

ARTIGO ORIGINAL

Perfil sóciodemográfico e antropométrico de idosas das academias da terceira idade

Socio-demographic and anthropometric profile of elderly women in third age gyms

Daniel Vicentini de Oliveira,^{1,2} Bruna Maria Pereira,² Maria do Carmo Correia de Lima,¹ José Roberto Andrade do Nascimento Júnior³

¹Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

²Faculdade Metropolitana de Maringá (FAMMA), Maringá, Paraná, Brasil.

³Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil.

Recebido em: 01/05/2016 / Aceito em: 22/06/2016

d.vicentini@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: o presente estudo teve como objetivo identificar o perfil sóciodemográfico e antropométrico de idosas usuárias das Academias da Terceira Idade (ATIs). **Método:** a amostra foi composta por 50 idosas (média de idade $68,14 \pm 6,69$), usuárias das ATIs do município de Maringá/PR. As idosas foram avaliadas por meio de questionário semiestruturado composto por questões referentes ao perfil sóciodemográfico e das condições de saúde. Foi avaliado também o peso, a estatura e o Índice de Massa Corporal (IMC). **Resultados:** apenas oito (16%) idosas apontaram ter diabetes e seis (12%) relataram ter osteoartrite e osteoporose. Em contrapartida, 46 (92%) das idosas relataram ter hipertensão. Encontrou-se uma maior prevalência de idosas com IMC normal (68%), seguido do sobrepeso (22%). **Considerações finais:** foi considerado normal o perfil antropométrico da maior parte das idosas usuárias das ATIs do município de Maringá/PR, porém deve-se atentar as idosas classificadas com sobrepeso e obesidade, assim como com as hipertensas, pois já se sabe das complicações destes estados nutricionais e desta doença crônica para a saúde e para o aumento dos níveis de morbidade e mortalidade em idosos.

Palavras-chave: Idosas; Envelhecimento; Saúde.

ABSTRACT

Objective: this study aimed to identify the socio-demographic and anthropometric profile of elderly users of the Academies of the Third Age (ATAs). **Method:** the sample consisted of 50 elderly women users of ATAs

from Maringá/PR. The elderly were evaluated using a semi-structured questionnaire with questions regarding the sociodemographic profile and health conditions. It was also evaluated the weight, height and body mass index (BMI). **Results:** only eight (16%) showed older have diabetes and six (12%) reported osteoarthritis and osteoporosis. In contrast, 46 (92%) of the elderly have reported hypertension. We found a higher prevalence of elderly women with normal BMI (68%), followed by overweight (22%). **Closing remarks:** the anthropometric profile of most practitioners elderly users of ATAs it was considered normal, but attention should be paid in older classified as overweight and obesity, as well as hypertensive. As it is known complications of these nutritional states and this chronic condition for the health and increase the levels of morbidity and mortality in the elderly.

Keywords: Elderly; Aging; Health.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira e a mudança de hábitos representam novos desafios ao sistema de saúde. Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas, sociais e biológicas que acometem de forma particular cada indivíduo, principalmente após os 60 anos. Dentre estas mudanças, tem-se o aumento no número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as alterações no estado nutricional e antropométrico, o que pode afetar a saúde e a qualidade de vida dos idosos.¹

As DCNT constituem o maior problema global de saúde, representam a maior carga de morbimortalidade

no Brasil, correspondendo a 72% das causas de morte. Estão associadas à perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, sendo responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo e de acordo com projeções para 2020, elas serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento.^{2,3} Alguns fatores de risco estão bem estabelecidos, como excesso de peso, consumo de tabaco e álcool, alimentação inadequada e inatividade física, sendo todos esses fatores considerados modificáveis.^{4,5}

Além dos determinantes sociais, tais como as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação, vale ressaltar, o impacto econômico que as DCNT têm para o país, relacionado, principalmente, com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa.² Segundo estimativas, em 2030, o Brasil terá mais de 41,5 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença. Entre essas doenças, as cardiovasculares constituem a grande maioria delas.^{2,6}

As alterações relacionadas à idade, segundo Menezes e Marucci,⁷ ocorrem praticamente em todas as partes do corpo, trazendo diversas mudanças funcionais ao organismo idoso, dentre elas, a redução da massa magra e o aumento do tecido adiposo corpóreo, além da já citada incidência do número de doenças crônicas. O envelhecimento está associado ao aumento da massa gordurosa e mudanças no seu padrão de distribuição. Ocorre aumento de 20 a 30% na gordura corporal total (2 a 5% por década, após os 40 anos) e modificação da sua distribuição, tendendo à localização mais central, abdominal e visceral. Além da obesidade abdominal, o envelhecimento associa-se ao aumento da infiltração de tecido gorduroso no fígado e nos músculos, que por sua vez correlacionam com resistência insulínica e intolerância à glicose.⁸

A prática de atividade física se destaca como meio de proteção contra o desenvolvimento de doenças metabólicas, diabetes tipo 2, doença cardiovascular, com o grau de benefício proporcional à intensidade da atividade realizada. Contudo, o apoio para a atividade física como fator modificável determinante de fenótipos metabólicos da obesidade, por exemplo, tem sido inconsistente.⁹ O benefício do aumento da atividade física em todos os grupos etários é substancial. Assim, os esforços para promover a atividade física entre idosos poderia ajudar a evitar o aumento das DCNT.¹⁰

Dentre estes esforços, chama-se atenção ao município de Maringá, localizado no estado do Paraná, que desenvolveu projetos e ações na área de promoção da saúde do idoso. Uma dessas ações foi a implantação das Academias da Terceira Idade (ATIs), que objetiva incentivar a prática de atividade física, inclusão social, melhora da autoestima dos praticantes e de sua saúde em geral, em especial à saúde dos idosos.¹¹ As ATIs foram criadas também pensando na necessidade de incorporar ações que promovam a qualidade de vida na rotina dos serviços de saúde e no dia-a-dia das pessoas, na redução da morbimortalidade e das complicações das doenças crônicas não transmissíveis, considerando o número de idosos obesos e com DCNT.¹²

Deste modo, torna-se necessário produzir informações sócio-demográficas, de saúde e antropométricas ao

grupo para começar a avaliar sua problemática específica e enfrentar os desafios da pesquisa no campo da saúde e envelhecimento dentro das peculiaridades do município. Posto isso, este estudo teve como objetivo identificar o perfil sócio-demográfico e antropométrico de idosas usuárias das ATIs do município de Maringá, estado do Paraná.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por ser quantitativo, observacional e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Cesumar (UNICESUMAR), por meio do parecer 1.173.123.

A população do estudo foi composta por idosas usuárias das ATIs, do município de Maringá, estado do Paraná. Foram escolhidas quatro ATIs localizadas nas regiões norte, sul, leste e oeste do município, representando a população de idosas usuárias das ATIs de todo o município. Foram incluídas no estudo idosas com idade igual ou superior a 60 anos usuárias das ATIs, há no mínimo, três meses, e frequência de duas vezes na semana. A amostra final foi composta de 50 idosas (com média de idade de $68,14 \pm 6,69$). A exclusão de participantes do sexo masculino no estudo justifica-se pela constatação de que idosos do sexo masculino, em sua maioria, não utilizam as ATIs. Foram excluídas idosas com alterações neurológicas, incapacitantes para a realização dos questionários e idosas praticantes de alguma modalidade de exercício físico.

As participantes foram orientadas sobre o estudo, e a participação foi solicitada de forma democrática e livre. Todas receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de participação da pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semi estruturado composto por informações referentes à idade, estado civil, situação ocupacional, renda mensal em salário mínimo (SM) de referência no Censo Demográfico 2015 – IBGE, consumo de bebida alcoólica, uso de próteses dentárias, histórico de quedas nos últimos seis meses, frequência semanal e tempo de uso nas ATIs, acompanhamento de algum profissional da área da educação física, sintomas de dores muscular em decorrer do tempo e, após a prática de exercícios físicos, auto avaliação da saúde, quantidade de medicamentos utilizados, presença de doença crônica como diabetes tipo 2, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, IAM (Infarto agudo do miocárdio), AVE (Acidente vascular encefálico), osteoartrite (OA), osteoporose (OP), depressão e câncer.

Os dados antropométricos coletados foram massa corporal e estatura. A massa corporal foi aferida em balança microeletrônica portátil, de marca nacional Filizola, com precisão de 0,1 kg e capacidade de 150 kg, e a estatura, com fita métrica de precisão de 0,1 cm. Utilizou-se o IMC para a análise antropométrica do estado nutricional, calculado a partir da divisão da massa corporal em quilogramas pela estatura em metro elevado ao quadrado (kg/m^2); e os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliação de população adulta e idosa¹³ – magreza severa ($\text{IMC} < 16,0$), magreza moderada ($16,0 \leq \text{IMC} < 17,0$), magreza leve ($17,0 \leq \text{IMC} < 18,5$), normal ($18,5 \leq \text{IMC} < 25,0$), sobrepeso ($25,0 \leq \text{IMC} < 30,0$), obesidade grau I ($30,0$

≤ IMC < 40,0) e obesidade grau II (IMC ≥ 40,0).

Os dados foram coletados entre Julho e Setembro de 2015. A verificação de massa corporal e estatura foi realizada antes da prática de atividades nas ATIs, assim como a aplicação do questionário, que foi feito na forma de entrevista, evitando assim possíveis erros de interpretação. Para a análise dos dados, foi utilizado frequência e percentual para as variáveis categóricas.

RESULTADOS

Nota-se por meio da Tabela 1, a prevalência de idosas casadas (86%), com situação ocupacional inativa (92%), renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (60%) e tempo de escolaridade de 1 a 4 anos (42%). Observou-se também que todas as idosas não consomem bebida alcoólica (100%) e não fumam (100%), além do que a maioria delas faz uso de prótese dentária (96%).

Em relação ao perfil de saúde e atividade física das idosas usuárias das ATIs (Tabela 2), verificou-se que a maioria delas faz caminhada no parque ao redor das ATIs (68%) e apresentou uma percepção de saúde muito boa (76%). Todas as idosas relataram não apresentar dores pelo corpo (100%) e não tinham sofrido quedas nos últimos seis meses (100%). Observou-se também que 68% das idosas encontravam-se com IMC normal, porém 22% com sobrepeso e 8% com obesidade.

Em relação orientação profissional na ATI (Tabela 2), verificou-se que na maioria das vezes o trabalho é realizado por estagiários de educação física (68%).

A Tabela 3 apresenta a prevalência de doenças nas idosas usuárias das ATIs da cidade de Maringá-PR.

Nota-se que 100% das idosas relataram nunca ter apresentado insuficiência cardíaca, IAM, AVE e depres-

são, enquanto apenas uma (2%) das idosas observadas no estudo, apontou ter apresentado câncer. Entretanto, 92% relataram apresentar hipertensão arterial.

Tabela 2 - Distribuição de frequência do perfil de saúde e atividade física das idosas usuárias das Academias da Terceira Idade da cidade de Maringá-PR.

Variáveis	f	%
Prática de caminhada		
Sim	34	68,00
Não	16	32,00
Tempo de Prática na ATI		
3 meses a 1 ano	19	38,00
1 a 5 anos	11	22,00
Mais de 5 anos	20	40,00
Orientação Profissional na ATI		
Estagiário de Ed. Física	34	68,00
Profissional de Ed. Física	10	20,00
Não Sabe	06	12,00
Quedas nos últimos 6 meses		
Sim	00	0,00
Não	50	100,00
Presença de dores		
Sim	00	0,00
Não	50	100,00
Percepção de Saúde		
Muito boa	38	76,00
Regular	12	24,00
Estado Nutricional (IMC)		
Baixo Peso	01	2,00
Normal	34	68,00
Sobrepeso	11	22,00
Obesidade	04	8,00

ATI: Academias da Terceira Idade

Tabela 3 - Prevalência de doenças nas idosas usuárias das Academias da Terceira Idade da cidade de Maringá-PR.

Variáveis	f	%
Diabetes		
Sim	08	16,00
Não	42	84,00
Insuficiência Cardíaca		
Sim	00	0,00
Não	50	100,00
Hipertensão		
Sim	46	92,00
Não	04	8,00
Infarto do Miocárdio		
Sim	00	0,00
Não	50	100,00
AVE		
Sim	00	0,00
Não	50	100,00
Artrose		
Sim	06	12,00
Não	44	88,00
Osteoporose		
Sim	06	12,00
Não	44	88,00
Depressão		
Sim	00	0,00
Não	50	100,00
Câncer		
Sim	01	2,00
Não	49	98,00

Tabela 1 - Distribuição de frequência do perfil sócio demográfico das idosas usuárias das Academias da Terceira Idade da cidade de Maringá-PR.

Variáveis	f	%
Estado civil		
Casada	43	86,00
Não Casada	07	14,00
Situação ocupacional		
Ativo	04	8,00
Inativo	46	92,00
Renda mensal*		
Menos de 1 salário mínimo	15	30,00
1 a 2 salários mínimos	30	60,00
Mais de 2 salários mínimos	05	10,00
Escolaridade		
Menos de 1 ano	12	24,00
1 a 4 anos	21	42,00
5 a 8 anos	11	22,00
Mais de 8 anos	06	12,00
Consumo de Bebida Alcoólica		
Sim	00	100,00
Não	50	0,00
Fumo		
Sim	00	100,00
Não	50	0,00
Prótese Dentária		
Sim	48	96,00
Não	02	4,00

* Salário mínimo em 2015: R\$788,06 (US\$308,87)

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados do estudo, foi possível constatar que a maioria das idosas usuárias das ATIs são casadas e não possuem situação ocupacional ativa no momento, ou seja, grande parte provavelmente aposentadas e talvez por isso, consigam conciliar a prática de atividade física nas ATIs com a sua rotina diária. Observou-se também que, grande parte das idosas do estudo possuem renda mensal de 1 até 2 salários mínimos, o que significa que são pessoas que não possuem uma renda mensal relativamente alta, o que consequentemente justifica-se o uso das ATIs e não o uso de academias particulares para prática de atividades físicas.

Sobre essa questão, Oliveira, Bertolini e Martins Júnior¹² esclarecem que tem sido sugerido que a atividade física pode ajudar as pessoas na terceira idade a manterem o maior vigor possível, melhorar a função em diversas atividades diárias e assim, aumentar a qualidade de vida à medida que se envelhece. A prática de atividade física, além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção da aptidão física do idoso, seja na sua vertente da saúde, como nas capacidades funcionais, principalmente para aqueles que não possuem ocupação profissional, isto é, os aposentados. Outro benefício promovido pela prática de atividade física é a melhora das funções orgânicas e cognitivas, garantindo maior independência pessoal e prevenindo doenças.

Um dado importante coletado por meio do questionário sócio demográfico, foi com relação ao consumo de bebida alcoólica e ao uso de cigarro. Constata-se que o perfil das idosas usuárias das ATIs observadas no estudo, são de pessoas que buscam qualidade de vida e mantêm uma vida saudável, isto é, procuram hábitos saudáveis e evitam vícios.

Segundo a percepção das idosas, verificou-se que todas não apresentavam dores pelo corpo, o que vai contra Cabrera Delarozza e Furuya,¹⁴ pois relatam que estima-se 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem, pelo menos, um problema significativo de saúde que predisponha a dor. Dentre os relatos de dor por esses idosos, a dor ocasional representa 10% a 25%, a aguda 6% a 7% e a dor crônica se destaca, perfazendo 45% a 55% das queixas. Os autores acrescentam ainda que, grande parte das dores crônicas em que os idosos se queixam, melhoram com a prática de exercícios físicos.

Pode-se perceber que todas as idosas não tinham sofrido quedas nos últimos seis meses, fato explicado também, provavelmente, pela prática de atividades físicas nas ATIs, já que alguns dos equipamentos promovem a instabilidade corporal. Em se tratando de prevenção de quedas em idosos, uma importante medida a ser tomada seria a prática de exercícios instáveis. Além disso, a mesma oferece maior segurança e independência na realização das atividades de vida diária, proporciona maior sociabilização, reduz o risco de doenças crônicas, melhora a saúde física e mental, por conseguinte possibilita ao idoso, maior independência e autonomia possível.¹⁵

Notou-se que 60% das idosas pesquisadas praticam caminhadas regularmente nas proximidades das

ATIs. De acordo com Salvador, Reis e Florindo¹⁶, caminhar é a atividade física ideal para quem está iniciando um programa de atividades e também para os idosos, pois a mesma contribui de forma benéfica para o corpo, como a melhora na função cardiovascular, melhora do nível de condicionamento físico, ajuda na perda de peso e no fortalecimento dos músculos das pernas, evitando assim quedas e auxiliando na agilidade. A manutenção da atividade física, particularmente da caminhada (marcha), é crucial para uma vida independente em adultos mais velhos.¹⁷

A caminhada é uma atividade física que pode ser praticada sem custos e que pode ser realizada em qualquer lugar, seja nas ruas, nos parques, na praia, no campo, em pistas atléticas, ginásios ou em área interna de condomínios, ou seja, qualquer lugar é adequado para uma boa caminhada, inclusive próximo as ATIs, que ficam localizadas geralmente em parques, praças e em Unidades básicas de Saúde (UBS).

Em relação à orientação profissional nas ATIs, constatou-se que na maioria das vezes o trabalho é realizado por estagiários de educação física (68%). De acordo com o Conselho Federal de Educação Física – CONFEF,¹⁸ a formação do Profissional de Educação Física deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente e profissional. A questão do estágio está criando polêmica porque implica numa mudança radical da situação anterior à regulamentação da profissão. O estágio, que denegria a profissão de Educação Física, sendo, muitas vezes, uma exploração de mão-de-obra barata e forma de burlar a legislação trabalhista, está sendo transformado num meio de aprimoramento da formação do profissional. Os alunos estão sendo preparados para o exercício de uma nobre profissão, a qual devem aprender a respeitar.

A grande preocupação da Resolução 24/00 do CONFEF é chamar a atenção para o mau uso que se fazia do estágio antes da regulamentação da profissão. Na maioria das vezes, o estágio, que deveria ser usado como elemento na formação do aluno, fazendo realmente a sua adaptação ao mercado de trabalho, era usado como possibilidade de mão-de-obra barata, demonstrando desrespeito para com a profissão de Educação Física e descompromisso com o serviço prestado à população e, ainda, uma maneira de as instituições de ensino transferirem sua responsabilidade na formação do aluno para o próprio aluno ou para o mercado de trabalho.¹⁸

Em relação ao perfil antropométrico, pelo IMC, encontrou-se maior prevalência de idosas com (IMC) normal, e por representar um percentual mais elevado (68%) em relação ao sobrepeso (22%), pode-se constatar que a prática atividade física nas ATIs pode ser um dos fatores de melhora ou manutenção nos índices antropométricos, contribuindo para a perda de peso e principalmente na prevenção das doenças crônicas em idosas. Entretanto, 8% delas foram consideradas obesas, o que deve-se levar em consideração, pois sabe-se das complicações da obesidade para saúde e sobrevida do indivíduo.

Nota-se que a maioria das idosas relatou não apresentar ou ter apresentado insuficiência cardíaca, IAM, AVE e depressão porém, em contrapartida, 92% relataram ter hipertensão. Talvez esse, seja o fator mais preocupante observado na coleta de dados. A hipertensão

são tem sido um problema cada vez mais presente na vida dos idosos, pois trata-se de uma doença geralmente assintomática, que traz riscos para os órgãos-alvo e comprometimento da qualidade de vida, principalmente quando é preciso conviver com sequelas de AVE ou coronariopatias crônicas, somada às dificuldades próprias do envelhecer e um elevado custo médico social. Embora os medicamentos apresentem um papel importante no tratamento da hipertensão arterial em idosos, a maioria dos especialistas acredita que a prudência dos hábitos de vida, cuidados com a alimentação e a prática de atividades físicas fundamental para prevenção e para o tratamento da hipertensão.¹⁹

A participação do idoso em programas atividade física regular influência mais diretamente no processo de envelhecimento e tende a combater fatores presentes nessa idade, como o uso contínuo de medicamentos e a obesidade. Dessa forma, com um impacto positivo sobre a qualidade e expectativa de vida, melhoria das funções orgânicas, garantia de maior independência pessoal e grande benefícios no controle, tratamento e prevenção de várias doenças.²⁰

Das idosas participantes do estudo (29%) apresentaram um resultado regular quanto à percepção de saúde e (6%) apresentaram um resultado muito bom. Nenhuma das idosas apresentou resultados ruins ou péssimos quanto à percepção da saúde, o que sinaliza que a prática de atividade física mas ATIs tem contribuído para a qualidade de vida dessas pessoas, já que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)²¹ é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresenta algumas limitações como a escassez de estudos com idosos em ATIs, para fundamentação e discussão dos resultados e a ausência de um grupo controle, composto de idosas não praticantes de exercícios físicos. Outro aspecto, que deve ser destacado, refere-se aos locais distintos de coleta dos dados, fato que pode resultar em diferentes mensurações e classificações.

Entretanto, mesmo com todas as limitações apontadas, acredita-se que esta pesquisa poderá fornecer aos profissionais da área da Educação Física e da saúde importantes conhecimentos sobre a importância de se incentivar a prática de exercícios físicos, como um dos componentes importantes e determinantes da promoção da saúde do idoso.

Conclui-se que é considerado normal o perfil antropométrico da maior parte das idosas usuárias das ATIs do município de Maringá/PR, porém deve-se atentar as idosas classificadas com sobrepeso e obesidade, pois já se sabe das complicações destes perfis para a saúde e para o aumento dos níveis de morbidade e mortalidade em idosos. Dentre as doenças crônicas mais comuns em idosos, verificou-se que a hipertensão arterial é a mais prevalente, afetando quase que toda a população de idosas pesquisada.

REFERÊNCIAS

1. Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm* 2005;18(4):422-426. doi: 10.1590/S0103-21002005000400011.
2. Brasil. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2014;23(4):599-608. doi: 10.5123/S1679-49742014000400002.
4. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo PA, Vago A, Barreto SM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Públ* 2012;46(1):126-134. doi: 10.1590/S0034-89102012000700017.
5. Silva RC, Meneguci J, Martins TI, Santos AS, Sasaki JE, Tribess S, Virtuoso Júnior JS, Damião R. Association between time spent sitting and diabetes mellitus in older adults: a population-based study. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2015;17(4):379-388. doi: 10.5007/1980-0037.2015v17n4p379.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, 2015.
7. Menezes TN, Marucci MFN. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas. *Rev Saúde Pública* 2005;39(2):169-175. doi: 10.1590/S0034-89102005000200005.
8. Tchernof A, Després JP. Pathophysiology of human visceral obesity: An update. *Physiol Rev* 2013;93(1):359-404. doi: 10.1152/physrev.00033.2011.
9. Beel JA, Hamer M, Hees VT, Singh-Manoux A, Kivimaki M, Sabia S. Healthy obesity and objective physical activity. *Am J Clin Nutr* 2015;102:268-275. doi: 10.3945/ajcn.115.110924.
10. Rosemberg DE, Bombardier CH, Hoffman JM, Belza B. Physical activity among persons aging with mobility disabilities: shaping a research agenda. *J Aging Res* 2011;(1-16). doi: 10.4061/2011/708510.
11. Esteves JVDC, Andreato LV, Pastório JJ, Versuti JKB, Almeida HC, Moraes SMF. O uso de academias da terceira idade por idosos modifica parâmetros morfofuncionais? *Acta Scientiarum* 2012.34(1):31-38. doi: 10.4025/actascihealthsci.v34i1.8354.
12. Oliveira DV, Bertolini SMMG, Martins Júnior J. Qualidade de vida de idosas praticantes de diferentes modalidades de exercício físico. *Cons Saude* 2014;13(2):187-195. doi: 10.5585/ConsSaude.v12n2.4697.
13. WHO (World Health Organization), 1995. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. WHO Technical Report Series 854. Geneva: WHO.
14. Delarosa MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN, Pacola L. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(1):36-41. doi: 10.1590/S0104-42302008000100018.
15. Guimarães LHCT, Galdino DCA, Martins FLM, Vitorino DFM, Pereira KL, Carvalho EM Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e os idosos sedentários. *Neurociencias* 2004;12(2):68-72.

16. Salvador EP, Reis RS, Florindo AA. A prática da caminhada como forma de deslocamento e sua associação com a percepção do ambiente em idosos. RBAFS 2009;14(3):197-205. doi: 10.1280/RBAFS.V.14N3P197-205 .
17. Kimura T, Kobayashi H, Nakayama E, Kakihana W. Seasonality in physical activity and walking of healthy older adults. J Physiol Anth 2015;34(33):1-6. doi: 10.1186/s40101-015-0071-5.
18. CONFEF – Conselho Federal de Educação Física, 2014.
19. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. Rev Bras Cardiol 2012;25(4):322-329.
20. Oliveira JGD, Stobaus CD, Moriguchi Y, Malezan WR, Detoni Filho A, Pacheco MN, Casellani L. Correlação sócioeconômica e antropométrica em idosos praticantes e não praticantes de exercícios físicos. RBAFS 2013;18(1):122-131. doi: 10.12820/RBAFS.V.18N1P121-131.
21. Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL, 2010.

Como citar: OLIVEIRA, Daniel Vicentini de et al. Perfil sócio demográfico e antropométrico de idosas das academias da terceira idade. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 2, jun. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/7501>>. Acesso em: 04 jul. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i2.7501>.