

Andréa Carmen Guimarães, Carla Carolina Santos do Nascimento,
Talita Rosa Barbosa, Tielle Alves Souto

Perfil biofísico dos idosos do Centro de Convivência Lar Solidário da cidade de São João del-Rei – MG

Andréa Carmen Guimarães – UFSJ

E-mail: andreaguimaraes@ufs.edu.br

Fone: (32) 9964-7099

Carla Carolina Santos do Nascimento

Graduanda em Educação Física – UFSJ

Fone: (32)8815-1363

Talita Rosa Barbosa

Graduada em Educação Física – UFSJ

E-mail: Talita_rosa@hotmail.com

Fone: (31)9671-9930

Tielle Alves Souto

Graduada em Educação Física – UFSJ

Fone: (33) 8812-2927

Data da recepção: 04/10/2011

Data da aprovação: 28/02/2012

Resumo: Este estudo é devido ao crescimento abrupto da população senescente e o aumento considerável da expectativa de vida da população brasileira e mundial, além da falta de preocupação de os profissionais de Educação Física hoje aplicarem atividades físicas sem conhecer o perfil do seu público cliente. O objetivo é delinear o perfil biofísico dos idosos frequentadores do Centro de Convivência do Lar Solidário de São João del-Rei – MG. A amostra foi constituída de 34 voluntários, sendo 22 do sexo feminino e 12 do sexo masculino; os mesmos possuíam média de idade variando entre 61 e 81 anos. Foram mensuradas as seguintes variáveis: idade, pressão arterial, peso corporal, estatura, cir-

conferências de cintura, abdômen, quadril e de punho (homens). Através dessas variáveis, pudemos calcular os índices IMC, RCQ, %G e IC. A autonomia funcional foi avaliada pela bateria de testes do Grupo de Desenvolvimento Latino-Americano para Maturidade (GDLAM), composta de: caminhar 10 metros (C10), levantar-se da posição sentada (LPS), levantar-se da posição de decúbito ventral (LPDV), levantar-se da cadeira e locomover-se pela casa (LCLC) e o teste de vestir e tirar uma camiseta (VTC). Pudemos perceber que os índices de IMC, RCQ, %G e IC encontram-se entre moderados e elevados, e a hipertensão foi a patologia mais encontrada. No caso dos testes de GDLAM, ocorreu um nível fraco na realização dos testes C10m e LPDV, e níveis satisfatórios nos outros testes. Em virtude dos resultados apresentados, consideramos importante que se conheça o grupo com o qual se trabalha, assim como suas limitações e necessidades.

Palavras chave: Perfil biofísico – Senescente – Autonomia Funcional

Introdução

Um dos grandes fenômenos que vem acontecendo atualmente é o aumento considerável da expectativa de vida da população brasileira e mundial. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2006) corrobora essa afirmação ao explicitar que a população idosa do Brasil soma 19 milhões de pessoas, que corresponde a 10,2% da população total, sendo que, em 1996, esse percentual era de apenas 8,6%. A Organização Mundial de Saúde (2004) ainda aponta que o Brasil está entre os dez países com maior número de pessoas acima de 60 anos.

O aumento desse número de idosos decorre de muitos fatores, merecendo destaque as diversas modificações sociais, ocorridas em particular nos últimos dois séculos (saneamento básico, condições de habitação, diminuição do número de horas de trabalho e melhoria das condições laborais, mecanização da indústria e da agricultura, melhor nutrição), associadas a inovações na área da saúde (vacinação, novos medicamentos, com destaque para a descoberta e comercialização dos antibióticos, cuidados médicos e cirúrgicos adequados) permitiram que um maior número de pessoas alcançasse a senescência (GALVÃO, 2006).

Desta forma Hallal (2007) acredita que o envelhecimento pode estar associado ao aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas provocando, assim, a necessidade da preparação e adequação dos serviços de saúde, incluindo a formação e capacitação de profissionais para o atendimento dessa nova demanda. Assim a preocupação em possibilitar aos idosos uma velhice saudável se tornou ainda maior e as casas de Apoio ao

idoso e os Centros de Convivência tem se expandido de forma satisfatória. No Brasil os Centros de Convivência têm ganhado bastante destaque nos últimos anos. Esses Centros procuram trabalhar questões físicas, sociais e psicológicas dos frequentadores (crianças e idosos).

Nesse contexto, o presente estudo tem como princípio delinear o perfil biofísico dos idosos do Centro de Convivência do Lar Solidário de São João del-Rei – MG, buscando auxiliar o trabalho dos profissionais de Educação Física e de outras áreas da saúde que trabalham com práticas interventivas de atividades físicas.

1. Centros de Convivência

Os Centros de Convivência surgiram como um suporte no combate a problemas relacionados à solidão e outros fatores que surgem com a senescência. Os grupos de convivência de idosos vêm proliferando-se em clubes, paróquias, associações comunitárias, centros de saúde e instituições de ensino superior. Esses grupos realizam atividades variadas, de cunho recreativo, cultural, social, educativo e de promoção da saúde.

1.1 Autonomia funcional

Durante o envelhecimento ocorrem várias mudanças na vida dos idosos, sendo essas influenciadas tanto por fatores genéticos quanto pelo estilo de vida. Nesse caso, a autonomia funcional, conhecida como capacidade funcional, é um dos conceitos mais relevantes em relação à saúde, aptidão física e qualidade de

vida. Um dos elementos que determina a expectativa de vida com qualidade é a autonomia funcional para a realização das Atividades da Vida Diária (AVDS) (DANTAS *et al*, 2008).

Desse modo a capacidade funcional surge como um novo elemento no modelo de saúde dos gerontes e útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer sustentando todas as funções não significa problema para o indivíduo e para a sociedade. O problema começa quando as funções começam a se deteriorar (JÚNIOR *et al*, 2008).

A manutenção da autonomia funcional e da independência, segundo Dias (2007), apresenta-se como importante condição para um processo de envelhecimento saudável, com qualidade de vida que atenda aos anseios dos idosos.

2. Metodologia

Em um primeiro momento, ministramos uma palestra para os idosos, explicando os procedimentos que seriam utilizados para a realização da pesquisa, expondo a nossa intenção e trabalhando nas possibilidades de viabilização da mesma; em seguida, foram confeccionados dois termos de consentimento. O universo foi constituído pelos idosos frequentadores do Lar Solidário, perfazendo um total de 69 idosos.

A amostra, diferente do universo, é constituída pelos indivíduos selecionados depois de descartados os critérios de inclusão e exclusão. Como critério de inclusão era necessário ter idade igual ou superior a 60 anos, faixa etária correspondente à do idoso em países subdesenvolvidos, segundo a OMS (1998).

Indivíduos que apresentassem patologias agudas ou crônicas capazes de comprometer a realização da pesquisa, como aqueles que utilizassem de medicamentos que pudessem levar à tontura e que utilizassem de próteses foram excluídos da pesquisa.

Depois do crivo dos critérios de inclusão e exclusão, nossa amostra foi determinada. A amostra foi constituída de 34 voluntários, sendo 22 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, que possuíam média de idade variando entre 61 e 81 anos. A fim de traçar o perfil biofísico dos idosos, mensuramos as seguintes variáveis: idade, pressão arterial, peso corporal, estatura, circunferências de cintura, abdômen, quadril e de punho (para homens), além dos testes de autonomia funcional pelo protocolo de GDLAM (Grupo de Desenvolvimento Latino-Americano para Maturidade). Por meio dessas variáveis pudemos calcular os seguintes índices: IMC, RCQ, %G e IC.

Os testes de autonomia funcional de acordo com o protocolo de GDLAM, Guimarães (2007), consistem em: caminhar 10 metros (C10), levantar-se da posição de sentado cinco vezes consecutivas (LPS), levantar-se da posição de decúbito ventral (LPDV), levantar-se e locomover-se pela casa (LCLC) e vestir e tirar uma camiseta (VTC).

Para a realização da coleta dos dados, foram utilizados os seguintes equipamentos: para a aferição da pressão arterial (Esfigmomanômetro Aneróide Solidor® 0~300mmHg e Estetoscópio Solidor®); para medição do peso (Balança digital G-Tech® modelo Flat I capacidade/divisão 150Kg/100g); para medição da estatura (Estadiômetro fixo Sanny® com precisão de 1 cm) e

André a Carmen Guimarães, Carla Carolina Santos do Nascimento,
Talita Rosa Barbosa, Tielle Alves Souto

para a medição das circunferências de cintura, abdômen, quadril e punho (para homens) foi utilizada a Fita métrica Sanny ® (precisão de 1 cm). Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS. Foram utilizadas ainda uma camiseta, cadeiras e colchonetes.

A seguir estão as análises estatísticas feitas através do programa SPSS para determinar a média, mínimo, máximo, mediana, desvio padrão e Shapiro-wilk:

	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Shapiro-Wilk	p
Idade	12	64	83	72,92	73	6,557	0,42	p>0,05
Peso	12	55,60	89,00	72,2417	73,55	11,54497	0,42	p>0,05
Estatura	12	1,65	1,80	1,7075	1,70	,03888	0,26	p>0,05
IMC	12	18,39506	31,53345	24,9234049	25,01	3,90465730	0,99	p>0,05
IC	12	1,17	1,41	1,2625	1,25	,07712	0,20	p>0,05
RCQ	12	,10000	1,09000	,8483333	0,88	,24990301	0,00	P<0,05
%G	12	10,31	38,48	23,3425	20,67	8,94712	0,33	p>0,05
C10m	12	6,42	11,13	8,2700	7,93	1,53079	0,41	p>0,05
LPS	12	6,15	12,34	8,2133	7,92	1,82921	0,23	p>0,05
LPDV	12	2,61	10,87	5,5033	5,03	2,27047	0,24	p>0,05
LCLC	12	19,67	43,82	29,5600	29,72	7,36508	0,40	p>0,05
VTC	12	13,79	28,92	20,3900	18,23	5,23897	0,10	p>0,05

Tabela 1. Estatística descritiva das variáveis mensuradas e coletadas dos homens através do programa SPSS

Perfil biofísico dos idosos do Centro de Convivência
Lar Solidário da cidade de São João del-Rei – MG

	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Shapiro-Wilk	P
Idade	22	61	81	71,00	71	6,118	0,32	p>0,05
Peso	22	46,30	94,00	66,6955	66,90	13,06057	0,75	p>0,05
Estatura	22	1,46	1,61	1,5423	1,55	,04174	0,41	p>0,05
IMC	22	18,31415	36,71875	27,9716751	27,31	4,9122289	0,81	p>0,05
IC	22	1,05	1,42	1,2359	1,24	,08028	0,94	p>0,05
RCQ	22	,73000	,96000	,8572727	0,86	,05750212	0,81	p>0,05
%G	22	20,87	56,34	38,0632	37,81	8,69518	0,93	p>0,05
C10m	22	6,44	22,00	9,3127	8,57	3,30650	0,00	p<0,05
LPS	22	5,68	10,01	7,5350	7,33	1,18856	0,41	p>0,05
LPDV	22	3,28	29,60	9,1782	7,87	6,50578	0,00	p<0,05
LCLC	22	20,71	41,61	30,9661	29,04	5,89288	0,24	p>0,05
VTC	22	8,40	28,30	16,6800	32,58	5,38989	0,44	p>0,05

Tabela 2. Estatística descritiva das variáveis mensuradas e coletadas das mulheres através do programa SPSS

Foram utilizados os testes de Shapiro-Wilk, para verificar a homogeneidade das amostras. Analisando a tabela, verifica-se que, com exceção das variáveis, RCQ dos homens e LPDV e C10m das mulheres, a amostra não apresentou diferença significativa para as demais variáveis de acordo com o teste Shapiro-Wilk. O que demonstra homogeneidade em relação aos dados obtidos pelas amostras.

André a Carmen Guimarães, Carla Carolina Santos do Nascimento,
Talita Rosa Barbosa, Tielle Alves Souto

Sexo	Idade	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto
Homens	20-29	<0,83	0,83-0,88	0,89-0,94	>0,94
	30-39	<0,84	0,84-0,91	0,92-0,96	>0,96
	40-49	<0,88	0,88-0,95	0,96-1,00	>1,00
	50-59	<0,90	0,90-0,96	0,97-1,02	>1,02
	60-69	<0,91	0,91-0,98	0,99-1,03	>1,03
Mulheres	20-29	<0,71	0,71-0,77	0,78-0,82	>0,82
	30-39	<0,72	0,72-0,78	0,79-0,84	>0,84
	40-49	<0,73	0,73-0,79	0,80-0,87	>0,87
	50-59	<0,74	0,74-0,81	0,82-0,88	>0,88
	60-69	<0,76	0,76-0,83	0,84-0,90	>0,90

Tabela 3: Normas para identificação do risco para a saúde pela relação cintura/quadril (RCQ)

Fonte: Bray e Gray *apud* Guedes e Guedes (2006).

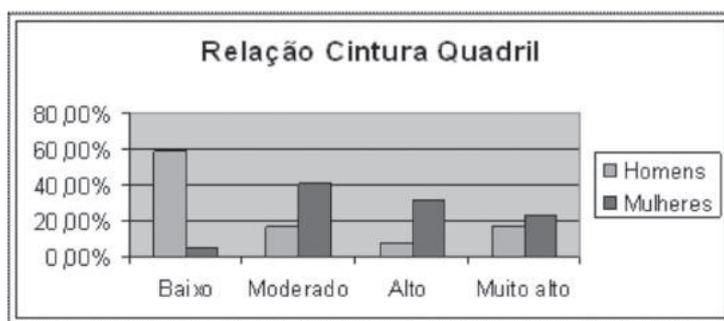


Gráfico 1: Categoria de Relação Cintura Quadril (RCQ) e porcentagem respectiva à amostra

Fonte: Dados da Pesquisa

Na tabela 3 estão representados os valores de normalidade para a análise da Relação Cintura Quadril (RCQ), tabela que identifica o risco de desenvolver disfunções metabólicas e cardiovasculares a partir de valores mensurados pelo acúmulo de gordura na região do corpo, de acordo com a idade e o sexo (GUEDES; GUEDES, 2006).

Uma das principais limitações do uso desse indicador de distribuição de gordura corporal é a ausência de pontos de corte específicos para população idosa acima de 69 anos, como foi demonstrado na tabela acima. Estudos evidenciam que, com o avançar da idade, ocorre aumento da gordura visceral e que a relação entre acúmulo de gordura abdominal e alterações metabólicas se mantém com o avançar da idade (Saron et al 2009).

No gráfico acima estão representados os valores relativo à porcentagem da amostra para a variável Relação Cintura Qua-

André a Carmen Guimarães, Carla Carolina Santos do Nascimento,
Talita Rosa Barbosa, Tielle Alves Souto

dril (RCQ). Podemos notar que a grande maioria dos idosos do sexo masculino obtivera um nível baixo de desenvolvimento de alguma doença relacionada aos altos índices de gordura abdominal quantificados nessa relação, enquanto que a maioria das idosas, cerca de 40% obtiveram um risco moderado, houve uma convergência entre homens e mulheres em relação a valores muito altos desta relação, dessa forma, ambos se apresentando com percentual próximo a 20%. Ao somarmos o percentual obtido por homens e mulheres, pudemos notar que a maioria dos indivíduos, cerca de 32,35%, apresenta um risco moderado de desenvolvimento destas doenças.



Gráfico 2: Índice de Conicidade (IC) e percentagens respectivas à amostra
Fonte: Dados da Pesquisa

O índice de conicidade (IC) também é um indicador de gordura abdominal. Parte do pressuposto de que com o avançar da idade o corpo humano tende a acumular menos gordura nos membros e mais na região abdominal, mudando assim seu formato de cilindro para um duplo cone. Esse índice não apresenta unidade de medida e sua faixa teórica é de 1,00 [cilindro perfeito] a 1,73 [cone duplo] (PITANGA; LESSA, 2004).

De acordo com Pitanga e Lessa (2004), o ponto de corte que mede o risco coronariano determinado pelo Índice de Conicidade é de 1,25 para homens e 1,18 para mulheres. Segundo o gráfico acima, cerca de 50% dos idosos do sexo masculino apresentaram índices acima do ponto de corte que mede este o risco de desenvolver este tipo de doença, enquanto que 81,81% das idosas apresentaram esta alteração. Essa correlação contraria aos estudos de Guedes e Guedes (1998) ao afirmar que há um menor acúmulo de gordura visceral nas mulheres. Isso ocorre em consequência dos efeitos da progesterona na ação do cortisol. Nos homens, a concentração mais elevada de gordura visceral associa-se a reduções nos níveis de testosterona livre e ao concomitante acréscimo na secreção de cortisol. O cortisol estimula a mobilização e o maior acúmulo de lipídios. A pesquisa apresentou um dado atípico ao sugerir que nessas idosas há um maior acúmulo de gordura abdominal em relação aos homens.

André a Carmen Guimarães, Carla Carolina Santos do Nascimento,
Talita Rosa Barbosa, Tielle Alves Souto

ABAIXO DO NORMAL	18,5
NORMAL	18,5 – 24,9
SOBREPESO	25 – 29,9
OBESIDADE grau I	30 – 34,9
OBESIDADE grau II	35 – 39,9
OBESIDADE grau III	40

Tabela 4: Classificação do IMC segundo a OMS

Fonte: OMS (1988)

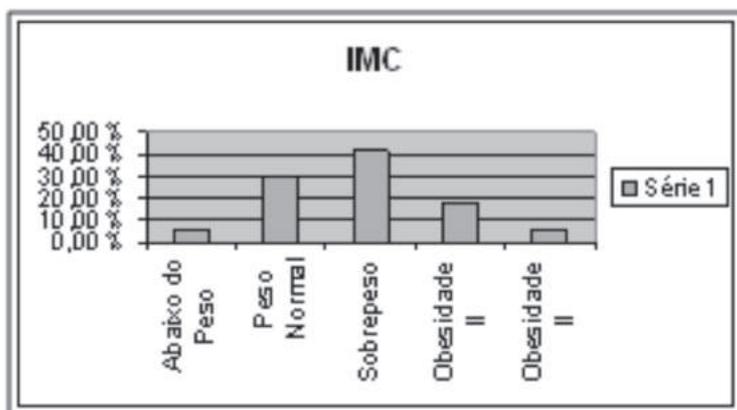


Gráfico 3: Categoria de IMC e porcentagem respectiva à amostra

Fonte: Dados da Pesquisa

A Organização Mundial de saúde (OMS, 1998) utiliza a tabela supracitada utilizando o IMC como um indicador de peso ideal. Esse é o indicador do estado nutricional mais conhecido e utilizado para avaliação de adultos e idosos, devido à sua facilidade de aplicação e ao baixo custo.

O gráfico 1 demonstra, em porcentagem, os valores de IMC obtidos na amostra. Entre os resultados médios encontrados, houve alguns casos de inadequação com predominância de sobrepeso (41,18%), os casos de obesidade grau I corresponderam a 17,65% e obesidade grau II a 5,88%. Cerca 29,41% dessa população se encontra na faixa considerada normal, sendo encontrado o baixo peso (5,88%). O baixo peso entre a população idosa é apontado como fator fortemente associado à morbidade e mortalidade, pois o impacto da desnutrição na saúde dos idosos provoca pior prognóstico para os agravos da saúde. Por outro lado, a obesidade representa um problema nutricional com grande repercussão e está claramente associado, também, ao aumento da morbidade e mortalidade e este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso (Saron *et al.*, 2009).

As tabelas 5 e 6 são as tabelas padrões de comparação de %G para homens e para mulheres.

André a Carmen Guimarães, Carla Carolina Santos do Nascimento,
Talita Rosa Barbosa, Tielle Alves Souto

Nível /Idade	18 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65
Excelente	4 a 6 %	8 a 11%	10 a 14%	12 a 16%	13 a 18%
Bom	8 a 10%	12 a 15%	16 a 18%	18 a 20%	20 a 21%
Acima da Média	12 a 13%	16 a 18%	19 a 21%	21 a 23%	22 a 23%
Média	14 a 16%	18 a 20%	21 a 23%	24 a 25%	24 a 25%
Abaixo da Média	17 a 20%	22 a 24%	24 a 25%	26 a 27%	26 a 27%
Ruim	20 a 24%	20 a 24%	27 a 29%	28 a 30%	28 a 30%
Muito Ruim	26 a 36%	28 a 36%	30 a 39%	32 a 38%	32 a 38%

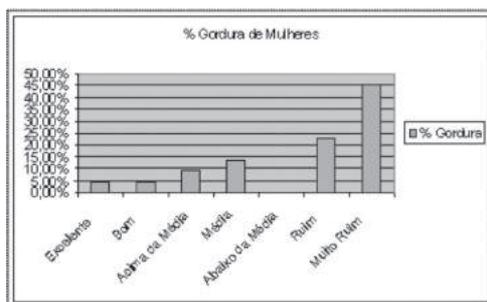
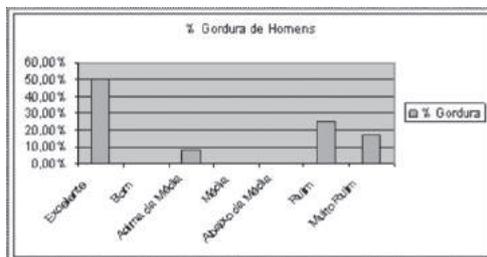
Tabela 5: %G (homens)

Nível /Idade	18 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65
Excelente	13 a 16%	14 a 16%	16 a 19%	17 a 21%	18 a 22%
Bom	17 a 19%	18 a 20%	20 a 23%	23 a 25%	24 a 26%
Acima da Média	20 a 22%	21 a 23%	24 a 26%	26 a 28%	27 a 29%
Média	23 a 25%	24 a 25%	27 a 29%	29 a 31%	30 a 32%
Abaixo da Média	26 a 28%	27 a 29%	30 a 32%	32 a 34%	33 a 35%
Ruim	29 a 31%	31 a 33%	33 a 36%	35 a 38%	36 a 38%
Muito Ruim	33 a 43%	36 a 49%	38 a 48%	39 a 50%	39 a 49%

Tabela 6: %G (mulheres)

Fonte: Pollock e Wilmore, 1993

As tabelas 5 e 6 representam os padrões de comparação de %G para homens e para mulheres segundo Pollock e Wilmore (1993). De acordo com os gráficos descritos abaixo para a variável %G, cerca de 50% dos homens analisados encontra-se com percentual excelente, ou seja, o percentual de gordura não está elevado e isso não representa um risco de doenças crônicas posteriores. Por outro lado, as mulheres encontram-se no lado oposto, com níveis não-aceitáveis de gordura, 45,45% apresenta-se no nível muito ruim, o que desencadeia um fator preocupante, pois, segundo a ACMS (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2006) existe uma forte relação entre obesidade e um maior risco de desenvolvimento de cardiopatias e doenças crônicas.



Gráficos 4 e 5: Categoria %G respectiva à amostra

Fonte: dados da pesquisa

André a Carmen Guimarães, Carla Carolina Santos do Nascimento,
Talita Rosa Barbosa, Tielle Alves Souto

TESTES	C 10M	LPS	LPDV	VTC	LCLC	IG
CLASSIF:	(SEG)	(SEG)	(SEG)	(SEG)	(SEG)	(ESCORES)
Fraco	+ 7,09	+ 11,19	+ 4,40	+ 13,14	+ 43,00	+ 27,42
Regular	7,09-6,34	11,19- 9,55	4,40-3,30	13,14- 11,62	43,00- 38,69	27,42-24,98
Bom	6,33-5,71	9,54-7,89	3,29-2,63	11,61- 10,14	38,68- 34,78	24,97-22,66
Muito Bom	-5,71	- 7,89	- 2,63	- 10,14	- 34,78	- 22,66

Tabela7: Padrão de avaliação da autonomia funcional do protocolo GDLAM

C10m: caminhar 10m; LPS: levantar-se da posição sentada; LPDV: levantar-se da posição decúbito ventral; LCLC: levantar-se da cadeira e locomover-se pela casa; VTC: vestir e tirar uma camiseta; SEG: valores em segundos; IG: índice de GDLAM (valores em escores) (VALE, 2005).

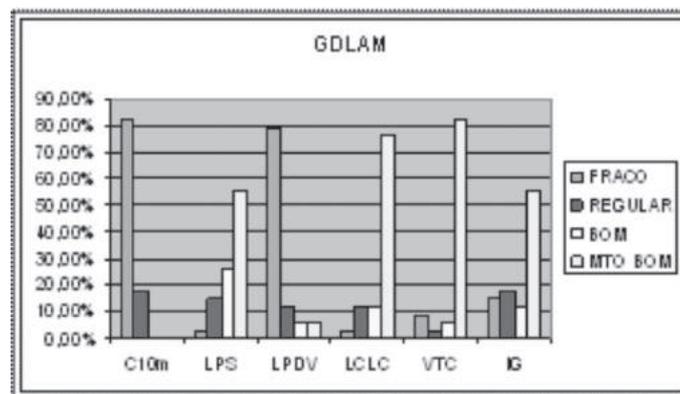


Gráfico 6: Índice GDLAM e porcentagens respectivas à amostra. Fonte: dados da pesquisa

De acordo com os testes realizados para mensurar a autonomia funcional, os resultados encontraram-se satisfatórios, exceto em dois testes. O índice GDLAM de escores foi considerado como um bom índice de desenvolvimento dos testes, de acordo com a tabela 1 descrita acima.

Os testes em que os idosos não obtiveram um bom desempenho foram os C10m e LPDV, que se encontra no nível fraco, 82,35% e 79,42%, respectivamente. Dantas (2008) aponta que essa distância de 10m provavelmente equivale a cruzar uma rua, uma atividade normal, cotidiana e o idoso deve atravessar com segurança e sem o auxílio de terceiros. Por se tratar de uma tarefa cotidiana, esse desempenho fraco se torna preocupante, reforçando a preocupação do nosso trabalho, onde o profissional tem que conhecer o público que está trabalhando. Em se tratando do teste LPDV, mau desempenho pode significar falta de um trabalho específico de força, pois, de acordo com o trabalho de Dantas (2008) o bom desempenho dos idosos do tratamento experimental de seu trabalho estavam executando um treinamento de força.

Os testes compreendem os níveis fraco, regular, bom e muito bom, como mostra a tabela acima. No primeiro teste (C10m), 82,35% encontram-se no nível fraco, como já havíamos mencionado acima e 17,65% no nível regular. No segundo (LPS), 2,95% fraco, 14,70% regular, 26,47% bom e, 55,88% muito bom. No terceiro (LPDV), 79,42% fraco, também já mencionado acima, 11,76% regular, 5,88% bom e, 5,88% muito bom. No quarto (LCLC), 2,94% fraco, 11,76% regular, 11,76% bom e, 73,54%

André a Carmen Guimarães, Carla Carolina Santos do Nascimento,
Talita Rosa Barbosa, Tielle Alves Souto

muito bom. No quinto (VTC), 8,62% fraco, 2,54% regular, 5,68% bom e, 82,35% muito bom, o que foi devidamente esclarecido através do gráfico anterior.

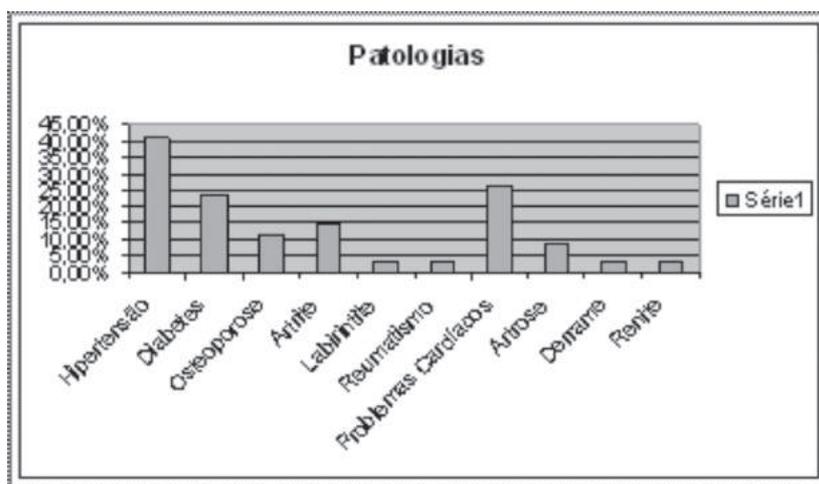


Gráfico 7: patologias mais frequentes e porcentagens respectivas à amostra

Algumas patologias presentes nos idosos em estudo estão associadas a problemas cardíacos, ósseos e diabetes. Mas as duas mais frequentes correspondem à hipertensão e diabetes. A hipertensão é uma doença multifuncional que se caracteriza por níveis elevados da pressão das paredes dos vasos sanguíneos, estando associada às alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos (AMADO; ARRUDA, 2004).

A amostra apresentou índice de hipertensão de 44,12% dentre todos os idosos da pesquisa, 54% nos idosos do sexo feminino e 33% nos idosos do sexo masculino. Um dos fatores de

risco que predispõe o surgimento e desenvolvimento dessa patologia é o avanço da idade, pois segundo Amado (2004) com o decorrer da idade, há redução da complacência dos grandes vasos, enrijecimento das artérias, e diminuição da elasticidade entre outros aspectos fisiopatológicos que comprometem uma boa função cardíaca. Conforme esse mesmo autor, após a menopausa, as mulheres passam a apresentar uma maior prevalência de hipertensão do que os homens. Desta forma os resultados vão de encontro com a análise do autor, pois as mulheres apresentam maior índice da patologia do que os homens. O aumento após essa fase, nas mulheres, possivelmente está relacionado ao ganho de peso e às alterações hormonais.

Outra patologia muito presente entre os idosos é a diabetes, que conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006) não é uma única doença, mas é constituída por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção da mesma ou em ambos. Os resultados apresentaram um percentual de 23% dentre todos os idosos, e de 21% dentre os idosos do sexo feminino, o que mostra um número muito elevado em relação ao apresentado entre os idosos do sexo masculino, que foi de 2%. Porém devemos considerar que a amostra é constituída por um número maior de mulheres em relação aos homens.

As demais patologias apresentaram um percentual menor, assim como a osteoporose com 11,77%, a artrite com 14,71%, a labirintite com 2,95%, problemas cardíacos 26,47%, artrose

8,83%, reumatismo com 2,95%, derrame com 2,95 e a renite com 2,95%.

Referências

AMADO, Tânia Campos Fell *et al.* Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, n.9, p.94-98, 2004. Disponível em: http://www.asman.org.br/arquivos/asman_artigos60.pdf acesso em 18 de novembro de 2010.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. *Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DANTAS, E. H. M. *et al.* Efeitos de um programa de atividade física sobre o nível de autonomia de idosos participantes do programa de saúde da família. *Journal Fitness & Performance*. V. 7, pág. 6, Rio de Janeiro, Jan/fev. 2008.

DIAS, A. M. *O Processo de envelhecimento e a saúde do idoso nas práticas curriculares do Curso de Fisioterapia da UNIVALE do Campus 1: um estudo de caso*. Mestrado profissionalizante em Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. Itajaí: UNIVALE, 2007.

GUEDES, D. P; GUEDES, J. E. R. P. Distribuição de Gordura Corporal, Pressão Arterial e Níveis de Lipídios-Lipoproteínas Plasmáticas. *Arq. Bras. Cardiol.*, volume 70 (nº 2), 93-98, 1998.

GUIMARÃES, Andréa Carmen. Efeitos de um Programa de Atividade Física sobre a Autonomia Funcional, a Qualidade de Vida e os Parâmetros Hematológicos e Biofísicos de Idosos Participantes do Programa de Saúde da Família. *Tese de Mestrado em Ciência da Motricidade Humana*. Rio de Janeiro: Universidade Castelo Branco, 2007.

HALLAL, P. V. V *et al.* Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, vol. 41, nº 5. São Paulo, Out./2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso em: 23 de novembro de 2010.

JÚNIOR, R. M. M. *et al.* Capacidade Funcional e Atividade Física de Idosos com Diabetes tipo 2. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. V. 13, número 3, Ceará, 2008.

OMS. Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça, 1998.

GALVÃO, C. O envelhecimento e cuidados geriátricos em medicina familiar. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 2006: 22:729-30. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070525191435948984.pdf>.

PITANGA, F. J. G; LESSA, I. Sensibilidade e especificidade do índice de conicidade como discriminador do risco coronariano de adultos em Salvador, Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* vol. 7, nº 3, 2004.

POLLOCK & WILMORE, disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/saude/tabelas/tabela_de_referencia_composicao.htm.

SARON, M. L. G *et al.* Perfil Nutricional de Idosas frequentadoras da Faculdade da Terceira Idade. *Caderno Unifoa*, edição nº 10, ago./2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>, acesso em 1º de dezembro de 2010.