo correto de seu tratamento.<sup>7,8,9</sup> Além disso, o idoso não julga adequadamente sua dor, provocando uma demanda maior aos serviços de saúde.<sup>9,10</sup>

No Brasil, as perspectivas para o ano 2030 estão em torno de 25 milhões de idosos. Este fato é observado no Rio Grande do Sul, Estado onde se verificam melhores condições sociais, sanitárias, econômicas e culturais, razão para a maior expectativa de vida.<sup>11,12,13</sup>

Por ser um processo dinâmico, o fenômeno do envelhecimento é de difícil explicação, o que justifica as várias acerca do tema. Existem teorias com enfoque biológico, social e psicológico, cada uma delas defendendo suas hipóteses na tentativa de compreendê-lo.<sup>14</sup>

Existem diversos modelos de teorias do envelhecimento, entre as quais se destacam Dano Oxidativo e Radicais Livres, Imunológica, Uso e Desgaste.<sup>14</sup>

Segundo a teoria do Dano Oxidativo e Radicais Livres, a longevidade é inversamente proporcional ao dano oxidativo e proporcional às atividades protetoras antioxidantes. Todas as deficiências do envelhecimento estariam relacionadas ao dano provocado pela liberação de radicais livres.<sup>14</sup>

A Teoria Imunológica evidencia a dependência da longevidade a genes que aumentariam ou diminuiriam a expectativa de vida. A falha desses genes levaria à falência da homeostase, abreviando o tempo de vida.<sup>14</sup>

A Teoria de Uso e Desgaste é a mais antiga e aborda a falha de reparo que levaria ao decréscimo gradual da eficiência do organismo, resultando na morte.<sup>14</sup>

O processo de envelhecimento preocupa a humanidade desde o início da civilização e vem preocupando, na atualidade, devido ao aumento do número de idosos em todo o mundo, o que exerceu pressão passiva sobre o desenvolvimento de pesquisas nesse campo.<sup>11,12</sup>

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.<sup>15</sup> O envelhecimento traz consigo a perspectiva de morte. Mesmo com o aumento da sobrevivência da população humana, a vida é sempre um período finito. Essa finitude passa a ser mais contundente com a chegada da velhice. A perda de amigos, de familiares e de pessoas de referência social reforça tal característica.<sup>16</sup>

O desafio que se propõe aos indivíduos e às sociedades é almejar uma sobrevida maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade.<sup>5</sup>

O estudo sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice reveste-se de grande importância científica e social, estimulando a retomada das reflexões sobre diferentes questões éticas e morais que envolvem os idosos.<sup>16</sup>

A qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia. As dependências observadas no idoso resultam tanto de alterações biológicas (deficiências e incapacidades) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, freqüentemente, as últimas parecem determinar as primeiras. Podem ser descritos três tipos de dependência: a estruturada, em que o significado do valor do ser humano é determinado, em primeiro lugar, pela participação no processo produtivo (na velhice salienta-se a dependência gerada pela perda do emprego); a física, que é a incapacidade funcional individual para realizar atividades de vida diária; e a comportamental, com freqüência antecedida pela dependência física, a qual é socialmente induzida, independentemente do nível de competência do idoso, ou seja, o meio espera incompetência.<sup>17</sup>

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como, as variações que a idade comporta, revestem-se de grande importância científica e social. Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença, poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento, dos limites e alcances do desenvolvimento humano. Além disso, possibilitará a criação de alternativas de intervenção visando ao bem-estar de pessoas idosas.<sup>11</sup>

Alguns fatores são críticos à manutenção da integridade, da independência e da autonomia de um indivíduo. Existem, além das condições de saúde, diferenças físicas, mentais, psicológicas e sócioeconômica entre os idosos, tornando necessárias e altamente individualizadas as conclusões sobre a qualidade de vida.<sup>18</sup>

A preocupação especificamente com qualidade de vida na velhice ganhou relevância nas últimas décadas, em função do crescimento do número de idosos e da expansão da longevidade.<sup>19</sup>

A expressão qualidade de vida foi mencionada pela primeira vez por Pigou em 1920, ao escrever o livro “The Economics of Welfare” sobre economia e bem-estar material, sendo novamente empregado, em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson.<sup>12,20</sup> A preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.<sup>20,21,22</sup>

O Grupo Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como “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”. Conceito centrado na avaliação subjetiva de o indivíduo viver plenamente. Bullinger e cols. (1993) consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e as intervenções médicas, mas não se limitando a elas.<sup>21,23,24</sup>

Embora não haja um consenso a respeito do conceito qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes a esse construto foram obtidos por um grupo de especialistas de diferentes culturas: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor). O fenômeno qualidade de vida tem múltiplas dimensões, como, por exemplo, a física, a psicológica e a social, cada uma comportando vários aspectos. Entre eles, a saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes que devem ser avaliadas, como também o bem-estar subjetivo, indicado por satisfação.<sup>18,25,26,27,28</sup>

A dor é, por natureza, subjetiva. Oferecer ao paciente, instrumentos padronizados, que lhe possibilitem expressar essa sensação de forma mais objetiva facilita a comunicação entre os profissionais e o paciente. Além disso, permite comparações individuais e de grupos às diferentes abordagens terapêuticas.<sup>29</sup>

As escalas de intensidade pertencem ao grupo de avaliação unidimensional, por avaliar somente uma das dimensões da experiência de dor.

Entre as existentes, destaca-se a Escala Análogo Visual de Dor, elaborada por Huskisson em 1983, que consiste em uma linha reta de dez centímetros de comprimento, não numerada, com indicações de “sem dor” e “pior dor imaginável” nas extremidades. A Escala Análogo Visual de Dor (EAV), que por suas limitações é pouco utilizada e/ou compreendida, é um importante instrumento na mensuração da dor crônica. Na sua avaliação, é possível estabelecer três categorias: 0-3,9 dor leve; 4-6,9 dor moderada e 7-10 dor intensa. Ela auxilia o paciente a compreender melhor quando e quais fatores influenciam a sua percepção da dor, levando-o, ainda, a um maior comprometimento com as informações que fornece, uma vez que estas serão sempre parâmetros para a avaliação da adequação do tratamento.<sup>29, 30,31,32</sup>

A Organização Mundial de Saúde ao constatar a inexistência de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural, desenvolveu um instrumento com essas características, o WHOQOL-100. A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL ABREVIADO (WHOQOL-BREF), questionário que compreende 26 questões e é composto por quatro Domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente. Este instrumento é de autoavaliação e também autoexplicativo. Além disso, alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, o que o coloca como uma alternativa útil para ser usado em estudos que propõem avaliar a qualidade de vida no Brasil.<sup>21,33,34,35,36</sup>

O WHOQOL-BREF é dividido em quatro Domínios. O Domínio Um é o Físico, caracterizado por dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho. O Domínio Dois é o Psicológico, caracterizado por sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/ religião/ crenças pessoais. O Domínio Três é o das Relações Sociais e se caracteriza por relações pessoais; suporte (Apoio) social; atividade sexual. O Domínio Quatro é o do Meio Ambiente e se caracteriza por segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos

financeiros; cuidados sociais e de saúde (disponibilidade e qualidade); oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ruído/ trânsito/ clima); transporte. <sup>21</sup>

O aumento da proporção de idosos na população geral e as particularidades, dessa faixa etária apresenta, apontam a necessidade de desenvolver instrumentos específicos para a aferição de sua qualidade de vida.

33

O WHOQOL-OLD tem como objetivo principal adaptar o WHOQOL para a sua utilização com adultos idosos. Este questionário consiste em de seis Facetas de quatro itens cada: “Funcionamento do Sensório”, “Autonomia”, “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, “Participação Social”, “Morte e Morrer” e “Intimidade”.<sup>21,33</sup>

A Faceta Primeira é o Funcionamento do Sensório, que se caracteriza pelo impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida; a Faceta Segunda, a Autonomia, se caracteriza por independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma e tomar decisões; a Faceta Terceira, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, se caracteriza por satisfação sobre conquistas na vida e coisas por que se anseia; a Quarta Faceta, a Participação Social, se caracteriza por participação nas atividades cotidianas, especialmente na comunidade; a Quinta Faceta, a Morte e Morrer, se caracteriza por preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer; e a Sexta Faceta, a Intimidade, se caracteriza por capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos.<sup>21,33</sup>

As comparações entre o WHOQOL-100 e o WHOQOL-BREF, utilizadas no estudo-piloto e no teste de campo, respectivamente, sugerem que o módulo para adultos idosos pode ser empregado junto com o WHOQOL- 100 ou o WHOQOL-BREF, qualquer que seja o mais apropriado para um estudo. <sup>21,33</sup>

O WHOQOL-OLD pode ser utilizado numa ampla variedade de estudos, incluindo investigações transculturais, epidemiologia populacional, monitoramento de saúde, desenvolvimento de serviços e estudos de intervenção clínica em que a qualidade de vida seja o enfoque principal. A estimativa da influência de intervenções físicas e psicológicas sobre problemas físicos e psiquiátricos relacionada à velhice pode ser verificada.<sup>21,33</sup>

O processo de envelhecimento populacional em curso no país tem aumentado a frequência de doenças psiquiátricas, entre as quais a depressão, que é a desordem mais comum nesse segmento etário. As taxas de prevalência variam entre 5% e 35%, quando se consideram as diferentes formas e a gravidade da depressão.<sup>37</sup>

Na população idosa, a depressão encontra-se entre as doenças crônicas mais frequentes, elevando a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional e desencadeando um importante problema de saúde pública, à medida que inclui tanto a incapacidade individual como problemas familiares em decorrência da doença. Tais fatos somam-se a elevados custos financeiros, à alta taxa de utilização de serviços de saúde e à diminuição da qualidade de vida.<sup>37</sup>

Existem diversas escalas que são utilizadas por profissionais da área da saúde, entre elas a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), que é composta por um pequeno número de questões simples e rápidas, de fácil aplicação.<sup>38</sup>

A Escala de Depressão Geriátrica é uma versão curta da escala original elaborada por Sheikh & Yesavage a partir de itens que mais fortemente se correlacionavam aos sintomas depressivos dos idosos. Esses itens mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Essa versão reduzida possibilita um rastreamento dos transtornos de humor em ambulatórios gerais, assim como em outros ambientes não especializados, pois o tempo necessário para a sua aplicação é reduzido.<sup>39,40</sup>

O envelhecimento apresenta alterações fisiológicas importantes, como diminuição da massa óssea e muscular, modificações na postura e no equilíbrio, que levam, com frequência, à limitação da capacidade funcional.<sup>41,42</sup>

O teste Timed “Up and Go” foi introduzido em 1991 como um teste para observar a capacidade funcional e a mobilidade. Ele mensura a velocidade durante várias funções como permanecer em ortostase, caminhar, virar e sentar. Para a realização desse teste o indivíduo é instruído a levantar da cadeira, caminhar três metros, virar e voltar caminhando até a cadeira novamente e sentar.<sup>43,44</sup>

Assim como o Timed “Up and Go”, o teste de Preensão Manual observa e prevê a redução da capacidade funcional e mobilidade, além do aumento de quedas, mortalidade e qualidade de vida dos idosos. Isso porque vários

estudos têm mostrado que a medida da força manual é capaz de fornecer uma aproximação da força de todos os grupos musculares do corpo. <sup>45</sup>

Um desafio importante é estimar a influência da dor crônica na qualidade de vida, na depressão, na mobilidade funcional e na força muscular do idoso. Hoje em dia, existe uma maior preocupação com a qualidade de vida e sua relação com a dor crônica, pois se sabe que a frequência de dor aumentou e que esta afeta o indivíduo globalmente, não se restringindo apenas a um dano tecidual.

O aumento da proporção de idosos e suas particularidades apontam, cada vez mais, a necessidade de avaliar o idoso em várias perspectivas. Existem pesquisas que comparam separadamente a dor crônica, a funcionalidade, as alterações da força muscular, a depressão e o envelhecimento. Todavia não há estudos que associem todas essas medidas ao mesmo tempo e, além disso, comparem todas essas variáveis em associação em idosos que não apresentam queixas de dor crônica.

É de extrema importância que o idoso seja avaliado num contexto de acordo com sua realidade, observando não apenas as repercussões clínicas da dor crônica, mas também as influências que ela pode gerar no cotidiano do idoso.

Este estudo se propõe avaliar a qualidade de vida, a mobilidade, a força muscular e a ocorrência de depressão em idosos com e sem dor crônica.

## CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos neste estudo foi possível estabelecer as seguintes conclusões:

A dor crônica representa um grande desafio para os profissionais da saúde, na busca de alternativas de tratamento de um problema que muitas vezes é subestimado, promovendo, redução na qualidade de vida dos idosos.

Nesta amostra os idosos que referiram ter dor crônicaaferiram uma média de dor moderada. Além disso, verificou-se a influência negativa da dor crônica na qualidade de vida global desses idosos.

Observou-se, também, uma relação entre o aumento da intensidade de dor, dos níveis de depressão e de uma redução na qualidade de vida. Assim sendo, os idosos desta amostra apresentaram probabilidade de se tornarem, futuramente, isolados socialmente.

Ainda que não se tenha constatado a influência negativa da dor crônica na mobilidade e na força muscular da população estudada, verificaram-se valores que identificam um grupo de idosos com potencial risco para limitações funcionais futuras.

Estes resultados sugerem a adequação do uso associado dos testes específicos de mobilidade e força muscular com questionários de qualidade de vida.

