

*RELAÇÃO ENTRE EQUILÍBRIO,
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
E CONDIÇÕES DE SAÚDE
EM IDOSOS PARTICIPANTES
DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA*

Janaína Kácia Brandão Oliveira¹
Stênio Fernando Pimentel Duarte²
Luciana Araújo dos Reis³

resumo

Este artigo tem por objetivo identificar a relação entre equilíbrio, dados sociodemográficos e condições de saúde em idosos participantes de grupos de convivência. Trata-se de uma pesquisa analítica de delineamento transversal e abordagem quantitativa, com amostra de 82 idosos. O instrumento foi constituído de avaliação cognitiva, dados sociodemográficos, condições de saúde, avaliação da capacidade funcional, teste de equilíbrio, teste sentar levantar, teste agachar e

1 Graduada em Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR).
E-mail: janaina_kacia@hotmail.com

2 Graduado em Ciências Biológicas. Doutorado em Ciências (Fisiopatologia Clínica e Experimental). Professor Titular da Faculdade Independente do Nordeste, vinculado ao Colegiado de Farmácia. E-mail: steniofernando@gmail.com

3 Graduada em Fisioterapia. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Titular da Faculdade Independente do Nordeste, vinculada ao Colegiado de Enfermagem. E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br

pegar um lápis no chão, teste de caminhada e força de preensão manual. Os dados foram analisados por meio de análise descritiva e Teste do Qui-quadrado, com um nível de significância de 5%. Na avaliação das condições de saúde, verificou-se que houve uma maior frequência de idosos com presença de doenças (80,5%), com funções cognitivas preservadas (76,8%), classificados como independentes nas atividades básicas de vida diária (87,8%), classificados como dependentes nas atividades instrumentais de vida diária (75,6%) e com presença de dor (63,4%). Quanto ao índice de massa corporal, verificou-se uma maior distribuição de idosos com excesso de peso (54,9%), com média de peso de 25,54 ($\pm 9,23$) kg. Encontrou-se diferença estatística significativa entre as variáveis, IMC (acima de 27 kg/m²) e limitação do equilíbrio ($p=0,003$), e entre limitação do equilíbrio e limitação do teste de caminhada ($p=0,004$). Constatou-se no presente estudo que o IMC (acima de 27 kg/m²) e a limitação no teste de caminhada influenciam no comprometimento do equilíbrio.

palavras-chave

Envelhecimento. Equilíbrio. Saúde.

1 Introdução

O envelhecimento é um processo comum a todos os seres vivos e uma experiência compartilhada por todo ser humano, mas nem sempre compreendido. Por isso, é fundamental não somente entender o processo do envelhecimento, mas também determinar as causas e as intervenções necessárias para uma melhor qualidade de vida.

De acordo com dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), no Brasil, observa-se um aumento continuado da população com idade igual ou superior a 65 anos na totalidade dos estados, que correspondia a 4,8% em 1991, alcançando 7,4% em 2010. Na região Nordeste, por exemplo, a proporção de idosos passou de 5,1%, em 1991, a 7,2%, em 2010 (IBGE, 2009).

Este contexto vivenciado pelo Brasil, no qual a população idosa tem crescido acentuadamente, tem também ocasionado uma modificação nas causas de morte por doenças infectocontagiosas, sendo agora representadas por doenças crônico-degenerativas. Essas patologias podem provocar disfunções em vários órgãos e funções no idoso, como distúrbios da postura e do equilíbrio.

Modificações adicionais relacionadas com o envelhecimento incluem redução da capacidade de controle postural, que é a capacidade inerente de

manter o centro de massa sobre uma base de apoio, entre os limites de estabilidade (FHON et al., 2012). Esse processo ocorre, sobretudo, de forma eficaz pela ação dos sistemas visual, vestibular e somatossensorial, que enviam sinais ao sistema nervoso central, o qual pode ajustar a oscilação do corpo e a postura, integrando essas informações ao controle dos músculos esqueléticos para gerar torques conjuntos e adequados e ajustar ângulos articulares (FERREIRA et al, 2010).

Assim, o equilíbrio depende da capacidade do indivíduo para manter o controle postural em uma grande variedade de condições, sejam elas estáticas ou dinâmicas, bem como a capacidade de perceber os limites de estabilidade. O desequilíbrio é um dos fatores que podem limitar hoje a vida dos idosos, pois em 80% dos casos não pode ser atribuído a uma causa específica, mas sim a um comprometimento do sistema de equilíbrio como um todo (SILVA et al., 2010).

Os sistemas somatossensorial, visual e vestibular demonstram alterações com o envelhecimento e podem, posteriormente, fornecer *feedback* reduzido ou inapropriado para os centros de controle postural. Além disso, os músculos efetores podem perder a capacidade de responder, apropriadamente, aos distúrbios na estabilidade postural. A associação dessas modificações gera alterações do equilíbrio que, por sua vez, podem favorecer a ocorrência de quedas (GARCIA et al., 2011).

O envelhecimento compromete a habilidade do sistema nervoso central em realizar o processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal, bem como diminui a capacidade de modificações dos reflexos adaptativos (SILVA et al., 2013). Esses processos degenerativos são responsáveis pela ocorrência de vertigem e/ou tontura e de desequilíbrio na população geriátrica.

As manifestações dos distúrbios do equilíbrio corporal têm grande impacto para os idosos, podendo levá-los à redução de sua autonomia social, uma vez que acabam reduzindo suas atividades de vida diária, pela predisposição a quedas e fraturas, trazendo sofrimento, imobilidade corporal, medo de cair novamente e altos custos com o tratamento de saúde (MOTTA et al., 2010; CHODZKO-ZAJKO et al., 2009). As quedas são as consequências mais perigosas na presença do desequilíbrio e da dificuldade de locomoção, sendo seguidas de fraturas, deixando os idosos acamados por dias ou meses e sendo responsável por até 70% das mortes acidentais em pessoas com mais de 75 anos (MACIEL; ARAÚJO, 2010). Nesta perspectiva, o presente artigo tem por objetivo identificar a relação entre equilíbrio, dados sociodemográficas e condições de saúde em idosos participantes de grupos de convivência.

2 Métodos

Inicialmente, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (Protocolo nº 0192.0.454.000-11). Todos os participantes do estudo assinaram livremente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, foram agendados os encontrados para coleta dos dados, que aconteceu de maneira individualizada e respeitando a rotina de trabalho do grupo.

Trata-se de uma pesquisa do tipo analítica com delineamento transversal e abordagem quantitativa. O local de estudo foi um Centro de Convivência de Idosos, no município de Vitória da Conquista/BA, situado na região sudoeste do estado da Bahia. Criado desde 1997, hoje atende cerca de 500 idosos, tendo como objetivo a valorização do idoso por meio de atividades na loja de artesanato, nas aulas de alfabetização, nas oficinas de dança, nos eventos e viagens turísticas e atendimentos médicos.

A amostra do estudo foi composta por 82 idosos que frequentaram o centro de convivência no período da coleta, com 60 anos ou mais de ambos os sexos, apresentando condições mentais para responder à aplicação do instrumento de pesquisa (pontuação acima de 24 pontos no Mini Exame-Estado Mental/MEEM) e não apresentando cirurgia no braço ou na mão nos três meses anteriores à coleta de dados. As condições mentais foram avaliadas pelo Mini Exame-Estado Mental (MORÉS, 2013).

O instrumento de estudo foi constituído de avaliação cognitiva, dados sociodemográficos, condições de saúde, avaliação da capacidade funcional, teste de equilíbrio, teste de sentar e levantar, teste de agachar e pegar um lápis no chão, teste de caminhada e força de preensão manual. Na avaliação cognitiva, foi utilizada a escala Mini Exame-Estado Mental (MEEM) (MORÉS, 2013) para detectar o déficit cognitivo nos idosos, compostos por dez perguntas, a qual avalia quatro parâmetros memória a curto e longo prazo, orientação, informações do cotidiano e capacidade cálculo. A pontuação é feita da seguinte forma: 30 a 26 pontos (funções cognitivas preservadas); 26 a 24 pontos (alteração não sugestiva de déficit) e 23 pontos ou menos (sugestivo de déficit cognitivo).

As informações sociodemográficas foram avaliadas por meio de um questionário com as seguintes variáveis: *sexo, faixa etária, renda, tipo de renda e estado civil*. As condições de saúde foram identificadas através de questionários sobre a presença e tipo de problemas de saúde, presença e tipo de sequelas, avaliação da dor e autopercepção do estado de saúde.

A capacidade funcional foi avaliada por meio do índice de Barthel (IBGE, 2009) e da Escala de Lawton (MINOSSO et al., 2010). O Índice de Barthel é utilizado para avaliar a capacidade funcional e é composto por 10 atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas. O escore corresponde à soma de todos os pontos obtidos, sendo considerado independente o indivíduo que atingir a pontuação total, isto é, 100 pontos. Pontuações abaixo de 50 indicam dependência em atividades de vida diária (ARAÚJO; FARO, 2012). A Escala de Lawton é utilizada para avaliar a capacidade funcional e engloba atividades mais complexas necessárias para uma vida social mais autônoma, tais como: telefonar, efetuar compras, preparar as refeições, arrumar a casa ou cuidar do jardim, fazer reparos em casa, lavar e passar a roupa, usar meios de transporte, usar medicação e controlar finanças particulares e/ou da casa. Para cada questão, a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira dependência. A pontuação máxima é 27 pontos (ARAÚJO; FARO, 2012).

O teste de Flexibilidade/mobilidade: O teste “agachar e pegar o lápis no chão” proposto para observar a flexibilidade/mobilidade dos músculos posteriores da perna e para verificar a capacidade de abaixar e levantar dos idosos. O indivíduo ficava em posição ereta com os pés juntos, agachava-se e apanhava o lápis a 30 centímetros à frente da ponta dos seus pés. Ficava novamente em pé no tempo de 30 segundos. Foi observado se o indivíduo conseguiu cumprir o teste ou não, se sim, em quanto tempo conseguiu realizá-lo (BARBOSA et al., 2005).

Teste de Sentar e Levantar (TSL): Teste utilizado como medida de força de membros inferiores em indivíduos idosos. O indivíduo iniciava o teste em sedestação, com a coluna ereta e os braços cruzados sobre o peito, pés afastados à largura dos ombros e totalmente apoiados no solo e um dos pés deve estar ligeiramente avançado em relação ao outro para ajudar a manter o equilíbrio. O indivíduo devia se levantar cinco vezes, o mais rápido possível, sem fazer nenhuma pausa. O teste é considerado concluído com êxito quando realizado em tempo igual ou inferior a 60 segundos (BARBOSA et al., 2005).

Teste de caminhar 2,44m: Utilizado para avaliar a mobilidade física, velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico. O indivíduo caminhava no trajeto marcado no chão (2,44 m), em sua velocidade normal, como se estivesse caminhando na rua, sendo verificado se o mesmo conseguia ou não realizar o teste e quantos segundos eram gastos pela primeira e segunda vez (BARBOSA et al., 2005).

Equilíbrio: Utilizado para avaliar o equilíbrio estático. Inicialmente, o indivíduo permanecia em pé, por 10 segundos, mantendo os pés juntos e olhos abertos. Depois, deveria permanecer em pé, por 10 segundos, colocando o calcanhar de um pé na frente do outro, mantendo os olhos abertos. Posteriormente, o indivíduo deveria permanecer em pé, apoiando-se na outra perna por 10 segundos, sem utilizar qualquer tipo de apoio. Finalmente, o indivíduo deveria permanecer em pé, apoiando-se na outra perna, por 10 segundos, sem utilizar qualquer tipo de apoio. O avaliado era classificado como incapaz se não conseguisse realizar nenhuma tarefa, fraco, se não fosse capaz de realizar somente a tarefa 1; médio, se fosse capaz de realizar somente a tarefa 1 e 2; e bom se fosse capaz de realizar somente a tarefa 1 e 2 mais a 3 e/ou a 4 (BARBOSA et al., 2005).

A força de preensão manual: foi avaliada por meio de um dinamômetro manual hidráulico SAEHAN modelo SH500, ajustado para cada indivíduo de acordo com o tamanho das mãos, realizando três medidas no braço esquerdo e direito dos participantes, de forma alternada por segmento. Em cada uma das medidas, o examinado estava sentado com o ombro em posição neutra, cotovelo a 90°, antebraço na posição neutra e o punho entre 0 a 30° de extensão e 0 a 15° de desvio ulnar e o indivíduo fez um aperto no dinamômetro com a força das mãos e, no final, o registro da força foi estabelecido em quilogramas/força[kg/f]. Foram realizadas três tentativas com um período de recuperação de um minuto entre elas e a média das três foi o valor da FPM. Os idosos submetidos a alguma cirurgia no braço ou na mão nos três meses anteriores à coleta dos dados foram excluídos do teste (BARBOSA et al., 2005).

As análises de dados foram realizadas por meio do *software* estatístico SPSS, versão 20.0. Foi realizada análise descritiva das variáveis de estudo, mediante a distribuição de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (mediana). O valor da mediana foi utilizado para montar as categorias das variáveis do estudo (*faixa etária, valor da renda, atividades básicas e instrumentais de vida diária, e índice de massa corporal*). Foi também aplicado o Teste do Qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3 Resultados

Na Tabela 1, são apresentados os dados sociodemográficos dos idosos referentes a *sexo, faixa etária, renda, com renda, estado civil e profissão*.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos idosos participantes de grupos de convivência para a Terceira Idade. Vitória da Conquista/BA, 2014.

	n	%
Sexo		
Feminino	76	92,7
Masculino	6	7,3
Faixa Etária		
≥ 68 anos	44	53,7
< 68 anos	38	46,3
Valor da Renda		
≤ 1 Salário-Mínimo	61	74,4
> 1 Salário-Mínimo	21	25,6
Tipo de Renda		
Aposentadoria	17	20,7
Pensão	39	47,6
Aposentadoria e Pensão	16	19,5
Outro	10	12,2
Estado Civil		
Casado (a)/União Estável	29	35,4
Solteiro (a)	12	14,6
Viúvo (a)	31	37,8
Separado (a)/desquitado (a)/divorciado (a)	10	12,2
Total	82	100,0

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

A Tabela 2 demonstra as condições de saúde referentes à presença de doenças, funções cognitivas, atividades básicas de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, presença de dor, autopercepção de saúde e índice de massa corporal.

Tabela 2 – Características das condições de saúde dos idosos participantes de grupos de convivência para a Terceira Idade. Vitória da Conquista/BA, 2014.

	n	%
Presença de Doenças		
Sim	66	80,5
Não	16	19,5
Mini exame do Estado Mental		
Função cognitiva preservada	63	76,8
Alteração cognitiva não sugestiva de déficit	19	23,2
Atividades Básicas de Vida Diária		
Independente	72	87,8
Dependente	10	12,2
Atividades Instrumentais de Vida Diária		
Independente	20	24,4
Dependente	62	75,6
Presença de Dor		
Sim	52	63,4
Não	30	36,6
Autopercepção de saúde		
Excelente	14	17,1
Muito Boa	18	22
Boa	29	35,4
Razoável	15	18,3
Péssima	6	7,3
Índice de Massa Corporal		
Peso Insuficiente (< 22 kg/m ²)	6	7,3
Peso adequado (22 a 27 kg/m ²)	31	37,8
Excesso de Peso (>27 kg/m ²)	45	54,9
Total	82	100,0

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

A avaliação dos testes de desempenho motor (atividade agachar e pegar um lápis no chão, atividade sentar e levantar, teste de caminhada, força de prensão manual e atividade de equilíbrio) é mostrada na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo as atividades os testes de desempenho motor. Vitória da Conquista/BA, 2014.

	n	%
Agachar e pegar o lápis no chão		
Com limitação	70	85,4
Sem limitação	12	14,6
Sentar/Levantar		
Com limitação	6	7,3
Sem limitação	76	92,7
Teste de Caminhada		
Com limitação	3	3,7
Sem limitação	79	96,3
Força de Prensão Manual		
Com limitação	17	20,7
Sem limitação	65	79,3
Equilíbrio		
Com limitação	15	18,3
Sem limitação	67	81,7
Total	82	100,0

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

Com a aplicação do teste do Qui-quadrado (χ^2) entre as variáveis do estudo: dados sociodemográficas (*sexo, faixa etária, renda, tipo de renda e estado civil*), condições de saúde (presença de doenças e de dor, MEEM, ABVD, AIVD, autopercepção de saúde, IMC e atividades de desempenho motor), encontrou-se diferença estatística significativa apenas entre as variáveis, IMC (acima de 27 kg/m²) e limitação do equilíbrio ($p=0,003$), e entre limitação do equilíbrio e limitação do teste de caminhada ($p=0,004$).

4 Discussão

No presente estudo, houve uma maior frequência de idosos do sexo feminino, na faixa etária maior ou igual a 68 anos, com renda menor que um salário mínimo e viúvos. Tanto a distribuição entre as faixas etárias como a distribuição com relação ao sexo refletem a realidade do país, visto que a mulher figura em maior número na faixa etária acima de 60 anos (LENARDT; CARNEIRO, 2013). A predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino resulta da menor exposição a determinados fatores de risco, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferença quanto à postura em relação a doenças e incapacidade e uma maior cobertura de assistência de gineco-obstetrícia (TIBULO; CARLI; DULLIUS, 2012).

Quanto à renda, verificou-se que a maior parte dos idosos apresentava aposentadoria de 1 salário-mínimo. Em estudo realizado no Nordeste do Brasil, constatou-se que 50% dos idosos, com 80 anos ou mais, obtinham uma renda até meio salário-mínimo, sendo que na faixa entre 60 a 69 anos este percentual foi de cerca de 35% (MORÉS, 2013). A maior frequência do estado civil referente a viúvo é semelhante a estudo no qual foi obtido uma maior frequência de idosos com estado civil referente a viúvo (64,6%) (LENARDT; CARNEIRO, 2013).

No presente estudo, observou-se que a maior parte dos idosos relatou presença de problemas de saúde, sendo a hipertensão arterial a doenças mais comum, corroborando com o estudo no qual a doença mais relatada pelos idosos participantes foi a hipertensão arterial (TORRES et al., 2010), sendo considerada uma das causas mais comuns de morbidade e mortalidade prematura. Além da alta prevalência, constitui fator de risco para complicações cardiovasculares, estando diretamente associada à incapacidade e à dependência, repercutindo negativamente na qualidade de vida do idoso e fazendo com necessitem de cuidados prestados por outrem (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Na avaliação da capacidade funcional, observou-se uma maior predominância de idosos classificados como independentes nas Atividades Básicas de Vida Diária/ABVD, corroborando com estudo no qual 52,9% são totalmente independentes para realização das suas atividades diárias (SANTOS; SILVA; SILVA, 2012). Além disso, na avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária/AIVD, constatou-se uma maior frequência de idosos classificados como dependentes, corroborando com estudo que obteve uma maior frequência de idosos dependentes (SANTOS; SILVA; SILVA, 2012). Portanto, a predominância de idosos independentes nas ABVD pode ser justificada pelo fato dos idosos

avaliados serem ativos, participarem de atividades de artesanato e danças, confraternizações e viagens no centro de convivência.

A maior distribuição de idosos com excesso de peso segundo dados do presente estudo é preocupante uma vez que está diretamente relacionada com uma menor capacidade funcional em idosas fisicamente ativas, maior relato de casos de depressão, e maior chance de morte, além da maior chance de desenvolver hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipertrigliceridemia e doenças cardíacas. O excesso de peso nos idosos avaliados está diretamente relacionado com o comprometimento do equilíbrio.

Na avaliação dos testes de desempenho motor, observou-se que houve uma maior distribuição de idosos sem limitação das atividades de caminhar, sentar e levantar, agachar e equilíbrio. Tratando-se da atividade de caminhar, este resultado foi contraditório ao estudo em que os avaliados necessitaram de ajuda parcial para a realização da atividade (BARBOSA; OLIVEIRA, 2012). A não limitação apresentada pelos idosos na atividade de sentar e levantar é contraditória aos resultados encontrados no estudo em que 65,3% dos idosos apresentaram a mesma limitação (POLLO, 2009).

Em relação à atividade de agachar e pegar um lápis no chão, os resultados do presente estudo foram semelhantes aos resultados encontrados em estudo no qual obteve como 75,8% da amostra com limitação na atividade de agachar (POLLO, 2009). Na avaliação da força de preensão manual, os idosos avaliados no presente estudo não apresentaram limitações, resultado este contraditório aos encontrados em estudo no qual os resultados encontrados mostraram uma diminuição da força de preensão manual com o avançar da idade e em estudo no qual a amostra avaliada apresentou limitação na força de preensão manual (REIS et al., 2013; POLLO, 2009).

No presente estudo, verificou-se diferença estatística significativa entre a limitação do equilíbrio e a limitação do teste de caminhada. A redução da velocidade de marcha em idosos tem sido associada a uma diminuição da capacidade de controlar o equilíbrio corporal. Em um estudo de corte, avaliaram a velocidade de marcha de um grupo de idosos, distinguindo-os em três níveis de velocidade (alta, média e baixa). Os autores verificaram que o grupo de menor velocidade de marcha apresentou alta incidência de quedas entre outros eventos adversos (MONTERO-ODASSO et al., 2005).

Encontrou-se ainda diferença estatística significativa entre limitação do equilíbrio com o excesso de peso. No caso dos idosos com excesso de peso, devido à maior concentração de gordura na região abdominal, o centro de massa é deslocado para frente, exigindo um maior controle do quadril e também um

aumento do torque na articulação do tornozelo para restabelecer o equilíbrio (SIMÕES et al., 2010). Este fato tem sido citado como um dos principais motivos dos idosos obesos possuírem déficit de equilíbrio e elevado risco de quedas durante as atividades de vida diária (SIMÕES et al., 2010).

Os resultados da pesquisa realizada por Soares et al. (2012) são semelhantes aos do presente estudo, visto que seus dados mostraram associação entre estado nutricional (IMC, CP) e desempenho nos testes motores, e foi observado que idosos com obesidade apresentam menor percentual de indivíduos com as capacidades funcionais adequadas. Vários fatores podem influenciar a associação entre a obesidade e limitação do equilíbrio. A primeira relaciona-se ao maior risco e gravidade da osteoartrite nos joelhos; o excesso de gordura aumenta a sobrecarga corporal, dificultando os movimentos e aumentando o estresse nas articulações e músculos, favorecendo, desta maneira, o comprometimento do equilíbrio (SOARES et al., 2012).

5 Conclusão

O presente estudo visou identificar a relação entre equilíbrio, dados sociodemográficos e condições de saúde em 82 idosos participantes de grupos de convivência. Tanto a distribuição entre as faixas etárias como a distribuição com relação ao sexo refletem a realidade do país. No presente estudo, observou-se que a maior parte dos idosos relatou presença de problemas de saúde. Em relação ao equilíbrio constatou-se que o Índice de Massa Corporal (acima de 27 kg/m²) e a limitação no teste de caminhada influenciam no comprometimento do mesmo. Como limitação na realização desta pesquisa, destaca-se o tamanho da amostra e a não comparação por sexo e faixa etária, e, desta forma, sugere-se que novos estudos sejam realizados com uma amostra maior e levando em consideração a comparação por sexo e faixa etária.

THE RELATION BETWEEN BALANCE, SOCIODEMOGRAPHIC DATA AND HEALTH CONDITIONS IN ELDERLY PARTICIPATING IN SOCIALIZATION GROUPS

abstract

This article aims to assess the balance and associated factors in belonging to community groups elderly. This is an analytical research with cross-sectional design and quantitative approach with a sample

of 82 elderly. The instrument consisted of cognitive assessment, sociodemographic data, health conditions, assessment of functional capacity, balance test, test sit up, squat test and pick up a pencil on the floor, walk test and grip strength. Data were analyzed using descriptive analysis and test of chi-square, with a 5% significance level. In assessing the health conditions it was found that there was a higher frequency of elderly people with presence of disease (80,5%), with preserved cognitive functions (76,8%) classified as independent in basic activities of daily living (87,8%), classified as dependent in instrumental activities of daily living (75,6%) and presence of pain (63,4%). As the BMI there was a higher frequency of older overweight (54,9%), with average weight of 25.54 (\pm 9,23) kg. A significant statistical difference between the variables, BMI (over 27 kg/m²) and limitation of equilibrium ($p=0.003$), and between limiting balance and limiting the walk test ($p=0.004$). It was found in this study that BMI (over 27 kg/m²) and the limitation in walking test influence the impairment of balance.

keywords

Aging. Balance. Health.

referências

ARAÚJO, Claudia Lysia; FARO, Ana Cristina Mancussi. Prática de atividade física entre idosos do Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil. *Enfermería Global*, Murcia, v. 11, n. 28, p. 223-232, oct. 2012.

BARBOSA, Aline Rodrigues et al. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1177-1185, maio/jun. 2005.

BARBOSA, Aurélio de Melo; OLIVEIRA, Christiny Leal de. Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p.57-70, jan./abr. 2012.

CHODZKO-ZAJKO, Wojtek J. et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Hagerstown, Maryland, v. 41, n. 7, p. 1510-1530, July 2009.

FECHINE, Basilio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 7, p. 106-132, jan./mar. 2012.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, dez. 2010.

FHON, Jack Roberto Silva et al. Quedas em idosos e relação com a capacidade funcional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 5-13, set./out. 2012.

GARCIA, Patrícia A. et al. Estudo da relação entre função muscular, mobilidade funcional e nível de atividade física em idosos comunitários. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, SP, v. 15, n. 1, p. 15-22, jan./fev. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados 2009. *Estudos e Pesquisas*, Rio de Janeiro, n. 25, p. 79-96, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2014.

LENARDT, Maria Helena; CARNEIRO, Nathalia Hammerschmidt Kolb. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 13-20, jan./mar. 2013.

MACIEL, Álvaro Campos Cavalcanti; ARAÚJO, Louise Macedo de. Fatores associados como alterações na velocidade de marcha e força de preensão manual de em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 179-89, jan./abr. 2010.

MINOSSO, Jéssica Sponton Moura et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, mar./abr. 2010.

MONTERO-ODASSO, Manuel et al. Gait velocity as a single predictor of adverse events in healthy seniors aged 75 years and older. *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, Washington, v. 60, n. 10, p. 1304-1309, Oct. 2005.

MORÉS, Giliard et al. Avaliação funcional de idosos do CRAS – Centro de Referência Da Assistência Social de Barra do Garças-MT através da Escala de Equilíbrio de Berg e Miniexame do Estado Mental (MEEM), uma relação entre os fatores. *Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar, Jardim Mariano*, v. 1, n. 9, p. 17-23, mar. 2013.

MOTTA, Luciana Branco da et al. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos em um município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 83-91, jan./abr. 2010.

POLLO, Sandra Helena Lima; ASSIS, Mônica. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 29-43, jan./abr. 2008.

REIS, Luciana Araújo dos et al. *Ensaio sobre o envelhecimento*. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013, p. 149- 151.

SANTOS, Priscilla Oliveira; SILVA, Ivana Soares da; SILVA, Menilde Araújo. Capacidade funcional do idoso frequentador do Programa Saúde da Família do bairro Viveiros do município de Feira de Santana. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 233-236, mar. 2012.

SILVA, Tamara de Oliveira et al. Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 392-398, set./out. 2010.

SILVA, Nathalie de Almeida et al. Força de preensão manual e flexibilidade e suas relações com variáveis antropométricas em idosos. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 128-135, mar./abr. 2013.

SIMÕES, Leandro A. et al. Relação da função muscular respiratória e de membros inferiores de idosos comunitários com a capacidade funcional avaliada por teste de caminhada. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, SP, v. 14, n. 1, p. 24-30, jan./fev. 2010.

SOARES, Lisandra Delfino de Albuquerque et al. Análise do desempenho motor associado ao estado nutricional de idosos cadastrados no Programa Saúde da Família, no município de Vitória de Santo Antão-PE. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1297-1304, maio 2012 .

TIBULO, Cleiton; CARLI, Vaneza; DULLIUS, Ângela Isabel dos Santos. Evolução Populacional do Brasil: Uma visão Demográfica. *Scientia Plena*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4 (A), p. 1-10, abr. 2012.

TORRES, Gilson de Vasconcelos et al. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 1, p. 19-30, jan./mar. 2010.

Recebido: 27/12/2014
Aceite Final: 08/08/2016