

Avaliação da fragilidade em idosos participantes de um centro de convivência

Evaluation of fragility in elderly participants of a community center

Evaluación de la fragilidad en los participantes de edad avanzada en un centro comunitario

Gerlane Ângela da Costa Moreira Vieira¹; Eliene Pereira da Costa²; Fernanda Azevedo Teixeira Rocha³; Ana Claudia Torres de Medeiros⁴; Marta Miriam Lopes Costa⁵

Como citar este artigo:

Vieira GACM; Costa EP; Rocha FAT; et al. Avaliação da fragilidade em idosos participantes de um centro de convivência. Rev Fund Care Online. 2017 jan/mar; 9(1):114-121. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.114-121>

ABSTRACT

Objective: To evaluate the existence of frailty in elderly participants of a Community Center in the city of Campina Grande/PB. **Method:** This is a descriptive cross-sectional survey conducted with 83 elderly aged 60 or more. We used a semi-structured questionnaire evaluating four of the five items of the phenotype produced by Fried et al. **Results:** The presence of fragility was observed in 6% of participants and pre-fragility in 71.1%. It was also observed that 53.01% of the elderly were overweight. Although the elderly population is active and inserted into activities that seek to improve their quality of life, it was observed that the majority is already in a state of pre-fragility. **Conclusion:** There is need to investigate the determinants of this condition and reinforce the importance of redirecting the activities offered from the needs of each individual in order to bring benefits to their physical and mental health.

Descriptors: Aging; Frail Elderly; Elderly Health.

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF/UFPB. Campina Grande/PB, Brasil. E-mail: gerlaneufcg@hotmail.com.

² Enfermeira, Mestranda em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Paraíba (PB), Brasil. E-mail: elienecosta@hotmail.com.

³ Discente do Curso de Enfermagem do CCBS/UFCG. Campina Grande/PB, Brasil. E-mail: nandateixera@hotmail.com.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente colaboradora do PPGENF/UFPB. João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: anaclaudia.tm@hotmail.com.

⁵ Enfermeira, Doutora em Sociologia pela UFPB. Docente da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa- (PB), Brasil. E-mail: marthamiryam@hotmail.com.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a existência de fragilidade em idosos participantes de um Centro de Convivência na cidade de Campina Grande/PB.

Método: Trata-se de uma pesquisa descritiva com delineamento transversal, realizada com 83 idosos com 60 anos ou mais. Utilizou-se um questionário semiestruturado e a avaliação de quatro dos cinco itens do fenótipo elaborado por Fried et al. **Resultados:** A presença da fragilidade foi verificada em 6% dos participantes e a pré-fragilidade em 71,1%. Observou-se também, que 53,01% dos idosos apresentaram sobrepeso. Apesar dos participantes se mostrarem ativos e inseridos em atividades que buscam melhorias para a sua qualidade de vida, observou-se que a maioria já se encontra em estado de pré-fragilidade. **Conclusão:** Há necessidade de se investigar os determinantes dessa condição e reforçar a importância de redirecionamento das atividades oferecidas a partir da necessidade de cada indivíduo, a fim de que tragam benefícios à sua saúde física e mental.

Descritores: Envelhecimento; Idoso Fragilizado; Saúde do Idoso.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la existencia de fragilidad en los participantes ancianos de un centro comunitario en la ciudad de Campina Grande/PB. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado con 83 personas mayores de 60 años o más. Se utilizó un cuestionario semi-estructurado y evaluación de cuatro de los cinco elementos del fenotipo producida por Fried et al. **Resultados:** Se observó la presencia de la debilidad en el 6% de los participantes y pre-fragilidad en 71,1%. Se observó también que el 53,01% de los ancianos tenían sobrepeso. Aunque la población de edad avanzada está activo y se inserta en las actividades que buscan mejorar su calidad de vida, se observó que la mayoría ya está en un estado de pre-fragilidad. **Conclusión:** Hay necesidad de investigar los determinantes de esta condición y reforzar la importancia de reorientar las actividades que se ofrecen desde las necesidades de cada individuo con el fin de aportar beneficios a su salud física y mental.

Descritores: Envejecimiento; Ancianos Frágeles; Salud del Anciano.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento enquanto processo biológico ocorre de maneira natural sendo responsável por diversas mudanças que surgem no organismo. Além das alterações fisiológicas, o corpo sofre influências do meio social e cultural, o que oferece contribuições importantes e que devem ser consideradas no decorrer do envelhecimento.

Sabe-se que, associado ao processo de envelhecimento, podem surgir diversas doenças e incapacidades que comprometem a qualidade de vida do idoso. Esses fatores dificultam e/ou impossibilitam a pessoa idosa de exercer sua autonomia e viver com independência. Porém, esse processo natural não deve ser visto de forma patológica. Também se faz importante considerar as doenças que podem comprometer a vida desses indivíduos. Dessa forma, todos os mecanismos envolvidos no decorrer dessas mudanças devem ser observados de maneira coerente para que o idoso possa ter uma melhor assistência.

Para classificar um indivíduo como idoso é preciso considerar a localidade onde ele vive. Àquelas pessoas que resi-

dem em países classificados, de acordo com seus critérios sociais e econômicos, como países do norte são considerados idosos quando atingem os 65 anos de idade. Já àqueles que vivem em países dos sul, são considerados idosos quando atingem os 60 anos de vida.¹ Sabe-se que a população brasileira passará, em breve, por uma mudança demográfica em que a população idosa se tornará maior do que a de pessoas mais jovens.

O aumento da expectativa de vida gera várias preocupações, dentre elas a perda da própria qualidade de vida, que pode ser prejudicada em decorrência do processo natural do envelhecimento e/ou devido ao aparecimento de doenças crônicas degenerativas.²

O crescimento no número de idosos nos próximos anos resultará em maior número de indivíduos fragilizados, sendo esse um dos fatores que aumentam o número de pessoas idosas necessitando de cuidados de longo prazo.³

A fragilidade é um processo fisiopatológico que se instala devido uma série de alterações biológicas que geram mudanças em vários sistemas do organismo, levando ao desequilíbrio homeostático. Essas mudanças levam ao declínio no funcionamento físico, e os principais sistemas que estão envolvidos nesse processo são aqueles que mantêm a estabilidade na produção, distribuição e utilização de energia. A síndrome da fragilidade é identificada por meio da mensuração de um fenótipo composto por cinco itens: perda de 4,5 quilos ou mais no último ano, fadiga, redução da força, baixo nível de atividade física e redução da velocidade da marcha. Desse modo, é considerado pré-frágil o idoso que apresentar uma ou duas alterações desses itens. Aqueles que apresentarem mudanças em três ou mais já são considerados frágeis.⁴

A fragilidade é definida ainda como uma síndrome multidimensional que envolve uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no decorrer da vida individual, podendo resultar em maior risco de vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos como declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte. Portanto, avaliar as condições de saúde da pessoa idosa com enfoque para as alterações físicas é essencial para uma intervenção precoce e para a prevenção de complicações que podem surgir no futuro.⁵

Assim, com intuito de contribuir na prevenção dos agravos, no planejamento de ações voltadas à reabilitação e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida dessa população, este estudo teve como objetivo avaliar a existência de fragilidade em idosos participantes de um Centro de Convivência no município de Campina Grande/PB.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizada através do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIVIC), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital

Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, através do parecer 451.851.

O estudo foi realizado em um Centro de Convivência do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campina Grande/PB, no período de dezembro de 2013 a março de 2014. A população da pesquisa foi composta por 315 idosos cadastrados no Centro de Convivência do Idoso. Porém, frequentavam o local de forma assídua uma média de 90 idosos. O cálculo da amostra foi realizado através do programa OpenEpi versão 3.01,⁶ utilizando-se limite de confiança de 5%, obtendo como resultado 74 idosos. Esse valor da amostra corresponde a 82,22% da população considerada para o estudo. No entanto, a amostra da pesquisa foi constituída por 83 pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, escolhidos de forma não probabilística. Os critérios de inclusão escolhidos foram: pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que frequentam o Centro de Convivência do Idoso localizado no Bairro Cuités, em Campina Grande/PB, que deambulam e tenham acuidade visual preservada.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado, contendo perguntas objetivas e discursivas referentes aos aspectos socioeconômicos e de saúde, bem como o fenótipo elaborado por Fried et al,⁴ relacionado à fragilidade que aborda os cinco componentes possíveis de serem mensurados:

- Perda de peso não intencional: $\geq 4,5$ kg ou $\geq 5\%$ do peso corporal no último ano, o qual foi avaliado por meio do autorrelato;
- Fadiga autorreferida: avaliada através de dois itens contidos na Escala de Depressão do Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D).⁷ Os itens considerados são: senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais e não consegui levar adiante minhas coisas. Para cada questão foram avaliadas quatro possibilidades de respostas: nunca ou raramente; poucas vezes; na maioria das vezes; sempre. Foram considerados frágeis, para este item do fenótipo, àqueles que responderam “na maioria das vezes” ou “sempre” para qualquer uma das questões demonstradas.
- Diminuição da força de preensão medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e Índice de Massa Corporal (IMC);
- Baixo nível de atividade física medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no autorrelato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o gênero, avaliado através do Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire.⁸ As atividades físicas foram avaliadas quanto à frequência e duração.
- Diminuição da velocidade da marcha em segundos e ajustados para gênero e altura. O participante percorria uma distância de 4,6 m, demarcados no chão com uma fita adesiva, em uma linha reta e era permitido que o mesmo usasse bengala.

Contudo, a força de preensão não foi avaliada devido à indisponibilidade do dinamômetro da instituição de ensino, bem como, pela dificuldade de parcerias com outras universidades. Sendo assim, foram avaliados quatro itens do fenótipo, possibilitando a identificação da fragilidade em idosos, haja vista que essa condição é verificada a partir de três itens do fenótipo presentes, conforme descreve Fried et al.⁴

Os dados foram coletados em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde.⁹ Após a coleta foram introduzidos em um banco de dados do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 e analisados a partir da bioestatística descritiva (média, desvio padrão, frequência relativa e absoluta) e analítica.

Foi utilizada a análise descritiva para as variáveis: idade, sexo, renda, escolaridade, estado civil, perda de peso, diminuição da velocidade da marcha, fadiga, baixo nível de atividade física, IMC e patologias. Além disso, foi realizada a média de corte do dispêndio semanal de energia durante a realização das atividades físicas e domésticas, a partir do cálculo do quintil por meio do programa estatístico R.

O teste t de *Student* para amostras independentes foi adotado para verificação das diferenças entre as médias dos grupos de variáveis de interesse. Para avaliação da correlação entre as variáveis do estudo foi utilizado o teste Qui-quadrado, sendo considerado um $p < 0,05$, como limite de confiança para ambos os testes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra da pesquisa foi constituída por 83 idosos, em sua maioria aposentados (65,06%), com média de idade de 73,9 anos ($\pm 7,25$), sendo 67,47% do sexo feminino. Estudos demonstram que o número de mulheres que frequentam centros de convivência para idosos é maior, se comparado ao sexo masculino.¹⁰⁻¹² De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),¹³ no Brasil, o número de mulheres idosas é superior ao número de homens, o que pode explicar a maior prevalência de idosas participantes destes serviços.

Verificou-se que a renda prevalente era de até um salário mínimo (73,49%). Este dado corrobora com o IBGE,¹³ visto que o instituto afirma em suas pesquisas que a renda per capita é de exatamente um salário mínimo entre os idosos. A população de baixa renda apresenta maiores riscos de desenvolver doenças e deficiências. Nesta perspectiva, os idosos são considerados como grupo vulnerável, pois muitas vezes residem sozinhos ou em áreas mais distantes, e esses fatores afetam o acesso aos alimentos nutritivos, moradias adequadas e cuidados à saúde.¹⁰ Com isso, é possível perceber que as condições de vida da população se mostram como fator determinante para o surgimento de morbidades ou para a prevenção das mesmas.

Em relação ao grau de escolaridade, observou-se que a grande maioria dos idosos (66,27%) possuía o ensino funda-

mental incompleto, sendo que alguns idosos relataram como motivos da não continuidade dos estudos a dificuldade de acesso às escolas e a necessidade de terem que trabalhar para ajudar à família. Vale ressaltar que o baixo grau de escolaridade limita a compreensão de informações importantes para a prevenção de danos à saúde e dificulta o diálogo entre profissionais e pacientes/usuários.

Quanto ao estado civil desses idosos, o estudo demonstrou que a maioria era viúvo (48,19%), destes, a maior prevalência foi entre o sexo feminino, conforme Tabela 1. Neste aspecto, o motivo dos homens apresentarem menor expectativa de vida acaba contribuindo para que haja um maior número de mulheres viúvas. Os fatores que influenciam para o aumento da mortalidade masculina são as neoplasias, os problemas que atingem o aparelho circulatório e respiratório e as causas externas, como a violência.¹⁴ Outros fatores, como a não procura pelos serviços primários de saúde, fazem com que não haja prevenção das doenças que podem surgir neste público, possibilitando o surgimento de agravos.¹⁵ Após a morte dos parceiros, as mulheres apresentam tendência a continuarem viúvas ou a viverem sozinhas, e muitas delas consideram esta condição como uma possibilidade de adquirir maior liberdade e autonomia.¹⁰

Tabela 1 – Distribuição do perfil socioeconômico dos idosos participantes do Centro de Convivência. Campina Grande, 2014

Idade	N	Frequência (%)
60-69	24	28,60
70-79	40	48,00
80-89	19	22,80
Sexo	N	Frequência (%)
Masculino	27	32,53
Feminino	56	67,47
Renda	N	Frequência (%)
Até 1 SM*	61	73,49
De 1 a 2 SM	12	14,46
De 2 a 3 SM	3	3,61
Mais de 3 SM	7	8,43
Escolaridade	N	Frequência (%)
Analfabeto	19	22,89
Ensino Fundamental Completo	6	7,23
Ensino Fundamental Incompleto	55	66,27
Ensino Médio Completo	2	1,20
Ensino Médio Incompleto	1	2,41

(Continua)

(Continuação)

Estado civil	N	Frequência (%)
Casado	18	21,69
Separado	10	12,05
Solteiro	7	8,43
União estável	8	9,64
Viúvo	40	48,19

Fonte: Dados da pesquisa.

O grau de escolaridade e o estado civil dos idosos deste estudo se assemelham a outras pesquisas realizadas no nordeste do Brasil.^{10,12} Alguns mecanismos de estratificação socioeconômicos como renda, escolaridade, sexo, gênero, profissão e condições de moradia são considerados como determinantes de saúde ou como fatores que acarretam suas desigualdades.¹⁶

Para a Organização Mundial da Saúde, o meio onde o idoso está inserido contribui para as alterações que podem surgir nesta fase da vida. Então, considera-se que o ambiente físico é fator determinante tanto na vida saudável quanto no aparecimento de problemas como isolamento, depressão, menor preparo físico e problemas de mobilidade. À medida que as pessoas envelhecem é fundamental oferecer apoio social, oportunidades de educação e proteção contra violência e maus tratos. Os fatores sociais estimulam a saúde, a participação, a segurança e reduzem os riscos de deficiência e morte precoce.¹⁷

O organismo do idoso se torna mais vulnerável a qualquer estímulo devido às alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento. Estas alterações exercem influência nos mecanismos homeostáticos e em sua função orgânica, com isso, eles se tornam mais propensos a desenvolver doenças, como também a síndrome da fragilidade.⁵

A síndrome da fragilidade é uma condição complexa e decorre da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais. Então, a identificação desses fatores, de forma precoce, leva a elaboração de intervenções e condutas mais efetivas.¹⁸ Existe a hipótese de que pode haver duas vias pelas quais o idoso torna-se frágil, a primeira delas seria referente às alterações fisiológicas do próprio envelhecimento e a segunda seria por meio do surgimento de doenças graves ou comorbidades.⁴

Contudo, existe a falta de um consenso acerca da definição da síndrome da fragilidade, o que leva à existência de poucos dados que retratam a incidência e prevalência dessa síndrome em idosos de diferentes populações. Mas sabe-se que essa síndrome está relacionada à presença de comorbidades que vão se acumulando ao longo do processo de envelhecimento e tem associação com a idade do indivíduo, porém não resulta exclusivamente desse processo.

Foi identificada a presença da fragilidade em cinco (6%) dos participantes e a pré-fragilidade em 59 (71,1%). Em se tratando da frequência de fragilidade ou pré-fragilidade em

relação ao sexo dos entrevistados, foi possível observar que das 56 mulheres, 11 eram não frágeis, 42 pré-frágeis e três frágeis. Quanto ao sexo masculino, dos 27 participantes, oito eram não frágeis, 17 pré-frágeis e dois frágeis. Dentre os indicadores avaliados, o prevalente, em ambos os sexos, foi à diminuição da velocidade da marcha (43,4%), da qual apresentou uma média de 6,93 m/s ($\pm 1,75$). Já o menos frequente foi à perda de peso (9,6%), conforme se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2 – Indicadores de Fragilidade dos idosos. Campina Grande, 2014

Perda de peso	N	%
Sim	8	9,6
Não	75	90,4
Fadiga		
Sim	30	36,1
Não	53	63,8
Diminuição da velocidade da marcha		
Sim	36	43,4
Não	47	56,6
Baixo nível de atividade física		
Sim	16	19,3
Não	67	80,7
Níveis de fragilidade		
Não Frágil	19	22,9
Pré-frágil	59	71,1
Frágil	5	06

Fonte: Dados da pesquisa.

Em um estudo realizado pela Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede FIBRA), observou-se que o indicador mais frequente foi a fadiga, o que difere da nossa pesquisa. No entanto, a perda de peso mostrou-se menos frequente nos dois estudos.¹⁹

As incapacidades e as comorbidades que surgem na terceira idade devem ser consideradas como condições distintas em relação à fragilidade, porém, podem ocorrer ao mesmo tempo. Nesse sentido, verificou-se também a presença de doenças entre os idosos, as quais foram avaliadas através de relato verbal, sendo as mais frequentes a hipertensão (59,5%), diabetes mellitus (17,9%); artrose (7,1%); osteoporose (5,9%) e hipercolesterolemia (5,9%).

Dados nacionais revelam que doenças como hipertensão e diabetes se mostram como as principais causas de internação hospitalar em idosos, ocorrendo principalmente em mulheres.¹⁴ Além disso, a artrite e o reumatismo também são bastante frequentes nesta fase da vida.¹³ À medida que o indivíduo envelhece, maiores são os riscos de desenvolver alguma doença crônica, e a hipertensão configura-se como o problema de saúde que mais ocorre entre os idosos de todas as faixas etárias.

A hipertensão e a diabetes são comorbidades que estão fortemente associadas ao estilo de vida da população. Contudo, hábitos saudáveis como alimentação adequada e prática de atividades físicas podem contribuir para a prevenção dessas e de outras patologias que costumam surgir com o avanço da idade. Sendo assim, a avaliação das condições de saúde física serve como indicador para que se possa refletir a respeito dos processos fisiológicos e patológicos envolvidos no desenvolvimento dessas doenças e na funcionalidade de cada indivíduo.¹⁸

Estudos demonstram que há frequente associação entre os casos dessas duas doenças e a presença do sobrepeso em idosos.^{20,21} Um parâmetro bastante utilizado para classificação do estado nutricional da população é o Índice de Massa Corpórea (IMC). A partir desse cálculo é atribuída uma classificação estabelecida para idosos para verificar se estão dentro ou fora dos padrões recomendados.

Para a Organização Mundial da Saúde, o sobrepeso, assim como a obesidade, são considerados importantes problemas de saúde pública, sendo responsáveis pelas cinco principais causas de morte no mundo, e apresentando-se como a terceira em países em desenvolvimento.²² No que se refere à pessoa idosa, as prevalências de excesso de peso e de baixo peso em idosos podem ser explicadas através das condições ambientais, culturais e socioeconômicas de cada município, e que esses fatores podem repercutir no estilo de vida de cada um.²¹

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em todas as regiões brasileiras encontrou uma prevalência de sobrepeso de 30,4% em homens e de 50,2% em mulheres, sendo que o problema foi predominante no sexo feminino.²³ Outros estudos realizados com idosos também evidenciaram que as mulheres apresentam maior frequência de sobrepeso, quando comparado aos homens na mesma faixa etária.^{24,25}

Neste estudo, observou-se que 53,01% dos idosos apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 27 ; 33,73% $22 < \text{IMC} < 27$; e 13,25% $\text{IMC} \leq 22$. A média de peso para o sexo feminino foi de 62,2 Kg ($\pm 10,1$) e para o sexo masculino foi de 67,0 Kg ($\pm 11,5$). Já a média de altura para as mulheres foi de 1,50 m ($\pm 0,07$) e para os homens foi de 1,62 m ($\pm 0,06$). Dentre os itens do fenótipo analisado, o peso é considerado uma informação essencial, principalmente se houver perda de 5% do seu total durante o último ano, como descreve Fried et al.⁴

A fragilidade se relaciona com diferentes tipos de composição corporal e é indicada por valores baixos de IMC.²⁶ Apesar do processo de envelhecimento favorecer os idosos a se tornarem mais vulneráveis ao baixo peso, devido às mudanças no estado fisiológico como a redução da altura, mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo subcutâneo e redução da massa muscular, nesse estudo foi possível averiguar que a maior parte dos idosos apresentou sobrepeso, mesmo sendo a sua maioria classificada como pré-frágil. Esse

dado aponta para a necessidade de se investigar os motivos que estão levando ao desenvolvimento dessa condição.

A média de IMC para as mulheres do presente estudo foi de 27,4 Kg/m², e para os homens foi de 25,9 Kg/m², conforme descrito na Tabela 3. O excesso de peso é encontrado com mais prevalência entre as mulheres, apresentando uma redução conforme o avanço da idade em ambos os sexos. É possível observar, também, que o excesso de peso associa-se positivamente a históricos de doenças como diabetes, hipertensão, dislipidemias, artrite, artrose e polifarmácia.²⁵ O peso apresenta declínio com o avançar da idade, e costuma variar entre os sexos. Em homens ele ganha um platô aos 65 anos, e começa a reduzir a partir de então. Nas mulheres, esse mesmo platô só é atingido aos 75 anos.²⁷

Tabela 3 - Distribuição do IMC de acordo com faixas etárias e sexo dos entrevistados. Campina Grande, 2014

Faixa etária	\bar{X} IMC (Kg/m ²)	Sexo
60 à 69 anos	28,1 Kg/m ²	
70 à 79 anos	27,1 Kg/m ²	F*
A partir de 80 anos	26,9 Kg/m ²	
\bar{X} TOTAL	27,4 Kg/m²	
60 à 69 anos	27,3 Kg/m ²	
70 à 79 anos	25,8 Kg/m ²	M**
A partir de 80 anos	25,6 Kg/m ²	
\bar{X} TOTAL	25,9 Kg/m²	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

*Feminino

**Masculino

\bar{X} Média

Pesquisa realizada para avaliar o estado nutricional de idosos explica que o sexo feminino, analfabetismo, doença crônica e baixo poder aquisitivo elevam os riscos nutricionais. Esses resultados nos possibilitam observar que as condições socioeconômicas exercem influências importantes no estado nutricional de pessoas idosas.²⁴ A tendência que as mulheres idosas apresentam em acumular mais gordura abdominal, possuir diferenças na ingestão alimentar e ter maior expectativa de vida, quando comparadas aos homens, pode ser uma possível explicação para a maior prevalência de sobrepeso neste público.²³

Estudo demonstrou que idosos com sobrepeso, quando comparados com pessoas eutróficas e de baixo peso na mesma faixa etária, apresentaram maior probabilidade para incapacidades funcionais. Foi observado também que esses idosos levavam mais tempo para realizarem teste, onde deviam caminhar por três metros.²⁸

O envelhecimento faz com que os passos dos idosos tornem-se mais lentos e curtos, e isso ocorre devido à busca de melhor estabilidade e equilíbrio.²⁹ Somado a isso, a perda de massa e força muscular são descritas em outros estudos como fatores que influenciam na velocidade da marcha.^{4,18,30}

Contudo, nesse estudo observou-se que não houve significância estatística entre as variáveis idade e redução da velocidade da marcha ($p = 0,365$).

Dentre os idosos que apresentaram sobrepeso (IMC ≥ 27), foi possível observar que 88,6% foram classificados dentro do grupo de idosos que realizavam atividades físicas rotineiramente. Esse dado nos leva a refletir sobre dois aspectos, os hábitos alimentares e a prática de atividades físicas entre esses idosos, visto que essa população encontra-se acima do peso e ao mesmo tempo realizam exercícios físicos diariamente.

Tal fato teria duas possíveis explicações, a primeira estaria ligada à influência cultural, onde esses idosos foram habituados a uma alimentação farta devido ao gasto calórico que demandava a atividade laboral realizada por eles quando jovens, como a agricultura. Apesar de não exercer mais essas atividades, os idosos permaneceram com os mesmos hábitos alimentares, o que justificaria o aumento do peso corporal. A segunda estaria relacionada à prática de exercício físico, a qual não supriria o ganho calórico, visto que muitos idosos optam por realizar esses exercícios como forma de lazer, não sendo, portanto, executadas de forma mais intensa, impossibilitando, com isso, a manutenção de um peso adequado.

Nesse contexto, vale reforçar que a implantação de programas de atividades físicas direcionadas aos idosos deve ser realizada de forma eficiente a partir da elaboração de metas que busquem melhorar a capacidade física dos idosos, principalmente àqueles com mais idade, sensibilizando-os sobre a importância dessa prática para a melhoria da qualidade de vida.³¹

Estudos vêm apontando com frequência o número de idosos sedentários, entretanto, essa informação diverge entre outras pesquisas.^{32,33} O sedentarismo é considerado um importante fator de risco para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis e deve ser combatido principalmente nas populações mais vulneráveis, como àquelas consideradas de baixa renda.³³

O sedentarismo pode ocorrer por diversos fatores, dentre eles podemos citar a falta de hábito de realizar exercícios físicos, a ausência de incentivo por parte de pessoas próximas, ou até mesmo devido às limitações funcionais que os idosos apresentam para a prática desse tipo de atividade. Essas condições podem levar ao aumento de peso, trazendo complicações ainda mais sérias. Pesquisa adverte que estudar as associações existentes entre incapacidades funcionais e o estado nutricional dos idosos é fundamental para o entendimento acerca de como esses indivíduos estão vivendo.²⁸

Estudiosos alertam para a necessidade de se conhecer mais sobre o envelhecimento, bem como as repercussões e os impactos que podem ser provocados no sistema de saúde do Brasil, tendo em vista o crescimento esperado para os próximos anos. Os especialistas apontam ainda que a promoção da saúde pode minimizar os impactos que podem ser provocados nos serviços de saúde.²³ Nesta perspectiva, vale salientar que o controle do peso e a prevenção de doenças,

à medida que o indivíduo envelhece, são condutas bastante importantes para que o idoso mantenha uma vida saudável.²⁵

A partir da aplicação do teste t encontrou-se diferença significativa entre as variáveis de idade e baixo nível de atividade física ($p = 0,016$), reforçando a evidência de que quanto maior a idade do indivíduo, menor é a prática de atividade física realizada. Contudo, não ocorreu diferença significativa entre as variáveis de sexo e baixo nível de atividade física, porém, essa condição entre os sexos costuma variar de acordo com cada população estudada.

Nesse sentido, estudos vêm apontando que é bastante frequente o número de idosos sedentários, entretanto, essa informação diverge entre outras pesquisas.^{32,33} O sedentarismo é considerado como um importante fator de risco para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis e deve ser combatido principalmente nas populações mais vulneráveis, como àquelas consideradas de baixa renda.³³

Além disso, o envelhecimento faz com que os passos dos idosos tornem-se mais lentos e curtos, e isso ocorre devido à busca de melhor estabilidade e equilíbrio.²⁹ Somado a isso, a perda de massa e força muscular são descritas em outros estudos como fator que influencia na velocidade da marcha.^{5,18,30} Contudo, nesse estudo observou-se que não houve significância estatística entre as variáveis de idade e redução da velocidade da marcha ($p = 0,365$).

CONCLUSÃO

Os centros de convivência se mostram ótimos espaços para o desenvolvimento de atividades voltadas à melhoria da qualidade de vida dos idosos, no que diz respeito à interação social, participação em atividades de lazer e no desenvolvimento de atividades físicas. Contudo, torna-se fundamental um planejamento eficiente das atividades que são desenvolvidas para este público.

Apesar dos idosos participantes do estudo se mostrarem ativos e inseridos em diversas atividades, observou-se que a maioria já se encontra em pré-fragilidade, o que reforça a importância de rever e acompanhar os hábitos alimentares e a forma como as atividades físicas estão sendo realizadas, a fim de que tragam benefícios à sua saúde física e mental.

Foi possível constatar que grande parte da população estudada encontra-se em situação de sobrepeso, mesmo não sendo classificados como sedentários. Portanto, para que os agravos associados à síndrome da fragilidade sejam prevenidos, é fundamental que se invista ainda mais em serviços que proporcionem, além do lazer, educação em saúde, exercícios físicos, alimentação saudável e acompanhamento multiprofissional periódico a partir de ações planejadas pelos profissionais e executadas de forma eficaz pela população idosa.

Ainda não há uma explicação uniforme sobre os fatores que provocam alterações tanto de ganho quanto de perda de peso em idosos. Isso vem ocorrendo devido às limitações apresentadas pelas pesquisas transversais. Diante disso, surge a necessidade da realização de estudos longitudinais para

melhor avaliação dos fatores que levam muitos idosos a apresentarem sobrepeso ou mesmo redução de peso, ainda que estejam expostos às mesmas condições sociais e econômicas.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Voluntário de Iniciação Científica e a Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão pelo estímulo ao desenvolvimento dessa pesquisa;

Aos idosos, funcionários e coordenação do Centro Municipal de Convivência da Pessoa Idosa do município de Campina Grande pela autorização, apoio e contribuição.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União; 3:1.
2. Tribess S, virtuoso Lunior JS, Oliveira RJ. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. Rev Assoc Med Bras Online 2012; 58(3): 341-7.
3. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Rev Ciênc saúde coletiva Online 2012; 17(1): 231-8.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56(3):146-56.
5. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: DF; 2007.
6. Dean AG, Sullivan KM., Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. [Internet]. [citado 2013 Dec 20]; 2006. Disponível em: www.OpenEpi.com.
7. Batistoni SST, NERI AL, CUPERTINO APFB. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2007; [citado 2013 Dec 20]; 41(4):598-605. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400014>.
8. Lustosa LP, Pereira DS, Dias RC, Britto RR, Paretoni NA, Pereira LSM. Tradução e adaptação transcultural do Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire em idosos. Geriatr & Gerontol 2011; 5(2): 57-65.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012; Seção 1.
10. Batista NNLA, Vieira DJN, Silva GMP. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina-PI. Enf em Foco 2012; 3(1): 07-11.
11. Cardoso MBR, Lago EC. Alterações bucais em idosos de um centro de convivência. Rev Paraense de Med 2010; 24(2).
12. Silva TCL, Costa ECC, Guerra ROG. Resistência aeróbia e força de membros inferiores de idosos praticantes e não praticantes de ginástica recreativa em um centro de convivência. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol 2011; 14(3): 535-42.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. Acessado em: 14/07/2014. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf.
15. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: DF; 2008.
16. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc saúde coletiva.2012; 17(1): 123-133. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>. Acessado em: 20/12/2013.
17. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization.Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
18. Macedo C, Gazzola JM, Najas M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. Arq. Bras. de Ciênc. da S 2008; 33(3): 177-184.
19. Costa TB, Neri AL. Medidas de atividade física e fragilidade em idosos: dados da FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2011; 27(8):537-1550.
20. Basler TC, Lei DLM. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). Rev. Nutr 2008; 21(3):311-321.
21. Fares D, Barbosa AR, Borgatto AF, Coqueiro RS, Fernandes MH. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras 2012;58(4): 434-441.
22. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
23. Campos MAG, Pedroso ERP, Lamounier JÁ, Colosimo EA, Abrantes MM, et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos. Rev Assoc Med Bras 2006; 52(4): 214-221.
24. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Amendola F. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(4):1046-51.
25. Nascimento CM, et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública Online 2011; 27(12): 2409-2418.
26. Moretto, MC, Alves RMA, Neri AL, Guariento ME. Relação entre estado nutricional e fragilidade em idosos brasileiros. Rev Bras Clin Med 2012; 10(4): 267-71.
27. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995.
28. Soares LDA, et al. Análise do desempenho motor associado ao estado nutricional de idosos cadastrados no Programa Saúde da Família, no município de Vitória de Santo Antão/PE. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [citado 2014 Set 25]; 17(5): 1297-1304. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500023>.
29. Moreira MA, Oliveira BS, Moura KQ, Tapajós DM, Maciel ACC. A velocidade da marcha pode identificar idosos com medo de cair? Rev Bras Geriatr Gerontol 2013; 16(1): 71-80.
30. Silva TO, Freitas RSE, Monteiro MR, Borges SM. Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. Rev Bras Clin Med 2010; 8(5): 392-398.
31. Binotto MA, Borgatto AF, Farias SF. Nível de atividade física: questionário internacional de atividades físicas e tempo de prática em mulheres idosas. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol 2010; 13(3):425-434.
32. Zaitune MPA, Barros MBA, César CG, Carandina L, Oldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 23(6): 1329-1338.
33. Alves JGB, et al. Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas de saúde com e sem Programa Saúde da Família em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública 2010; 26(9): 543-556.

Recebido em: 31/05/2015

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 08/01/2016

Publicado em: 08/01/2017

Autor responsável pela correspondência:

Gerlane Ângela da Costa Moreira Vieira
Rua Antônio de Souza Lopes, 100, apto 403A
Bairro do Catolé. Campina Grande/PB, Brasil
CEP: 58410-180