

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS PARA OBESIDADE DE MULHERES IDOSAS NA CIDADE DE PERDIZES – MINAS GERAIS.

SUZIANE PEIXOTO DOS SANTOS;
ROMEU PAULO MARTINS SILVA
UNIARAXA, ARAXÁ-MG, BRASIL
SUZI.PS@IG.COM.BR

1- INTRODUÇÃO

Até pouco tempo, falar de longevidade no Brasil seria especular sobre um tema apenas com cálculos projetivos. Hoje sociólogos, estatísticos, demográficos, profissionais da área da saúde vêm se dedicando em falar sobre o assunto. No Brasil, o mesmo fenômeno se deu a cerca de cinquenta anos, período tido como relativamente curto, se comparado ao período onde esse fenômeno ocorreu nos países desenvolvidos (BERQUÓ, 1996).

O envelhecimento é acompanhado de alterações orgânicas e dos fatores de crescimento. Ocorre gradual redução das funções musculares, as pessoas tendem a se tornar menos ativas, pois suas capacidades físicas são diminuídas, o estado psicológico torna-se alterado, e adoecem com mais frequência, fazendo com que o processo se aumente gradadamente (WOLINSKY; HICKSON, 2002).

A obesidade é considerada como doença, e vem merecendo atenção cada vez maior por parte dos médicos e instituições de saúde, tal fato decorre devido ao número cada vez maior de obesos em todo o mundo, inclusive no Brasil. O sedentarismo é uma característica do mundo moderno, o estresse do dia a dia nos impõe hábitos alimentares diferentes, as principais refeições passa a ocupar um lugar cada vez menor na nossa carga horária, com os sanduíches e salgados tendo um lugar de destaque em nossa alimentação, sendo assim deixado de lado as refeições ricas em nutrientes (WOLINSKY; HICKSON, 2002).

O indivíduo é considerado obeso quando a quantidade de gordura relativa à massa corporal se iguala ou excede a 30% em mulheres e a 25% em homens. A obesidade grave é caracterizada por um conteúdo de gordura corporal que exceda 40% em mulheres e 35% em homens. Devido ao fato de o índice de massa corporal (IMC) evidenciar uma proporção entre estatura e massa corporal, não quantificando a gordura corporal, Linschitz, 1994 apud Cuppari 2002, através do SISVAN adotado pelo Ministério da Saúde, caracteriza o IMC para idosos da seguinte forma: baixo peso (IMC menor ou igual a 22kg/m^2), normal/eutrófico (IMC maior que 22kg/m^2 e menor que 27kg/m^2) e obesidade (IMC maior ou igual a 27kg/m^2) (CUPPARI, 2002).

Assim esperamos através deste estudo conhecer o perfil antropométrico de idosos da cidade de Perdizes, podendo posteriormente fornecer subsídios para a população que foi objeto de nosso estudo.

2- METODOLOGIA

Participaram deste estudo 75 voluntárias, do gênero feminino, com idade igual ou superior a 60 anos, frequentadoras dos Postos de Saúde da Cidade de Perdizes.

A amostra probabilística foi definida em 3 estágios. No primeiro, 12 voluntárias foram sorteadas de forma aleatória e proporcional ao número de indivíduos do setor, no segundo estágio, 33 voluntárias foram sorteadas de forma aleatória e proporcional ao número de indivíduos dentro do setor e no terceiro estágio, 30 voluntárias foram sorteadas de forma aleatória e proporcional ao número de indivíduos do setor. O cálculo da amostra considerou uma prevalência de 20% das mulheres idosas, existentes na cidade de Perdizes – Minas Gerais.

Antropometria

A mensuração das medidas foi executada nos Postos de Saúde das voluntárias participantes, pela pesquisadora.

Foram analisadas as medidas antropométricas de massa corporal (kg), estatura (m), perímetro da cintura (cm), perímetro do quadril (cm). A avaliação da composição corporal foi obtida através da mensuração de espessura do tecido adiposo subcutâneo. Para tanto, foram mensuradas as dobras tricipital (mm), suprailíaca (mm) e abdominal (mm).

Para os dados antropométricos de massa corporal (MC) e da estatura (E), foi utilizada uma balança de marca Filizola, com um estadiômetro acoplado.

As classificações do IMC das idosas foram: baixo peso, normal/Eutrófico e obesas, através do índice de massa corporal (IMC), produto da divisão massa corporal pela altura ao quadrado (MC/A^2). O critério de diagnóstico utilizado foi estabelecido Linschitz, 1994 apud Cuppari, 2002, adotado pelo Ministério da Saúde, através do SISVAN para avaliação de idosos, conforme a seguinte caracterização: baixo peso (IMC menor ou igual a 22kg/m^2), normal/eutrófico (IMC maior que 22kg/m^2 e menor que 27kg/m^2) e obesidade (IMC maior ou igual a 27kg/m^2) (CUPPARI, 2002)

O perímetro da cintura e do quadril foram mensurados com uma fita antropométrica. Para a tomada do perímetro da cintura, a fita foi posicionada ao redor da menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca, acima da cicatriz umbilical. A mensuração do perímetro do quadril foi realizada posicionando-se a fita ao redor da região do quadril, na área de maior protuberância.

A distribuição da gordura corporal foi estimada pela relação cintura/quadril (RCQ), foram utilizados a classificação por Bray; Gray (1988) em mulheres de 60 anos adiante, onde classificam em risco baixo (menor ou igual a 0,76), risco moderado (de 0,76 à 0,83), risco alto (de 0,84 à 0,90) e risco muito alto (maior ou igual a 0,90), através da divisão do perímetro da cintura pelo perímetro do quadril (C/Q).

A avaliação das dobras cutâneas é obtida através da mensuração de espessura do tecido adiposo subcutâneo. Para tanto, foram mensuradas as dobras suprailíaca (SI), tricipital (TR) e a abdominal (AB) para as mulheres e a quantidade de gordura foi estimada pela equação preditiva proposta por Jackson; Pollock (1985) e Siri (1961).

A densidade corporal foi obtida pelas equações de predição:

a) (Jackson; Pollock, 1985 apud MARINS; GIANNICHI, 2003, p. 50).

Densidade corporal = $1,089733 - 0,0009245 (\Sigma 3 \text{ dobras}^*) + 0,0000025 (\Sigma 3 \text{ dobras}^*)^2 - 0,0000979(\text{idade});$

* dobras cutâneas (tríceps + suprailíaca + abdominal)

Σ - Soma

O percentual de gordura (%GC) foi obtido através da equação:

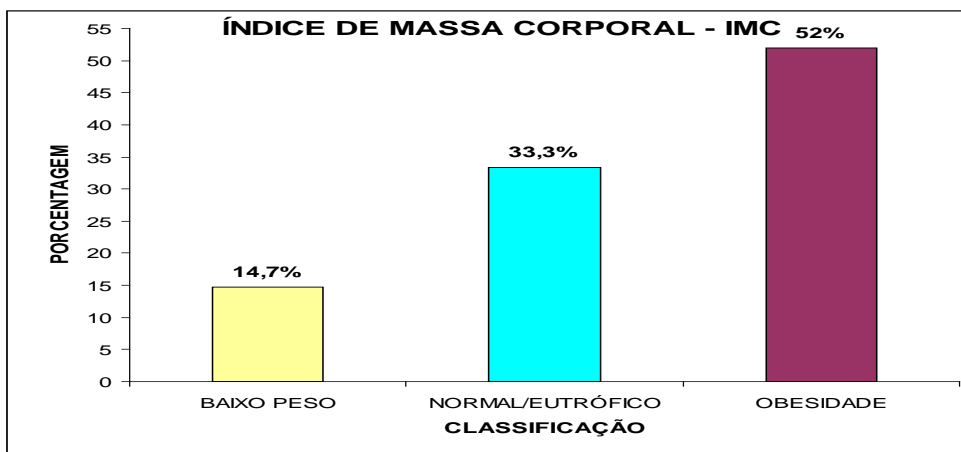
a) (SIRI, 1961 apud MARINS; GIANNICHI, 2003, p. 51).

$\%G = [(4,95/DC) - 4,50] \times 100.$

3- RESULTADO

3.1- Índice de Massa Corporal – IMC

Com relação ao IMC, podemos observar que as voluntárias apresentaram com 14,7% na condição de baixo peso, 33,3% estavam normal/eutrófica e em 52% houve a prevalência de obesidade, pelos critérios de classificação seguindo Linschitz (1994).

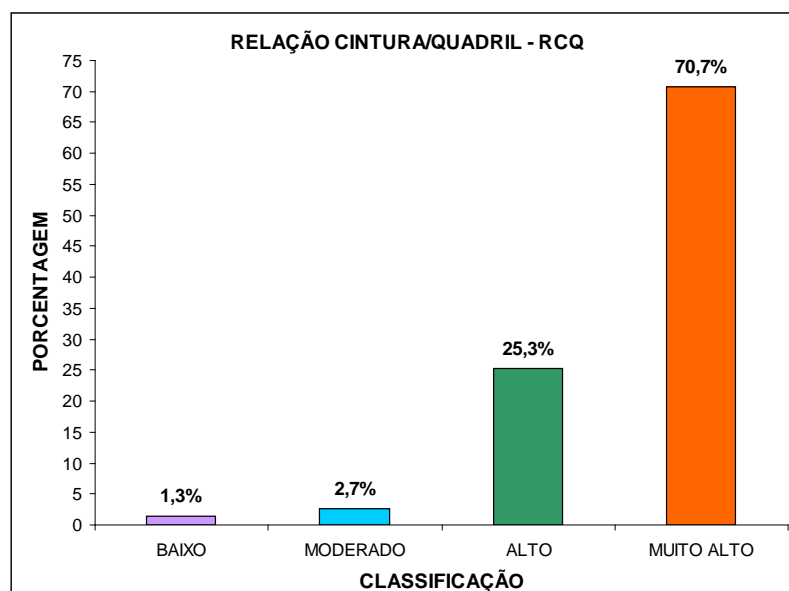


3.1 – Índice de massa corporal – IMC: Baixo peso ($<$ ou $=$ 22kg/m^2); Normal/eutrófico ($>$ 22kg/m^2 e $<$ 27kg/m^2); Obesidade ($>$ ou $=$ a 27kg/m^2) (LINSCHITZ, 1994 apud CUPPARI, 2002).

3.2. Relação Cintura /Quadril – RCQ

Com relação ao RCQ, podemos observar que as voluntárias apresentaram com apenas 1,3% na condição de baixo, 2,7% na condição de moderado, 25,3% estavam na classificação alta e em 70,7% das voluntárias estudadas foi considerado muito alto, considerando assim riscos de doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, doenças articulares, etc.

Gráfico 2



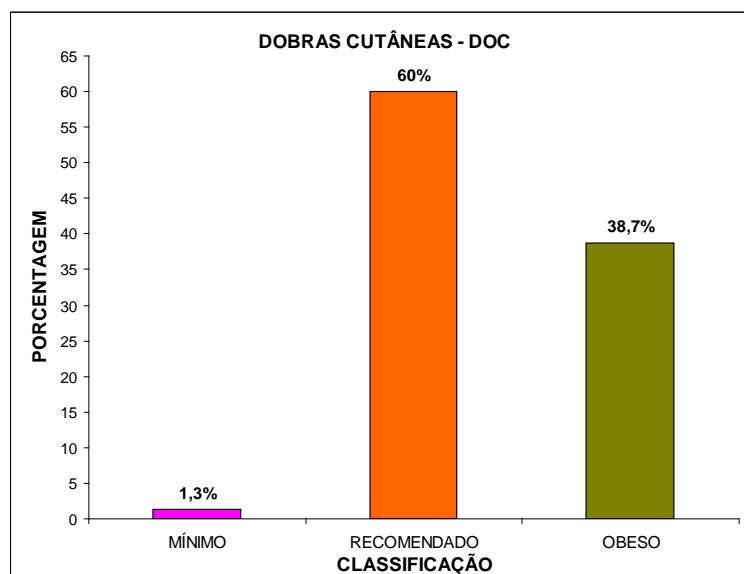
3.2 – RCQ – Risco Baixo ($<$ 0,76); Risco Moderado (0,76 - 0,83); Risco Alto (0,84 - 0,90); Risco Muito Alto ($>$ 0,90) (BRAY; GRAY, 1988 apud MARINS; GIANNICHI, 2003 p. 74).

3.3. Dobras Cutâneas – DOC

Com relação à porcentagem de gordura corporal, verificada através das dobras cutâneas – DOC, podemos observar que somente 1,3% da população estudada encontra com o percentual de gordura mínimo, 60% estão com o percentual de gordura no nível

recomendado e 38,7% das voluntárias encontram-se com o percentual de gordura acima do recomendado, portanto obesas.

Gráfico 3



3.3 - DOC - % G : Mínimo (< de 20%); Recomendado (20% a 40%); Obeso (>40%) (ACSM Health Fitness J., 2001 apud SCOOT, G.; DAVIS, R. 2003, p.400)

4. DISCUSSÃO

4.1. Índice de Massa Corporal – IMC

Com relação ao IMC, podemos observar que as voluntárias apresentaram-se com 14,7% na condição de baixo peso, 33,3% estavam normal/eutrófica e em 52% houve a prevalência alta de obesidade.

Um estudo recente feito por Marques et al. (2005), na população nordeste do Brasil (Pernambuco), com 224 idosas, encontrou uma prevalência de 25,6% de obesidade, com idade de 60-79 anos.

Nos idosos, a classificação do IMC diferem daqueles sugeridos pela OMS, para a população adulta, onde os limites de magreza o IMC menor do que 18,5Kg/m², a eutrofia o IMC situa entre 18,5 Kg/m² a 25 Kg/m² e o sobrepeso IMC maior ou igual a 25 Kg/m².

A perda de massa magra, o aumento da gordura corpórea, as modificações na curvatura da coluna vertebral, com implicações da redução da estatura, as alterações na elasticidade da pele e o relaxamento da musculatura abdominal são fatores inerentes ao processo de envelhecimento que ocasionam limitações de validade às medidas antropométricas tradicionais. Por isso este estudo se preocupou em avaliar outras variáveis.

4.2. Relação cintura/quadril – RCQ

Com relação ao RCQ, podemos observar que as voluntárias apresentaram com apenas 1,3% na condição de baixo, 2,7% na condição de moderado, 25,3% estavam na classificação alta e em 70,7% das voluntárias estudadas foi considerado muito alto.

Estudo de Umersbach et al., (2006), analisando a distribuição de gordura em mulheres de diferentes grupos etários por meio de tomografia computadorizada, mostrou que o

envelhecimento leva a redistribuição e internalização da gordura abdominal, principalmente entre as mulheres.

Nos idosos ocorre o aumento de 20 a 30% na gordura corporal total (2 a 5% por década, após os 40 anos) e modificação da sua distribuição, tendendo a ser mais central, abdominal e visceral. No sexo feminino, a gordura deposita-se mais na região nas nádegas e coxas (aparência de “pêra”).

4.3. Dobras cutâneas – DOC

Com relação à porcentagem de gordura corporal, verificada através das dobras cutâneas – DOC, podemos observar que somente 1,3% da população estudada encontra com o percentual de gordura mínimo, 60% estão com o percentual de gordura no nível recomendado e 38,7% das voluntárias encontram-se com o percentual de gordura acima do recomendado, portanto obesas.

A massa corporal magra no idoso, é de 30 a 40 %, isso apresenta a perda de proteína tanto muscular quanto visceral e resulta em alterações funcionais e metabólicas. As alterações fisiológicas do envelhecimento alteram com o passar dos anos, portanto a composição corporal e as conseqüências dessas alterações são evidentes nos idosos.

Alguns peritos desencorajam o uso do método DOC para avaliar a composição corporal de idosos. Com o envelhecimento, o tecido adiposo é redistribuído, com níveis relativamente maiores de gordura subcutânea e interna depositados no tronco e não nas extremidades. A diminuição na elasticidade e hidratação da pele, relacionada à idade, bem como a diminuição no tamanho das células de gordura, podem aumentar a compressibilidade da gordura subcutânea e tecidos conjuntivos. Peritos, no entanto sugerem o uso de métodos alternativos, como de circunferência ou de BIA para estudar a composição corporal nos idosos (HEYWARD; STOLARCZYK, 2000).

5- CONCLUSÃO

Concluimos que as idosas avaliadas da cidade de Perdizes – Minas Gerais possuem uma tendência para desenvolver um quadro de obesidade. Complexos fatores fisiológicos, genéticos, culturais e psicológicos contribuem para o problema e este não pode ser atribuído exclusivamente a uma força de vontade insuficiente ou a um déficit pessoal. O exercício físico constitui um importante prognosticador do sucesso para a redução de peso, razão pela qual uma maior atividade física é um objetivo-chave para os que desejam perder peso.

Palavras-Chave: Idoso, medidas antropométricas, obesidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERQUÓ, E. “Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil”. In. ANAIS DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL. **“Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para o Fim do Século”**. Brasília, 1996. p.30.

CUPPARI, L. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. Nutrição Clínica no Adulto**. 2. ed. São Paulo: Manole: 2002. 490 p.

DANTAS, E. H. M.; OLIVEIRA, R. J. **Exercício, maturidade e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003. 304 p.

HEYWARD, V. H.; STOLARCZYK, L.M. **Avaliação da composição corporal aplicada**. São Paulo: Manole, 2000. 243 p.

MAHAN, L. K.; ESCITT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10. ed. São Paulo: Roca LTDA, 2002. 1157 p.

MAHAN, L. K.; ESCITT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Roca LTDA, 2005. 1242 p.

MARINS, J. C. B.; GIANNICHI R. S. **Avaliação e prescrição de atividade física: Guia prático**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003. 341 p.

MARQUES, Ana Paula et al. Prevalência de Obesidade e Fatores Associados m Mulheres Idosas. **Revista Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo**, Recife, v. 49, n. 3, p. 441-448, Junho. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 de out. 2006.

POLLOCK M. L.; WILMORE J. H. **Exercício na saúde e na doença: Avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica LTDA, 1993. 718 p.

URMESBACH, Carmem Beatriz et al. O estado nutricional dos idosos institucionalizado no Lar Moriá. **Arquivos Médicos da Universidade Luterana no Brasil**, Canoas. v. 9, n. 1, p.7-18, maio 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 06 nov. 2006.

WOLINSKY, I.; HICKSON, J. F. JR. **Nutrição no exercício e no esporte**. São Paulo: Roca LTDA, 2002. 646 p.

Suziane Peixoto dos Santos
R. Marco Aurélio Gonçalves, 70
Jardim Karaíba, Uberlândia-MG
34-9991-0708