

PERFIL DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ATIVIDADE FÍSICA E INCONTINÊNCIA ANAL

Antônio Júlio de Mello Lopes Pinto (1); Cristina Arreguy-Sena (2); Nathália Alvarenga Martins (3); Paulo Ferreira Pinto (4)

Faculdade de Educação Física e Desportos e Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e Universidade Nova de Lisboa- Portugal. E-mail: paulo.ferpinto@gmail.com

Resumo: Pesquisa seccional descritiva e exploratória que objetivou analisar as atividades físicas, o perfil antropométrico de pessoas no processo de envelhecimento e a ocorrência de incontinência anal de pessoas com idade ≥ 65 anos. Amostra de tipicidade composta por pessoas com idade ≥ 65 anos adstrita a uma Unidade de Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. Instrumento de coleta: 1) caracterização participantes; 2) medidas antropométricas; 3) sobrecarga semanal de atividade física; e 4) (in)continência urinária. Realizadas entrevistas individuais domiciliares. Dados analisados SPSS análise uni/bivariada. Atendidos requisitos éticos e legais da Legislação Brasileira para pesquisa com seres humanos. Participaram 65 pessoas, sendo: 40 mulheres idade 65 e 96 anos; 43,1% analfabetas; 9,2% com sobrecarga semanal de atividade física suficiente; prevalência de excesso de peso e obesidade relacionados com menor escolaridade; quanto maior a idade menor a área muscular do braço, área adiposa do braço e o perímetro da cintura; relação da sobrecarga de atividade física semanal com menores os valores de tecido adiposo em áreas específicas da composição corporal; prevalência de incontinência anal de 8,33% entre a população investigada com associação entre as variáveis faixa etária e os escores de incontinência anal. Conclusões subsidiaram ações de saúde, atendimento das demandas de cuidados. Recomenda-se inserção dos participantes em programas de prática de atividade física regular, alimentação saudável, controle do peso corporal para o enfrentamento da síndrome geriátrica nos estágios iniciais com vistas a um envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Educação Física, Atividade Física, Envelhecimento, Idoso, Incontinência Anal.

PERFIL DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ATIVIDADE FÍSICA E INCONTINÊNCIA ANAL

Antônio Júlio de Mello Lopes Pinto (1); Cristina Arreguy-Sena (2); Nathália Alvarenga Martins (3); Paulo Ferreira Pinto (4)

Faculdade de Educação Física e Desportos, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e Universidade Nova de Lisboa- Portugal

Introdução

Um dos desafios para a humanidade nos próximos cinquenta anos deste século está pautado para o atendimento a uma população de mais 10 bilhões de pessoas, sendo aproximadamente 2 bilhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais nos países desenvolvidos, havendo uma tendência ao envelhecimento populacional exemplificado, de acordo com o Censo-Brasil realizado no ano de 2010, pela presença de 22.286 pessoas com cem anos de idade ou mais¹⁻³.

Isso constitui numa vitória em termos de sobrevivência e se deve em parte as políticas para o processo de envelhecimento ativo e bem sucedido que têm nos processos e programas de prevenção, controle e tratamento, nos trabalhos multiprofissionais e interdisciplinares, estimulado e divulgado ações que se voltem para a adoção de estilos de vida saudáveis, aliado as avanços nas áreas de bem estar e cobertura populacional para ações de saúde na concepção ampliada⁴.

As pessoas idosas, para efeito de idade, são entendidas quando têm 65 anos de idade ou mais nos países desenvolvidos e, nos países em desenvolvimento quando têm 60 anos de idade ou mais⁵.

No caso brasileiro, o Estatuto do Idoso e sua determinação legal (Lei 10.741/03) que reiterou e ratificou os direitos fundamentais dos idosos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, estabelece como parâmetro a idade de 60 anos de idade ou mais para as pessoas idosas⁵.

Tendo-se como base o ano de 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assim como a maioria dos países intensificou as projeções para a análise e conhecimento futuro das expectativas para distribuição da população em todas as faixas etárias. Especificamente em relação às pessoas com 60 anos de idade ou mais, a OMS prevê 1,2 bilhão de pessoas no planeta Terra para o ano de 2025 e 2 bilhões para o ano de 2050, somente nos países em desenvolvimento^{4,7-8}.

A prática de atividade física integrada às ações de saúde, participação e segurança das pessoas em processo de envelhecimento é uma meta a ser atingida. Ela está incluída como um dos estilos de vida saudáveis e como uma prática natural do homem que possibilita a execução das atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária e, por consequência, estar preparado para viver seu processo de envelhecimento⁹.

A realização dessa investigação se justifica pela ocorrência das pessoas idosas conviverem com no mínimo uma doença crônica degenerativa no processo de envelhecimento. Ela se alicerça no fato de as ações de prevenção, controle e tratamento da incontinência anal, como um dos componentes da síndrome geriátrica acometer as pessoas idosas e a prática da atividade física, quando integrante da vida diária e inserida como hábito diário e rotineiro, fazer parte do processo de envelhecimento ativo e bem sucedido⁴.

Diante do exposto objetivou analisar as atividades físicas, o perfil antropométrico de pessoas no processo de envelhecimento e a ocorrência de incontinência anal de pessoas com idade ≥ 65 anos em uma cidade da Zona da Mata Mineira.

Metodologia

Pesquisa seccional descritiva e exploratória que priorizou analisar as atividades físicas; o perfil antropométrico e a ocorrência de IA realizado com abordagem domiciliar e/ou por busca ativa, respeitando horários e aceitação das pessoas com idade ≥ 65 anos que eram adstrita a uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) numa cidade da Zona da Mata Mineira com população estimada em 516.247 habitantes².

A amostra de seleção completa composta por 132 integrantes de um cadastro de idosos da qual o delineamento amostral ocorreu por seleção aleatória simples representando 59% do total de 110 pessoas com idade ≥ 65 anos do cenário da investigação.

Foram critérios de inclusão, as pessoas: 1) residirem na área da UAPS e coberto pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que têm idade ≥ 65 anos; 2) concordaram em participar como voluntários não remunerados; 3) externarem aquiescência em participar pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos pós-informado; 4) integrar estrato utilizado na investigação e 5) apresentarem condição de compreensão e expressão compatível para a coleta de dados.

Foram exclusão: 1) não estarem inseridos nos critérios de inclusão; 2) expressarem desejo de interromper participação em qualquer momento da investigação; 3) apresentarem limitações mentais, auditivas ou de fala; 4) estiveram ausentes no domicílio por até quatro vezes de busca durante o período de coleta de dados; 5) estarem internadas ou ausentes da cidade no período de coleta de dados; 6) apresentaram paraplegia ou hemiplegia de MMII. Recrutamento dos participantes realizado por convites pessoais em suas residências.

Realizada triangulação de técnicas para operacionalizar o processo de coleta de dados: 1) inquérito preenchido pelo entrevistador para identificação dos participantes; 2) medidas e aferições antropométricas; 3) caracterização da prevalência da IA entre os participantes a partir de registros cursivos realizados pelo entrevistador.

O instrumento foi alicerçado em referencial teórico-conceitual estabelecido para o processo de envelhecimento previamente validado numa realidade portuguesa e brasileira com pessoas não internadas. Ele foi composto por: 1) caracterização dos participantes; 2) medidas antropométricas; 3) sobrecarga semanal de atividade física; 4) IA; e 5) informações adicionais.

Para captar ocorrência da Incontinência Anal (IA) foi utilizado escore de St Mark¹⁰, validado para a língua portuguesa, composto por sete questões que são respondidas a partir da utilização de uma escala tipo Likert, variando sua pontuação, em cada item, de zero a cinco. Por este escore pôde-se avaliar, a presença e frequência os sintomas: escape fecal, incontinência de

fezes sólidas, líquidas e a flatos, alteração na qualidade de vida, impossibilidade de inibir a defecação por 15 minutos ou menos e a necessidade de medicações constipantes. O escore permitiram classificar a IA segundo sua intensidade em leve (≤ 8), moderada (9-16) e grave (> 16).

A mensuração antropométrica fundamentou-se em: Estatura (E) (m), Massa Corporal (MC) (kg), Perímetro da Cintura – PC (cm), Perímetro Braquial – PB (cm), Dobra Cutânea Tricipital – DT, Dobra Cutânea Subescapular – DSc, Dobra Cutânea Abdominal – DAb, Dobra Cutânea Axilar Média – DAx, Dobra Cutânea da Coxa – DCx, Dobra Cutânea Geminal - DGm. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado pela equação MC dividida pelo quadrado da E. Para o cálculo da Área Adiposa do Braço (AAB), Área Muscular do Braço (AMB) e do Percentual de Gordura estimado pela AAB foram utilizadas as equações mencionadas no (**Quadro 1**)¹¹⁻¹².

Quadro 1: Equações utilizadas para subsidiar as aferições antropométricas.

EQUAÇÕES

Circunferência Muscular do Braço (CMB): $(CMB) = CB - (3,14 * PCT)$;

Circunferência Muscular do Braço (CMB): $(CMB) = CB - (3,14 * PCT)$;

Área muscular do braço (AMB): $(AMB) = (CMB)^2 / (4 * 3,14)$;

Área adiposa do braço (AAB): $(AAB) = PCT \text{ em cm} * (CB / 2) - ((3,14 * (PCT \text{ em cm})^2) / 4)$ e

Percentual de gordura estimado pela AAB(%GAAB): $\%GAAB = (AAB * 100) / (AAB + AMB)$.

Fonte: Frisancho 1981¹³.

Dados quantitativos consolidados no *Programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 22) e analisados segundo estatística descritiva e inferencial em análise uni e bivariada.

A caracterização dos participantes a partir das indagações quanto à prática de atividade física serviram de base para o cálculo da sobrecarga semanal de atividade física, assim como à execução das medidas antropométricas. A análise do perfil de atividade física e da sobrecarga semanal aferida a partir de instrumento validado por Pinto¹⁴.

Atendidos todos os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos segundo legislação brasileira. A presente investigação se inscreve no grupo de pesquisa intitulado “TCCSE” cadastrada na Plataforma Brasil sob o título de “Capacidade física, incontinências e determinantes do processo de envelhecimento em pessoas acima de 65 anos” obtendo parecer favorável de número 341.116.

Resultados e Discussões

Participaram 65 (40 mulheres) pessoas idosas com variabilidade de 65 a 96 anos de idade, Comparando-se os dados da amostra com os dados da cidade de Juiz de Fora (Censo 2010) destaca-

se que há 13,4% mais pessoas idosas compreendidas entre 70 a 74 anos na amostra, em contraste, existem mais do que o dobro de pessoas com 85 a 89 anos de idade na população de Juiz de Fora em relação à amostra da pesquisa (**Tabela 1**).

Tabela 1: Caracterização dos participantes segundo a faixa etária.

Faixa Etária	Amostra da Pesquisa		Juiz de Fora	
	n	%	n	%
65 a 69	19	29,5	15.765	32,9
70 a 74	25	39	12.255	25,6
75 a 79	11	17	8.985	18,8
80 a 84	5	7,5	6.413	13,4
85 a 89	2	3	3.013	6,3
90 ou +	3	4	1.459	3,0
Total	65	100	47.890	100

Fonte: Os autores e CENSO 2010.

Quando analisados os anos de escolaridade, 70,8% dos participantes estão compreendidos entre 0 e 4 anos de escolaridade. É relevante considerar que entre a população pesquisada 43,1% não têm nenhuma escolaridade (**Tabela 2**).

Tabela 2: Caracterização dos participantes segundo os anos de escolaridade.

	n	%
0	28	43,1
0 I--- 4	18	27,7
4 I--- 8	14	21,5
8 I---12	4	6,2
12 I---17	1	1,5
Total	65	100

Fonte: Os autores.

Esta distribuição das pessoas idosas quando comparadas com dados do Brasil, Estados Unidos e União Europeia², apresentam valores representados pela (**Tabela 3**).

Tabela 3: Comparação entre o nível de escolaridade identificado na presente investigação com o Brasil, a Europa e nos Estados Unidos da América segundo anos de estudo.

Anos	Presente investigação	Brasil	Europa U27	EUA
≤ 4 anos	70,8	50,2	--	2,2
4I---- 8	21,5	32,3	59,9	6,4
≥ 9	7,7	17,4	40,1	91,4

Fontes: IBGE - **Síntese dos Indicadores Sociais**; U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2010 Annual Social and Economic Supplement; European Commission-
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education>

Os anos de escolaridade da população investigada estão abaixo da média da população brasileira quando considerados entre 0 e 4 anos (70,8%) assim como quando analisados os dados até oito anos de escolaridade. Passa a ser um desafio educacional e cultural a definição de políticas públicas para atingir-se os níveis de escolaridade, por exemplo, da comunidade europeia e americana. A adoção de estilos de vida saudáveis, o acesso aos meios de comunicação, educação, cultura e saúde estão relacionados aos níveis de escolaridade. O acesso à educação, é apontado como fator interveniente e protetor contra a demência¹⁵⁻¹⁶.

As pessoas idosas que participaram da presente investigação puderam ser classificadas, em relação à sobrecarga semanal de atividade física, principalmente, como estarem inseridas em níveis de atividade física insuficiente ou nenhuma atividade física: 83,1% das pessoas idosas não fazem nenhuma atividade física e quando avaliados quanto à atividade física insuficiente este índice chega a 90,8%. Deve-se destacar que estes índices são praticamente iguais para os homens e para as mulheres (**Tabela 4**).

Tabela 4: Distribuição da sobrecarga semanal executada pelos 65 entrevistados segundo o sexo.

Parâmetros de sobrecarga semanal de atividade física	Fem		Mas		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma Atividade Aeróbia Voluntária ou Atividade Física Insuficiente ≤ 150 minutos semanais	36	90	23	92	59	90,77
Atividade Aeróbia ≥ 150 minutos ≤ 210 minutos	3	7,5	1	4	4	6,15
Atividade Física com Benefício para a Saúde						
Atividade Aeróbia ≥ 210 minutos ≤ 300 minutos	1	2,5	1	4	2	3,08
Atividade Física Benefício Complementar à Saúde						
Atividade Aeróbia ≥ 300 minutos	0	0	0	0	0	0
Atividade Física com Benefício Potencial Saúde						
Total	40	100	25	100	65	100

Fonte: Adaptado por Pinto, PF das diretrizes de OMS, ASM, WCRF, CSEP

Processos metodológicos variados têm sido utilizados para avaliar o nível de atividade física de uma população. No caso brasileiro pode-se destacar a avaliação que considera: ativos no tempo livre (pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada), ativos no deslocamento, insuficientemente ativos (0 a 149 minutos por semana em 3 domínios: lazer, trabalho e deslocamento para o trabalho) e inatividade física¹⁷.

Por esta metodologia, 33,8% das população brasileira está classificada como sendo ativa no tempo livre. Esta avaliação quanto feita para pessoas com 65 anos de idade ou mais apresenta o percentual total de 23,6% com 31,1% entre os homens e 18,9% entre as mulheres que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre¹⁷.

Ao se relacionar as variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade) e os valores de mensuração antropométrica que constaram da presente pesquisa, considerando-se inicialmente a idade, pode-se inferir correlação negativa e associação significativa com a AMB e a AAB e com o PC. Por esta inferência, a partir do aumento da idade diminuem a área muscular do braço, a área adiposa do braço e o Perímetro da Cintura. Estes dados podem remeter à sarcopenia e à fragilidade, associados à fadiga, fraqueza muscular e baixo nível de capacidade física¹⁸.

A partir da análise dos valores de mensuração antropométrica relacionados com a variável escolaridade - em anos – pode-se destacar uma correlação negativa e associação significativa com a DT e com o %GAAB (Tabela 11), ou seja, quanto mais anos de escolaridade menores percentuais de gordura corporal entre as pessoas idosas pesquisadas. A prevalência de excesso de peso e obesidade por escolaridade da população brasileira indicaram que quanto menor a escolaridade maiores são os índices¹⁷.

Tabela 5: Grau de associação entre as variáveis Idade, Escolaridade e medidas antropométricas

		Idade Escola													
		(anos)	idade	PC	PB	DT	DSs	DAb	DAx	DCx	DGm	IMC	AMB	AAB	%GAAB
Idade (anos)	Pearson	1	-,109	-,335*	-,248	-,093	-,224	-,030	-,157	-,073	-,119	-,008	-,366**	-,361**	-,139
	p-valor		,386	,013	,068	,502	,114	,810	,211	,606	,404	,949	,003	,003	,268
	N	65	65	54	55	54	51	65	65	52	51	65	65	65	65
Escolaridade (anos)	Pearson	-,109	1	-,063	-,143	-,372**	-,182	-,165	-,017	-,185	-,130	-,053	,229	-,224	-,356**
	p-valor	,386		,651	,298	,006	,200	,189	,892	,188	,365	,676	,066	,073	,004
	N	65	65	54	55	54	51	65	65	52	51	65	65	65	65

Fonte: Os autores. Nota dos autores: (*) Correlação significativa no nível 0,05 (2 extremidades). (***) Correlação significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Os dados coletados entre as pessoas idosas pesquisadas permitiram calcular o IMC e estão apresentados na (Tabela 6). Na classificação de sobrepeso e obesidade, 50,8% estão acima do peso. Quando se observa a obesidade, os homens se apresentam com percentual mais do que o dobro do que as mulheres, ou seja, 27,7% da população idosa participante do estudo estão com IMC acima de trinta.

Dados da população brasileira indicam que cresce o número de pessoas com excesso de peso no país sendo que 52,5% dos brasileiros estão nesta classificação, com destaque para que 17,9% estão obesos e que estes índices são maiores entre os homens. Este é um fator de risco para doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer que respondem por 72% dos óbitos no país¹⁷.

Tabela 6: Distribuição do IMC segundo classificação proposta pela OPAS para pessoas idosas.

Baixo Peso			Eutrofia			Sobrepeso			Obesidade			Total
IMC ≤ 23			23 ≥ IMC ≤ 28			28 ≥ IMC ≤ 30			IMC ≥ 30			
Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	
14	2	16	8	8	16	11	4	15	7	11	18	65
21,5	3,1	24,6	12,3	12,3	24,6	16,9	6,2	23,1	10,8	16,9	27,7	100,0

Fonte: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2001

Quando analisados os dados referentes ao PC tem-se valores superiores e globais para o PC aumentado e muito aumentado correspondentes a 69,3% sendo que as mulheres idosas apresentaram dados superiores aos homens nas duas classificações, ou seja, 16,9% para o PC aumentado e 30,8% muito aumentado (**Tabela 7**).

Tabela 7: Distribuição do Perímetro da Cintura (cm) segundo o gênero.

Normal			Aumentado			Muito Aumentado			Total
IMC ≤ 23			23 ≥ IMC ≤ 28			28 ≥ IMC ≤ 30			
Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	
<80	<94			≥ 80		≥ 94			≥ 88
9	11	20	11	6	17	20	8	28	65
13,8	16,9	30,8	16,9	9,2	26,2	30,8	12,3	43,1	100,0

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995

A análise do PC é relevante pois esta medida tem sido associada positivamente com a hipertensão arterial sistêmica e doença cardíaca. O estado nutricional das pessoas idosas auferido indiretamente através do PC, do IMC assim como de outras medidas antropométricas e suas associações, podem atender à diversidade de distribuição dos índices de gordura corporal entre as pessoas idosas. Em outro enfoque são métodos fáceis de serem auferidos, com menores custos financeiros e capazes de atender a uma grande população, diferenciando as especificidades de gênero e confrontando a distribuição da massa muscular e da gordura corporal em diferentes áreas do corpo¹⁹⁻²⁰.

Analisando-se a correlação entre os dados antropométricos e a sobrecarga semanal de atividade física executada pelas pessoas com 65 anos de idade ou mais, a (**Tabela 8**) a seguir apresenta dados em que se pode observar correlação negativa e associação significativa entre a sobrecarga semanal de atividade física e a DT, DCx, DCG, AAB e %GAAB, indicando que quanto maior é a sobrecarga semanal de atividade física menores são os valores correspondentes indicados acima, o que também quer dizer que menores são os valores de tecido adiposo em áreas específicas da composição corporal das pessoas idosas participantes da presente pesquisa.

Tabela 8: Associação entre sobrecarga semanal de atividade física e medidas antropométricas.

Correlações

Sobrecarga Semanal de atividade física	Sobrecarga atividade física (semana)	Correlações											%GA AB
		PC	PB	DT	DSs	DAb	DAx	DCx	DGm	IMC	AMB	AAB	
Correlação Pearson	1	-,217	-,161	-,303*	-,166	-,084	,015	-,385**	-,350*	,056	-,026	-,320**	-,324**
Sig. (2 extrem)		,116	,241	,026	,245	,507	,908	,005	,012	,660	,839	,009	,009
n	65	54	55	54	51	65	65	52	51	65	65	65	65

Nota dos autores: *. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Ao analisar a **Tabela 9** que aborda a IA avaliada a partir do escore proposto por Sant Mark pode-se deduzir que 8,33% das pessoas idosas que participaram da presente investigação estão classificadas com IA. Pelo score 3 pessoas idosas estão classificadas com IA leve e 2 pessoas com IA Moderada.

Tabela 9: Distribuição do escore de incontinência anal de St Mark's atribuído aos 65 participantes.

Faixa Etária	Continente		Leve	Moderada	Total
	Score 0		Score 1-8	Score 9-16	
65 a 69	18		1	0	19
70 a 74	23		2	0	25
75 a 79	11		0	0	11
80 a 84	4		0	1	5
85 a 89	2		0	0	2
90 a 94	2		0	0	2
95 a 96	0		0	1	1
Total	60		3	2	65
%	92,3		4,6	3,1	100

Fonte: Os autores.

Utilizando-se o mesmo escore de IA de St. Mark's²¹ em uma amostra expandida do grupo de 65 pessoas idosas participantes desta pesquisa para 110 pessoas idosas com 65 anos de idade ou mais, residentes na mesma comunidade, obteve-se o percentual de 10% de pessoas com IA (Tabela 10). Estes dados fazem parte de pesquisa integrante do Núcleo de pesquisa "Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem (TECCSE)" inserido na linha de pesquisa Processo de envelhecimento no *continuum* do desenvolvimento humano.

Tabela 10: Distribuição do escore de incontinência anal de St Mark's atribuído 110 participantes

Faixa Etária	Score IA St. Mark's			Total
	Continente 0	Leve (1-8)	Moderada (9-16)	
65 a 69	30	1	0	31
70 a 74	37	5	0	42

75 a 79	19	3	0	22
80 a 84	7	0	1	8
85 a 89	4	0	0	4
90 a 94	2	0	0	2
95 a 96	0	0	1	1
Total	99	9	2	110
%	90	8,2	1,8	100

Fonte: Os autores.

Aplicando-se o teste Qui-quadrado para as variáveis faixa etária e os escores de IA que permitiram classificar as pessoas idosas participantes da presente pesquisa (Tabela 10), no sentido de verificar a associação entre estas variáveis, com nível de significância 0,05, verifica-se que há associação entre a idade das pessoas idosas e a ocorrência de IA entre pessoas com 65 anos de idade ou mais. Estudos têm relatado, em relação a pessoas idosas residentes na comunidade, a prevalência de IA em 16,9% com 75 anos de idade ou mais, 4,2% entre 65 e 84 anos e 16,9% nos que tinham mais de 85 anos²⁴⁻²⁵.

Tabela 11: Teste de Quiquadrado para amostra de 65 participantes.

Número casos válidos 65 participantes	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Pearson Chi-Square	82,735 _a	24	,000				
Likelihood Ratio	21,799	24	,591				
Linear-by-Linear Association	7,705	1	,006				
N of Valid Cases	65						
Internal bu Interval Pearson's R				,347	,176	2,936	,005 ^c

Nota dos autores: a. 32 células (91,4%) tem expectativa ≤ 5 . O mínimo esperado foi 0,02.

b. Not assuming the null hypothesis.

c. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

d. Based on normal approximation.

Conclusões

Ao analisar a sobrecarga de atividade física; o perfil antropométrico de pessoas no processo de envelhecimento e a ocorrência de IA de pessoas idosas com 65 anos de idade ou mais inseridas na comunidade foi possível concluir que: 1) na amostra 43,1% participantes não têm nenhum ano de escolaridade e, comparada com a população da cidade de Juiz de Fora, tem-se 13,4% mais pessoas idosas na faixa etária de 70 a 74 anos; 2) a sobrecarga de atividade física entre 9,23% participantes executam atividade física com benefício para a saúde e, com benefício complementar para a saúde. Destaca-se que 83,1% não executam nenhuma atividade física; 3) há índice semelhantes entre baixo peso e eutrofia (24,6%, e 50,8%) e aumento de peso ou muito aumento de peso (69,3%) quando se

analisa o PC; 4) há associação entre variáveis idade e escolaridade, ou seja, os valores de mensuração antropométrica aumentam com a idade e diminuem a área muscular do braço e a área adiposa do braço e o PC; e quanto mais anos de escolaridade menores percentuais de gordura corporal entre as pessoas idosas pesquisadas; 5) a correlação entre dados antropométricos e sobrecarga semanal de atividade física ficou evidenciado menores valores para a DT, DCC, DCG, AAB e %GAAB o que remete a um hábito de vida saudável com a prática da atividade física; e 6) há associação entre a idade das pessoas idosas e a ocorrência de IA entre pessoas com 65 anos de idade ou mais sendo que 8,33% das pessoas idosas que participaram da presente investigação estão classificadas com IA, havendo associação entre a IA e a idade em faixa etária.

Foram contribuições dessa investigação subsidiaram ações de saúde, atendimento das demandas de cuidados. Diante do exposto recomenda-se a inserção dos participantes em programas de prática de atividade física regular, alimentação saudável, controle do peso corporal para o enfrentamento da síndrome geriátrica nos estágios iniciais com vistas a um envelhecimento saudável.

Referências:

- 1 IBGE. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade** - 1980 -2050 - Revisão 2008. Rio de Janeiro: Diretoria de Pesquisas - Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2008.
- 2 _____. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.
- 3 _____. **Síntese de Indicadores Sociais** - Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro 2010.
- 4 WORLD HEALTH ORGANIZATION. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. p. 1-60.
- 5 BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE DF. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Documentação e Informação; 1990.
- 6 CENSUS BUREAU US. World Population 1950 to 2050. In: Census Bureau IDB, editor. Washington: Census Bureau, International Date Base; 2011 update.
- 7 LUTZ W, SANDERSON W, SCHERBOV S. The End of World Population Growth in the 21st Century: New Challenges for Human Capital. Nature Publishing Group; 2004. p. 17-84.
- 8 PREVENTION U-NCFC, HEALTH PROMOTION - DIVISION OF NUTRITION PA, OBESITY. U.S. Physical Activity Statistics. In: Nutrition CfDC, Prevention. Division o, editors. Atlanta: Division of Nutrition, Physical Activity and Obesity - National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 2010.

- 9 ROWE JW, KAHN RL. Human aging: usual and successful. *Science*. 1987;237(4811):143-9.
- 10 Oliveira SCMd, Pinto-Neto AM, Conde DM, Góes JRN, Santos-Sá D, Costa-Paiva L. Incontinência fecal em mulheres na pós-menopausa: prevalência, intensidade e fatores associados. *Arquivos de Gastroenterologia*. 2006;43:102-6.
- 11 Crowther MR, Parker MW, Achenbaum WA, Larimore WL, Koenig HG. Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited. *The Gerontologist*. 2002;42(5):613-20.
- 12 FRISANCHO AR. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1981;34(11):2540-5.
- 13 PINTO PF. Envelhecimento Ativo, Capacidade Funcional e Atividade Física: análise de fatores que contextualizam o processo de envelhecimento e sua percepção por parte de pessoas idosas. Lisboa, Portugal: Universidade Nova de Lisboa; 2014.
- 14 SCAZUFCA M, MENEZES PR, VALLADA HP, CREPALDI AL, PASTOR-VALERO M, COUTINHO LMS, et al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. *International Psychogeriatrics*. 2008;20(02):394-405.
- 15 KARP A, ANDEL R, PARKER MG, WANG H-X, WINBLAD B, FRATIGLIONI L. Mentally Stimulating Activities at Work During Midlife and Dementia Risk After Age 75: Follow-Up Study From the Kungsholmen Project. *American Journal of Geriatric Psych*. 2009;17(3):227-36 10.1097/JGP.0b013e318190b691.
- 16 MINISTÉRIO DA SAÚDE MS. Vigitel Brasil 2014, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. In: Pública DdS, editor. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Abril 2014. p. 102
- 17 BOUCHARD DR, DIONNE IJ, BROCHU M. Sarcopenic/obesity and physical capacity in older men and women: data from the Nutrition as a Determinant of Successful Aging (NuAge)-the Quebec longitudinal Study. *Obesity (Silver Spring)*. 17. United States 2009. p. 2082-8.
- 18 TUAH NA, AMIEL C, QURESHI S, CAR J, KAUR B, MAJEED A. Transtheoretical model for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 (10):Cd008066. PubMed PMID: 21975777. Epub 2011/10/07. eng.
- 19 MENEZES TND, MARUCCI MDFN. Perfil dos indicadores de gordura e massa muscular corporal dos idosos de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:2887-95.
- 20 PERRY S, SHAW C, MCGROTHER C, MATTHEWS RJ, ASSASSA RP, DALLOSSO H, et al. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut*. 2002 Apr;50(4):480-4. PubMed PMID: 11889066. PMCID: Pmc1773171. Epub 2002/03/13. eng.
- 21 KOK A, VOORHORST F, BURGER C, VAN HOUTEN P, KENEMANS P, JANSSENS J. Urinary and faecal incontinence in community-residing elderly women. *Age and Ageing*. 1992;21(3):211-5.