

NIVEL DE ATIVIDADE FÍSICA ENTRE IDOSOS EM UMA CIDADE DO ALTO SERTÃO PARAIBANO-PB

PHYSICAL ACTIVITY LEVEL AMONG THE ELDERLY IN A CITY FROM ALTO SERTÃO PARAIBANO-PB

Rafaela Tayane Alves de Amorim¹
Renata Livia Silva Fonsêca Moreira de Medeiros²
Ocilma Barros de Quental³
Wilkslam Alves de Araújo⁴
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁵

RESUMO: Introdução: o envelhecimento é um processo natural da vida, onde ocorre uma série de alterações no organismo, vários desgastes em sistemas funcionais e mudanças nas funções e estrutura do corpo, e tudo isso ocorre de forma progressiva e irreversível. **Objetivo:** verificar o nível de atividade física entre idosos em uma cidade do alto sertão paraibano. **Metodologia:** estudo de campo de caráter descritivo e transversal com abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Saúde da Família João Bosco Braga Barreto em Cajazeiras-PB. A coleta de dados foi feita em agosto e setembro de 2015, por meio de um questionário semiestruturado validado por Linda Fried. A amostra foi composta por 100 idosos que se enquadraram nos critérios de inclusão, de acordo com a definição proposta pelo Ministério de Saúde de que idosos são pessoas com 60 anos ou mais, autônomos ou independentes, conscientes e orientados; e como critérios de exclusão, dependentes, desorientados e inconscientes. Projeto aprovado pelo comitê número 236.687. Os dados foram analisados por meio do programa SPSS, versão 21. E segue os critérios da resolução 466/12. **Resultados:** verificou-se que, com a análise dos dados sócio demográficos, a maioria dos idosos é do sexo masculino (66%); quanto à idade, 80 a 100 anos (51%), casados (47%), não assinam o nome (54%), renda de um salário mínimo (63%) e moram duas pessoas (50%). Em relação aos dados nutricionais, (71%) estão com o peso entre 60 e 80kg, (50%) possuem altura de 1.55 a 1.70 e o IMC, (67%) de 25 a 27. Na descrição do uso de drogas lícitas, (45%) são ex-tabagistas e (65%), ex-etilistas. Em relação às doenças crônicas, (59%) dos idosos são hipertensos, (28%) têm diabetes, (29%),

¹ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB.

² Enfermeira. Docente FSM-PB. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Doutoranda em Ciências da Saúde pela FMABC-Paulista.

³ Enfermeira. Docente FSM-PB. Mestre em Ciências da Saúde pela FMABC-Paulista.

⁴ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem-UFPB. Especialista em Saúde Pública- FACISA. Professora Faculdade Santa Maria - FSM/PB.

artrite, e (8%), doenças do coração. Verifica-se, ainda, a fragilidade em atividade física nos idosos, com (35%). Não foi encontrada uma associação significativa entre fragilidade em atividade física e dados sócio demográficos. Apenas (44%) dos idosos que não assinam o nome têm fragilidade em atividade física. **Considerações finais:** o presente estudo alcançou seus objetivos, sendo possível avaliar o nível de atividade física nos idosos, onde (35%) apresentaram fragilidade em exercício. Em relação aos dados sócio demográficos e fragilidade em atividade física, não houve associação significativa.

Descritores: Atividade física; Envelhecimento; Idosos; Qualidade de vida.

ABSTRACT: Introduction: aging is a natural process of life, where there is a series of changes in the body, various abrasions in the functional systems and changes in the functions and structure of the body, and all of that occurs progressively and irreversibly. **Objective:** To check the level of physical activity among older adults in a city of Alto Sertão Paraibano. **Method:** Descriptive and transversal field study, with a quantitative approach, conducted at the Family Health Unit João Bosco Braga Barreto in Cajazeiras-PB. Data collecting was made in August and September 2015, using a semi-structured questionnaire validated by Linda Fried. The sample consisted of 100 seniors who met our inclusion criteria, according to the definition proposed by the Ministry of Health that elderly people are 60 years old or more, independent or autonomous, conscious and oriented; and exclusion criteria, dependent, disoriented and unaware. Project approved by the committee number 236,687. The data were analyzed using the SPSS software, version 21. Following the criteria of the Resolution 466/12. **Results:** it was found that, with the analysis of socio demographics data, most seniors are male (66%), and 80-100 years (51%), married (47%), do not sign the name (54%), income of a minimum wage (63%) and two people live together (50%). Regarding the nutritional data, (71%) are weighing between 60 and 80kg, (50%) have height from 1.55 to 1.70 and BMI, (67%) from 25 to 27. At the description of the use of licit drugs, (45%) are former smokers, and (65%), ex-alcoholic. Regarding chronic diseases, (59%) of the elderly are hypertensive, (28%) have diabetes, (29%), arthritis, and (8%), heart disease. It is also noticed the weakness in physical activity in the elderly (35%). There was no significant association between frailty in physical activity and socio demographic data. Only (44%) of seniors who do not sign the name has weakness in physical activity. **Final thoughts:** This study achieved its goals, being possible to evaluate the level of physical activity in the elderly, which (35%) had weakness in exercises. Regarding the socio demographic data and weakness in physical activity, there was no significant association.

Keywords: Physical activity; Aging; Elderly; Quality of life.

INTRODUÇÃO

No século XX, principalmente após a década de 50, ocorreu uma mudança na pirâmide etária mundial. O processo de envelhecimento, que antes era restrito aos países desenvolvidos, principalmente nos EUA, está acontecendo nos países em desenvolvimento e de forma mais rápida. Dentre os países que apresentam maior índice de crescimento da população idosa, encontra-se o Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

O país mencionado possui um dos maiores índices de envelhecimento. As alterações na dinâmica populacional são nítidas, óbvias e irreversíveis. Desde os anos 1940, as taxas mais altas de crescimento populacional têm sido constatadas na população idosa. Na década de 50, sua taxa de crescimento atingiu valores superiores a 3% ao ano, chegando a 3,4%, entre 1991 e 2000. Ao compararmos, em um intervalo de 25 anos (1980 a 2005), o crescimento da população idosa e da população total, observamos que o crescimento da população idosa foi de 126,3%, e o crescimento da população total foi de apenas 55,3%. Nesse intervalo, o segmento de 80 anos ou mais cresceu a um ritmo relativamente maior do que a população idosa total, apresentando um crescimento de 246,0% (KUCHEMAN,2012).

A chegada da terceira idade é um processo natural e manifesta-se pela diminuição das funções de diversos órgãos. O envelhecimento é um processo que provoca mudanças e desgastes em vários sistemas funcionais, e ocorre de forma progressiva e irreversível. Quando estas alterações surgem, são percebidas e como evoluem, diferencia-se de um indivíduo para outro. O envelhecer é um processo natural, e uma das fases que necessitam de cuidados, dentre os quais destaca-se a prática de atividade física (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A Atividade Física (AF) praticada regularmente surge como um meio de promoção de saúde e qualidade de vida. Em relação aos programas mundiais de promoção de saúde, os cientistas ressaltam cada vez mais sua precisão como parte fundamental, pois, neste novo milênio, a falta desta é considerada um grande

problema de saúde pública. Há evidências epidemiológicas que sustentam o efeito positivo de um estilo de vida ativo, e da participação dos indivíduos em programas de exercícios físicos, na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento. (SALIN *et al.*, 2011).

Considerando a correlação entre atividade física e qualidade de vida na terceira idade, sabe-se dos benefícios que a mesma pode trazer àqueles que praticam regularmente, como prolongar os anos de vida com boa saúde, combater o sedentarismo, melhorar todas as funções do corpo, prevenir doenças, entre outros. Apesar de ser um assunto bem explanado na questão de políticas públicas, ainda existem muitos idosos que não têm esse conhecimento, por diversos motivos, como moradias de difícil acesso, descaso dos familiares, isolamento, desinteresse por parte deles e, também, dos profissionais da saúde em cumprir o seu papel, sem dar a devida importância à questão.

Assim, o estudo tem como objetivo verificar o nível de atividade física entre idosos em uma cidade do alto sertão paraibano.

METODOLOGIA

Refere-se a um estudo de campo, de caráter descritivo e transversal, com abordagem quantitativa. Realizado com idosos da Unidade de Saúde da Família João Bosco Braga Barreto, na Rua Luiz Paulo Silva, nº 92, Bairro Capoeira, localizada na Zona Urbana no município de Cajazeiras, sendo a equipe formada por um médico, um dentista, uma enfermeira, uma técnica bucal, uma técnica de enfermagem, 11 agentes comunitários de saúde, dois agentes administrativos, um auxiliar de serviços gerais e dois vigilantes noturnos. Esta USF pertence ao segmento 01, área 006, e abrange 11 micro áreas, prestando assistência a aproximadamente 1.285 famílias, com um total de 3.945 pessoas.

A população foi constituída por 476 idosos cadastrados na unidade, e a amostra foi composta pelos que se enquadravam nos critérios de inclusão, totalizando 100. Como critério de inclusão, foi adotada a definição proposta pelo

Ministério de Saúde de que idosos são pessoas com 60 anos ou mais, autônomos ou independentes, conscientes e orientados; e como critérios de exclusão, idosos dependentes, desorientados e inconscientes.

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2015, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, número N° 466/12 e a autorização do responsável pelo local da pesquisa - TCLE, a partir da aplicação do questionário semiestruturado validado por Linda Fried *et al.* (2001), composto por : avaliação de peso, exaustão (auto relato de fadiga na semana anterior), força de preensão manual, nível de atividade física (*Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire*) e tempo de caminhada (tempo de caminhada para percurso de 4,5m).

Para o estudo, foi utilizada a variável: (4) Baixo nível de atividade física medida pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no auto relato das atividades e exercícios físicos realizados, através do *Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire*), aplicada pelos pesquisadores junto aos idosos na unidade e nas residências. Antes da aplicação dos critérios de fragilidade, foi realizado um contato com os idosos, onde os mesmos foram informados sobre os objetivos do estudo, e foi apresentado o TCLE.

Os dados foram analisados no SPSS (versão 21), e utilizou-se de estatísticas descritivas de frequência e porcentagem. Como teste inferencial para a associação entre fragilidade em atividade física e as demais variáveis, Adotou-se o teste de qui-quadrado de Pearson (χ^2) e, quando necessário, o teste exato de Fisher, com significância estatística aceita menor ou igual a 5%, ou seja, $p \leq 0,05$. Os resultados estão apresentados em tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A tabela 1 apresenta a descrição dos dados demográficos. Mostra que a maioria da amostra pertence ao sexo masculino (66%), com idade entre 80 e 100

anos (51%), casados (47%), não assinam o nome (54%), renda de um salário mínimo (63%) e duas pessoas residentes na casa (50%).

Tabela 1. Descrição dos dados demográficos.

		F	%
Sexo	Masculino	66	66,0
	Feminino	34	34,0
Idade	60 a 80 anos	43	43,0
	80 a 100 anos	51	51,0
	Mais de 100 anos	06	6,0
Estado Civil	Casado	47	47,0
	Solteiro	08	8,0
	Viúvo	41	41,0
	Divorciados	04	4,0
Nível de escolaridade	Frequentou escola	23	23,0
	Sabe ler mais não frequento a escola	02	2,0
	Não assina o nome	21	21,0
Renda	1salário	63	63,0
	2 salários	35	35,0
	3 salários	02	2,0
	1 pessoa	13	13,0
Nº de pessoas	2 pessoas	50	50,0
	3 pessoas	36	36,0
	4 ou mais pessoas	01	1,0

Fonte: Coleta de dados (2015).

Dos 100 idosos entrevistados, houve prevalência do sexo masculino, com (66%), ao contrário de outros estudos, em que a *feminização* predomina; isso é uma característica comum do envelhecimento populacional, mas essa predominância do público feminino tem como consequência o esquecimento da população masculina, que precisa de uma atenção diferenciada e intervenções no processo saúde doença.

Lourenço; Lins, (2010), diz que, em relação ao homem, verifica-se que a diminuição da sua mortalidade foi mais lenta e sempre menor do que a observada no sexo feminino; como decorrência, atualmente, a vida média masculina é comparativamente menor em todas as regiões do Brasil. É de se destacar, e de grande interesse para a saúde, pois, em relação aos serviços de saúde, os homens procuram menos, em virtude do pressuposto de que há desvalorização com o

autocuidado e precariedade nas unidades de saúde quanto ao gênero. As alternativas de serviços de saúde pelos homens são a farmácia e os exames rotineiros exigidos pelas empresas empregadoras.

A média da idade encontrada entre os entrevistados foi na faixa etária de 80 a 100 anos (51%). O envelhecimento é um processo natural, que se manifesta de diversas formas no organismo e provoca muitas transformações.

Para Oliveira *et al* (2010), o envelhecimento populacional está ocorrendo em um contexto de grandes mudanças sociais, culturais, econômicas, institucionais, no sistema de valores e na configuração dos arranjos familiares. Para o futuro próximo, espera-se um crescimento a taxas elevadas da população muito idosa (80 anos e mais), como resultado das altas taxas de natalidade observadas no passado recente e da continuação da redução da mortalidade nas idades avançadas. No entanto, a certeza do crescimento desse segmento populacional está sendo acompanhada pela incerteza das condições de cuidados que experimentarão.

Em relação ao estado civil, (47%) são casados, o que evidencia que, neste momento da vida, estar acompanhado é visto como uma forma de proteção, pois, nessa fase, surgem vários sentimentos, como medo, insegurança, dependência, tristeza, impaciência, angústia, invalidez, então, ter uma companhia se torna essencial para poder dividir, minimizar ou até mesmo superá-los.

A presença de um companheiro para as atividades diárias e de relações sociais próximas, como vizinhos, familiares e grupos comunitários, é de grande importância para a saúde do idoso e contribui para sua autoestima, autonomia e bem-estar. O isolamento social e a solidão estão diretamente ligados ao declínio das saúdes física e mental de forma rápida (DEL DUCA *et al*, 2012).

Referente ao nível de escolaridade, (54%) não assinam o nome; essa prevalência não significa que são todos analfabetos; têm a opção de não ter uma boa caligrafia, não enxergar com nitidez, não segurar com firmeza a caneta, consequências da longevidade.

O alto percentual de idosos com baixa escolaridade, está relacionado com a organização social no passado que, culturalmente, dificultava o acesso à escola, acreditando que não era necessário o estudo e, sim, o trabalho. A baixa escolaridade tem sido comumente associada a desfechos negativos à saúde do

idoso, como maior fragilidade, problemas de saúde mental e maior carga de doenças crônicas. Em contrapartida, a oportunidade de acesso aos meios de alfabetização, além de ser uma ação de cidadania, pode propiciar maior receptividade dos idosos aos programas de promoção em saúde (DEL DUCA *et al*, 2012).

A renda que mais predominou, com (63%), foi de um salário mínimo, que corresponde à aposentadoria, pois a média de idade dos idosos entrevistados era de 80 a 100 anos e, conseqüentemente, todos aposentados, sendo a única fonte de renda, de forma que a mesma influencia fortemente na saúde do idoso, pois, nessa fase da vida, há muitos gastos, não só com as necessidades do lar, mas outros gastos que são necessários para garantir uma velhice saudável.

A aposentadoria torna-se uma garantia fixa para o atendimento das necessidades básicas e essenciais, não sendo suficiente, muitas vezes, tanto pelo valor e quanto aos idosos assumirem responsabilidades financeiras, com a intenção de ajudar, tornando-se provedores do sustento de filhos e netos. E, assim, com rendimentos insuficientes, os idosos ficam mais vulneráveis a doenças ou ao agravamento das patologias já existentes, pois não suprem com suas necessidades (CLARES *et al*, 2011).

Bem como a porcentagem de idosos casados prevaleceu, na quantidade de moradores, não foi diferente: (50%) possuem duas pessoas por residência, ou seja, o casal. Logo, podemos observar que há pouco vínculo dos casais idosos com seus familiares, sabendo que é de extrema importância uma convivência de amor, carinho, atenção e afeto.

As relações familiares constituem aspectos fundamentais para o bem-estar dos seres humanos. A família é um sistema complexo composto por várias relações interpessoais, como esposa e marido, pais e filhos, irmãos e irmãs, avós e netos, e é a principal fonte de cuidados para o idoso. Então, um ambiente familiar com relações saudáveis é muito importante para os sentimentos de enfrentamento das situações do dia a dia, e do sentimento de solidão que pode surgir na velhice. E a falta de vínculo pode refletir na qualidade de vida dos idosos (INOUYE *et al*, 2010).

A tabela 2 faz descrição dos dados nutricionais. Verificou-se que a maioria dos idosos possuem o peso entre 60 e 80kg (71%), a metade apresentou altura de 1,55 a 1,70 (50%) e o IMC, de 25 a 27 (67%).

Tabela 2. Descrição dos dados nutricionais

		F	%
Peso	Entre 40 e 60 Kg	13	13,0
	Entre 60 e 80 Kg	71	71,0
	Maior que 80 Kg	16	16,0
Altura	1,40 a 1,50	48	48,0
	1,55 a 1,70	50	50,0
	Maior que 1,70	2	2,0
IMC	25 a 27	67	67,0
	27 a 30	18	18,0
	Maior que 30	15	15,0

Fonte: Coleta de dados (2015).

Em relação ao peso, (71%) dos idosos possuem entre 60 e 80 kg, O envelhecimento da população brasileira é irreversível, existindo um crescente interesse em identificar fatores que tornam o envelhecimento sadio. O controle do peso é um desses fatores, pois, através dele, podem ser identificadas a obesidade ou a desnutrição nos idosos.

Freitas *et al* (2011) diz que a avaliação nutricional do idoso deve considerar todas as peculiaridades desse grupo, observar todas as alterações físicas e fisiológicas apresentadas pelo indivíduo. A avaliação do estado nutricional abrange vários métodos e técnicas, dentre os quais se destaca a avaliação do consumo alimentar. Alimentação saudável é aquela constituída por alimentos variados de origem vegetal e animal, em quantidades adequadas aos indivíduos.

Quanto à altura metade (50%) apresentou 1,55 a 1,70cm. A altura é um dado importante, pois, na fase idosa, com o passar do tempo, o sistema muscular esquelético, ligado a diversas funções importantes do organismo, sofre alterações.

A diminuição da estatura ocorre devido à atrofia muscular, pela perda gradativa e seletiva das fibras esqueléticas, de forma que ocorre a diminuição do arco medial do pé, por um aumento das curvaturas da coluna, bem como pela diminuição no tamanho da coluna vertebral, aspectos decorrentes da perda de água dos discos intervertebrais, ocasionada pelos esforços que muitos seres humanos

fazem no decorrer das suas vidas. O número de fibras musculares no idoso é aproximadamente 20% menor do que no adulto (VIRTUOSO- JUNIOR; OLIVEIRA-GUERRA, 2010).

O IMC, também conhecido como índice de Quételet, é utilizado na avaliação do estado nutricional dos indivíduos. Este estudo apresentou valores de 25 a 27 (67%). O adequado estado nutricional ao longo da vida pode ser considerado um dos fatores que determinam a longevidade bem sucedida. O processo de envelhecimento é associado a diversas alterações fisiológicas, que podem ter importantes implicações sobre o estado nutricional.

Quando se fala em avaliação geriátrica, a avaliação do estado nutricional é um dos itens primordiais, é importante ficar atento aos indicadores, pois pode detectar um quadro precoce de desnutrição ou obesidade. A avaliação nutricional do idoso apresenta características particulares que a diferenciam daquela dos demais grupos populacionais. A diminuição do IMC, com o avançar da idade, pode ser atribuída à redução da massa muscular corporal e à diminuição da quantidade de gordura corporal, o que ocorre depois dos 70 anos (SOUZA *et al*, 2013).

A tabela 3 apresenta a descrição dos dados relativos ao uso de drogas lícitas. De acordo com a amostra, (45%) são ex-tabagistas e (65%), ex-etilistas.

Tabela 3. Descrição dos dados relativos ao uso de drogas lícitas.

		F	%
Tabagismo	Ex-tabagista	45	45,0
	Não tabagista	14	14,0
	Tabagista	41	41,0
Etilismo	Ex-etilista	65	65,0
	Não etilista	15	15,0
	Etilista	20	20,0

Fonte: Coleta de dados (2015).

Dos 100 idosos entrevistados, (45%) são ex-tabagistas, e (65%), ex-etilistas, o que mostra maior preocupação por conta do avanço da idade e que, nessa fase do envelhecimento, precisam de cuidados mais especiais com a saúde, onde a exclusão do álcool e do tabaco é de extrema importância e necessidade, mas (41%) ainda são tabagistas, dado não positivo, pois o tabagismo é um dos mais

importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, neoplasias, e patologias respiratórias.

Os idosos ainda fumantes são pouco motivados a parar de fumar, subestimando os riscos e considerando-se relativamente imunes aos prejuízos causados pelo cigarro (ZAITUNE *et al*, 2012).

A tabela 4 apresenta uma descrição das doenças crônicas. Verificou-se que (59%) possuem hipertensão, (28%), diabetes, (29%), artrite, e (8%), doenças do coração.

Tabela 4. Descrição das doenças crônicas.

		F	%
Hipertensão	Sim	59	59,0
	Não	41	41,0
Diabetes	Sim	28	28,0
	Não	72	72,0
Artrite	Sim	29	29,0
	Não	71	71,0
Doenças do Coração	Sim	08	8,0
	Não	92	92,0

Fonte: Coleta de dados (2015).

Com a taxa de (59%), houve prevalência da hipertensão entre os idosos, e (41%) não possuem a patologia, porém mais da metade possui, sendo um dado preocupante, pois, devido a sua alta prevalência e sua relação causal com todas as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial é o principal fator de risco para a mortalidade em todo o mundo, revelando-se como importante problema de saúde pública.

Esperandio *et al* (2013) diz que, embora seja apontado que doenças e limitações não são resultados inevitáveis do envelhecimento, existem amplas evidências de que alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), a principal doença crônica nessa população. Estima-se que, no Brasil, mais de 60% dos idosos sejam hipertensos. Nesse contexto, a HAS, além de ser um dos principais fatores de risco para a mortalidade nessa faixa etária, também causa prejuízo à qualidade de vida, fato que muitas vezes retira o valor da longevidade conquistada. A chegada da

terceira idade propicia alterações estruturais e funcionais no sistema cardiovascular, predispondo ao desenvolvimento da HAS.

De acordo com a amostra, (28%) dos idosos têm diabetes mellitus, que está entre as doenças crônicas que representam um grave problema de saúde pública pela alta prevalência no mundo, e maior entre os idosos, pela morbidade e por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular.

O aumento da prevalência do diabetes em países em desenvolvimento vem sendo observado nas últimas décadas. Isto é decorrente, em grande parte, do acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica nesses países. Essa doença é de importância para a população idosa pela elevada frequência de ocorrência e pelo fato de acarretar complicações macrovasculares (doença cardiovascular, cerebrovascular e de vasos periféricos) e microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Essas complicações contribuem para a queda da qualidade de vida dos idosos. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 180 milhões de pessoas têm diabetes e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030. Nesse cenário, o Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos, e a predominância ocorrerá, principalmente, nas faixas etárias mais altas (MENDES *et al*, 2011).

Doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica, representam um importante problema de saúde pública para o Brasil, e são os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (FREITAS; GARCIA, 2012).

Dentre as doenças citadas, a artrite, com (29%), merece destaque por representar uma importante causa de diminuição da independência dos idosos, pois a dor articular prejudica a mobilidade e o desempenho de atividades diárias, resultando em dificuldades no autocuidado e prejuízos na qualidade de vida.

De maneira geral, a artrite se inicia com perda da superfície da cartilagem hialina, podendo apresentar-se acompanhada de quadro inflamatório (artrite reumatóide), e comprometimento da extremidade óssea, ocorrendo, principalmente, nas articulações mais expostas à sobrecarga de peso do corpo. O tratamento requer procedimentos cirúrgicos, atendimento multiprofissional por tempo prolongado, além do uso de medicamentos (SANTOS; CARVALHO, 2012).

Em relação às doenças do coração, são diversas, mas, na amostra, apenas (8%) possuem doenças do coração, e (92%) não possuem, então provavelmente as doenças do coração podem estar relacionadas à outra patologia, mas, mesmo com essa baixa porcentagem, requer atenção, pois as maiores causas de mortalidade e morbidade estão ligadas às doenças cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares (DCV) são a primeira causa de morte no Brasil, especialmente entre os idosos. As doenças cerebrovasculares (DCBV) e as doenças isquêmicas do coração (DIC) totalizam mais de 60% dos óbitos por DCV. As doenças cardiovasculares são, também, uma importante causa de incapacidade, essencialmente pelo acúmulo de gorduras na parede dos vasos sanguíneos, a aterosclerose, um fenômeno que tem início numa fase precoce da vida e progride silenciosamente durante anos, e que, habitualmente, já está avançada no momento em que aparecem as primeiras manifestações clínicas. As principais consequências são o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a morte, frequentemente súbitas e inesperadas. A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inadequado e de fatores de risco modificáveis (PÉRISSE *et al.*, 2010).

Diniz; Tavares, (2013), dizem que, com o expressivo aumento da expectativa de vida, a idade tem sido relacionada às elevadas taxas de prevalência das doenças cardiovasculares, como a doença arterial coronariana, a doença arterial periférica, a insuficiência cardíaca, a doença cardíaca valvular e o acidente vascular cerebral. São fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, à obesidade, à ingestão de álcool, ao sedentarismo, à hipertensão arterial, ao Diabetes *Mellitus*, à idade e aos fatores genéticos.

A tabela 5 apresenta que 35% dos idosos apresentaram fragilidade em atividade física.

Tabela 5. Descrição da fragilidade em atividade física.

		F	%
Frágil	Sim	35	35,0
	Não	65	65,0

Fonte: Coleta de dados (2015).

No presente estudo, verificou-se que (35%) da população idosa entrevistada possuem fragilidade em atividade física. Esse valor já é preocupante, pois indica uma considerável prevalência de idosos frágeis. O termo fragilidade vem ganhando destaque nos estudos sobre envelhecimento, por estar associado à idade avançada e às condições socioeconômicas e de saúde desfavoráveis, como renda insuficiente, baixo nível educacional, percepção negativa de saúde, incapacidade funcional, quedas, presença de comorbidades, doenças agudas e hospitalização em populações idosas.

Andrade *et al*, (2012), afirma que os atributos da fragilidade em idosos evidenciados na literatura são: vulnerabilidade a estressores biopsicossociais e ambientais, alterações da marcha, auto relato de fadiga, fraqueza muscular e redução da força de preensão manual (mão dominante).

O início da síndrome da fragilidade nos idosos representa estado de saúde vulnerável, como a baixa tolerância aos estressores físicos e psicológicos, o que aumenta o risco de quedas, a incapacidade funcional, e dependência nas atividades de vida diária. A baixa tolerância aos estressores físicos e psicológicos pode repercutir negativamente na prática das atividades físicas, e sua redução representa um efeito importante na síndrome da fragilidade. A realização de atividade física está associada à qualidade de vida e a melhores indicadores de saúde (LENARDT *et al*, 2013).

A prática de atividade física regular tem-se mostrado protetora contra vários componentes da síndrome de fragilidade na população idosa, incluindo a sarcopenia, comprometimento funcional, desempenho cognitivo e depressão (TRIBESS *et al*, 2012).

A tabela 6 apresenta a associação de fragilidade em atividade física e dados demográficos. Não se verificou associação estatisticamente significativa. A variável que mais se aproximou de significância foi escolaridade com $p = 0,08$. Apenas 44,4% das pessoas que não assinam o nome têm fragilidade em atividade física. Verifica-se, mesmo sem significância estatística, que mais homens possuem fragilidade em atividade física (39,4%), além de pessoas com mais de 100 anos (50%), divorciados (50%), com renda de três salários mínimos (50%), e morando com 4 pessoas ou mais (100%).

Tabela 6. Associação de fragilidade em atividade física e dados demográficos.

		Fragilidade em atividade física		p
		Sim	Não	
Sexo	Masculino	26 (39,4%)	40 (60,6%)	0,13
	Feminino	08 (24,2%)	25 (75,8%)	
Idade	60 a 80 anos	13 (31,0%)	29 (69,0%)	0,64
	80 a 100 anos	18 (35,3%)	33 (64,7%)	
	Mais de 100 anos	03 (50,0%)	03 (50,0%)	
Estado Civil	Casado	18 (38,3%)	29 (61,7%)	0,70
	Solteiro	02 (25,0%)	6 (75,0%)	
	Viúvo	12 (30,0%)	28 (70,0%)	
	Divorciados	02 (50,0%)	02 (50,0%)	
Escolaridade	Frequentou escola	06 (26,1%)	17 (73,9%)	0,08
	Sabe ler mais não frequento a escola	01 (50,0%)	01 (50,0%)	
	Assina o nome	3 (15,0%)	17 (85,0%)	
	Não assina o nome	24 (44,4%)	30 (55,6%)	
Renda	1salário	19 (30,6%)	43 (69,4%)	0,58
	2 salários	14 (40,0%)	21 (60,0%)	
	3 salários	01 (50,0%)	01 (50,0%)	
Nº de pessoas	1 pessoa	07 (53,8%)	06 (46,2%)	0,15
	2 pessoas	17 (34,0%)	33 (66,0%)	
	3 pessoas	09 (25,7%)	26 (74,3%)	
	4 ou mais pessoas	01 (100,0%)	0 (0,0%)	

Fonte: Coleta de dados (2015).

Dos dados apresentados acima, o único próximo ao valor estatisticamente significativo foi em relação à escolaridade, com $p=0.08$. E (44,4%) desses idosos não assinam o nome e possuem fragilidade em atividade física, um valor muito preocupante, pois, se há baixo nível escolar, há analfabetismo, e, assim, falta de informação sobre todos os benefícios que a prática de atividade física pode trazer.

O analfabetismo é um dos exemplos mais graves de exclusão educacional e social. Considerando-se o acesso à educação formal como a possibilidade de ter contato com o conhecimento científico, a literatura, a filosofia, a arte, a vida social, e a linguagem escrita como forma de expressão e comunicação, então, constata-se que não saber ler e escrever significa não dispor dos recursos de interação com o "mundo civilizado" da sociedade ocidental capitalista. A baixa escolaridade ou analfabetismo constitui uma condição social desfavorável para os idosos, pois

dificulta o acesso aos serviços de saúde, à participação social em grupos e atividades que são proporcionadas para os idosos, à compreensão de assuntos que são do seu interesse como o que é a atividade física, para que serve, quais são seus benefícios, sua importância, enfim, prejudica diretamente seu autocuidado (PERES, 2011).

Na associação entre fragilidade em atividade física e dados nutricionais, não houve significância estatística. Verificou-se que existem mais idosos entre 40 e 60 kg, com altura maior que 1,70 metros, e com IMC entre 25 e 27, que apresentam prevalência de fragilidade em atividade física.

Os dados nutricionais influenciam diretamente na fragilidade em atividade física. A associação de fragilidade com baixo peso pode ter relação com a perda de massa muscular muito comum nos idosos. Já a relação com sobrepeso e obesidade pode ser devido ao fato de o excesso de peso estar relacionado à ativação de processos inflamatórios, que desencadeiam alterações sistêmicas, as quais podem influenciar no início do processo de fragilização. Em relação à altura, surgem alterações estruturais musculoesqueléticas que influenciam negativamente na função muscular, comprometendo o desempenho de exercícios físicos. Então os fatores peso, altura e, em especial, o IMC estão altamente associados com a taxa de gordura e aumento de peso ou desnutrição, e, conseqüentemente, levando à perda de massa muscular e, assim, a um declínio da aptidão física, dificuldade de mobilidade, redução da força e fragilidade em atividade física. (MELLO *et al.*, 2014).

A associação entre fragilidade em atividade física e o uso de drogas lícitas não apresentou significância estatística. Os ex-tabagistas tiveram menos fragilidade (24,4%) e, entre os etilistas, praticamente não existiu diferença de porcentagens.

Parar de fumar é uma estratégia importante para reduzir a morbidade e mortalidade, melhora a condição geral de saúde e, para o idoso, significa melhorar sua qualidade de vida diretamente ligada com prática de atividade física e, assim, prolongando a vida e diminuindo a fragilidade, prevenindo-se das doenças que o tabagismo pode causar. Tornar-se um ex-tabagista significa ter uma circulação melhor, mais disposição, ter dentes saudáveis, não ter um envelhecimento precoce, envelhecer de forma saudável, enfim, são inúmeros e enriquecedores os benefícios para os idosos (SERNACHE FREITAS *et al.*, 2010).

Na associação entre fragilidade em atividade física e doenças crônicas, também não se encontrou significância estatística, limitando interpretações para esta amostra. O que se verifica é um percentual um pouco maior de idosos com hipertensão, diabetes e artrite que possuem fragilidade em atividade física.

À medida que o indivíduo envelhece, ocorre o declínio progressivo do metabolismo celular e do funcionamento dos principais sistemas fisiológicos. O sistema musculoesquelético é acometido, de forma que acontece a redução de massa muscular, diminuindo a força muscular, o equilíbrio e, assim, levando os idosos às quedas e à inatividade física. Pode-se explicar o número de idosos que possuem fragilidade em atividade física associada a problemas de saúde, pois a presença de doenças como hipertensão e diabetes representa um fator impeditivo para a prática de atividades físicas, devido à falta do conhecimento dos benefícios do exercício físico no tratamento destas patologias, pois a hipertensão e a diabetes se relacionam a vários fatores de risco, como obesidade e a falta de atividade física regular (SILVA *et al*, 2009).

CONCLUSÃO

A prática da atividade física aliada do idoso auxilia no controle do peso, faz o corpo ter mais energia e, com isso, produz uma sensação de bem-estar, aumenta sua autoestima, melhora o humor e previne o estresse, a ansiedade e a depressão, melhora o funcionamento e resistência cardiovasculares, auxilia a desenvolver músculos, ossos e articulações mais fortes e saudáveis, melhora a flexibilidade, o equilíbrio, ajuda a controlar e reduz, consideravelmente, o risco de desenvolver doenças crônicas como, por exemplo, diabetes, pressão alta, doenças cardíacas, artrite, osteoporose, entre outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, A. N. *et al.* Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, Dec. 2012.

CLARES, J.W.B. *et al.* Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, p.988-94, 2011.

DEL DUCA,G.F. *et al.* Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, vol.46, no.1, 2012.

DINIZ, M.A; TAVARES, D. M .S. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, Dec, 2013.

ESPERANDIO, E.M. *et al.* Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Sept, 2013.

FREITAS, A.M.P. *et al.* Listas de alimentos relacionados ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. **Rev.bras.epidemiol**, São Paulo, vol.14, n.1, 2011.

FREITAS, L. R. S; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, mar. 2012.

INOUE,K. *et al.* Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. **Psicol. Reflex. Crit**, Porto Alegre, vol.23, nº. 3, 2010.

JUSTO, J.S; ROZENDO, A. S. **A velhice no Estatuto do idoso**. Rio de Janeiro, 2010.

KUCHEMANN, B. A. **Envelhecimento Populacional, Cuidado e Cidadania: velhos dilemas e novos desafios**. Sociedade e Estado: Brasília, 2012.

LENARDT, M.H. *et al.* Atividade física de idosos e fatores associados à pré-fragilidade. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 3, 2013.

LOURENÇO, R.A; LINS, R.G. Saúde do homem: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento masculino. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, vol.9, 2010.

MENDES, T.A.B. *et al.* Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência de controle e uso de serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad.Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, Jun, 2011.

MELLO, A. C.*et al.* Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, June 2014.

OLIVEIRA, A. C. *et al.* Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física:uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2010.

PERISSE, G.*et al.* Espaço urbano e a mortalidade por doença isquêmica do coração em idosos no Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 4, 2010.

PERES, M. A.C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Soc. estado.**, Brasília, v. 26, n. 3, Dec. 2011.

SALIN, M. S. *et al.* Atividade Física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, R. *et al.* Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 81-90, Mar. 2013.

SANTOS, D.S; CARVALHO, E. C. Intervenções de enfermagem para o cuidado de pacientes com artrite: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, Dez. 2012.

SERNACHE FREITAS, E. R. F. *et al.* Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, ago. 2010.

SILVA, S. L. A. *et al.* Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de geriatria e gerontologia. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 16, n. 2, June. 2009.

TRIBESS, S. *et al.* Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 3, June. 2012.

VIRTUOSO-JUNIOR, J. S; OLIVEIRA-GUERRA. R. Validade concorrente do peso e estatura auto-referidos no diagnóstico do estado nutricional em mulheres idosas. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 12, n. 1, Feb. 2010.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, Mar, 2012.