

2 – ENVELHECIMENTO NAS SOCIEDADES CONTEMPORÂNEAS

O envelhecimento crescente da população mundial é uma realidade que não podemos ignorar, sendo este um fenómeno que se tem vindo a acentuar nas últimas décadas e a ganhar um peso crescente em Portugal. São vários os factores que conjugados contribuem para o aumento da esperança de vida das populações, nomeadamente o melhor controlo das doenças transmissíveis, a contenção de afecções crónicas, o surgimento de novas drogas, a melhoria das condições sanitárias e da alimentação. A análise da pirâmide etária da população portuguesa dá-nos conta da existência de um duplo envelhecimento o qual se expressa por um aumento da população idosa – envelhecimento no topo – e uma diminuição da população jovem – envelhecimento na base (IMAGINÁRIO, 2002).

Por sua vez o aumento da esperança média de vida acarreta também o aumento da proporção de pessoas de idade, cada vez mais avançada, o que significa maiores custos médicos, maiores necessidades de saúde, suporte familiar e comunitário, criando consequentemente problemas sociais, políticos e económicos. De facto, nos últimos anos o envelhecimento tem sido reconhecido, não apenas como uma entidade individual, mas enquanto processo complexo, que engloba problemáticas individuais e sociais. Sob o ponto de vista psicossocial o envelhecimento traz consigo a situação de reforma, a brusca quebra de hábitos de anos que contribuíram para a manutenção de capacidades físicas e intelectuais. O idoso perde, na maioria das vezes, a independência, muitas vezes por razões económicas, mas também pela impossibilidade de continuar a cumprir sozinho as actividades diárias imprescindíveis à manutenção da própria sobrevivência.

O ano de 1999 foi proclamado pela Organização das Nações Unidas como o Ano Internacional da Pessoa Idosa, chamando assim a atenção para o constante aumento do número de idosos no conjunto da população e para as suas repercussões a nível social e económico.

O fenómeno do envelhecimento populacional tem aliás vindo a tornar-se uma das principais preocupações dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, influenciando a prática dos cuidados de enfermagem, designadamente no que diz respeito à preservação das condições de saúde deste grupo etário, tendo em vista a prevenção, o tratamento e a limitação da doença.

Segundo MONIZ (2003) é um facto que, cada vez mais, os enfermeiros irão desenvolver a sua actividade profissional com pessoas idosas e os enfermeiros recém-formados passarão cerca de três quartos do tempo da sua prática profissional a cuidar de pessoas idosas.

No nosso país, o fenómeno do envelhecimento populacional tem uma distribuição geográfica desigual. De acordo com os dados do INE (2004), constata-se que o fenómeno é mais acentuado no interior do país, com alguns concelhos a atingirem valores extremos.

3 – ENVELHECIMENTO FÍSICO E ACTIVIDADE FÍSICA

Com o processo de envelhecimento ocorrem várias alterações ao nível dos diversos sistemas. As doenças crónicas são o principal problema da população idosa. Todavia, as doenças, crónicas não são, normalmente, de instalação súbita, resultando antes de uma lenta e longa evolução de situações pré-existentes (SERRA, 2006).

Aos 70 anos de idade, mais de metade dos óbitos estão relacionados com doenças cardiovasculares, e a morbidez que lhes está associada tem um peso considerável, quer ao nível humano quer financeiro. Os efeitos preventivos da actividade física são bem conhecidos, não sendo privilégio exclusivo dos mais jovens (THEIEBAULD, SPRUMONT; 2009). Nas faixas etárias mais avançadas, a actividade física regular deve ser encorajada, porque possui um efeito global positivo nos factores de risco (hipertensão, dislipidémias, diabetes, sobrecarga ponderal). Contudo, estes benefícios parecem ser ampliados quando o hábito de praticar exercício físico é mantido desde a juventude. Os efeitos multifactoriais de uma actividade física regular repercutem-se favoravelmente no sistema cardiovascular e assim, os idosos podem retardar, pelo exercício físico, as complicações da senescência e reduzir o risco de doenças coronárias, hipertensão arterial e problemas cérebro vasculares.

Com o avanço da idade, o organismo sofre profundas alterações celulares e metabólicas que alteram entre outras, a função muscular. Esta é ameaçada pela sarcopenia, uma síndrome que afecta a maioria dos indivíduos idosos (BERQUIN, PLAGHKI; 2009).

A sarcopenia está associada a uma diminuição progressiva da massa muscular, provocando, por conseguinte, atrofia muscular generalizada e, por sua vez, uma redução concomitante da força muscular. Este fenómeno está associado a outras alterações anatómico fisiológicas, como a diminuição progressiva da componente mineral do esqueleto – a osteopnia, ou seja, o aumento significativo da massa gorda, a queda da temperatura basal, a acumulação de alterações citológicas provocadas por oxidação ou peroxidação, assim como o aparecimento frequente de resistência à insulina. A prevenção e o tratamento da sarcopenia englobam exercícios de resistência, alterações dietéticas e, numa fase mais avançada, tratamento farmacológico. (GILLOTEAUX e ROCHELLE, 2009).

No que concerne a componente mineral do esqueleto, é natural que, com o passar dos anos o osso perca a sua massa, independente de qualquer doença. Este fenómeno designado de osteoporose senil, faz-se acompanhar de uma fragilidade acrescida do

esqueleto. Sendo insidiosa e assintomática, DHEM (2009) refere que esta epidemia silenciosa muitas vezes só se manifesta por uma fractura. O mesmo autor afirma que a imobilização, mesmo de curta duração, é o bastante para induzir um balanço cálcico negativo. Em qualquer circunstância, o movimento e a actividade física, devem ser estimulados.

A actividade física é, segundo MORENO (2003), um dos factores que ajudam a aumentar a densidade óssea, a prevenir e a minimizar a osteoporose, melhorando a tolerância à glicose e diminuindo a resistência à insulina, o que facilita a obtenção, pela célula, da matéria-prima para a produção de energia, reduzindo o processo de glicação proteica.

Relativamente às alterações citológicas que se verificam nas fibras musculares, BERQUIN e PLAGHKI (2009) referem que o enfraquecimento progressivo do poder de diferenciação celular bem como a diminuição do número de células podem ser a causa da sarcopenia e da atrofia muscular observada durante o envelhecimento. No entanto, alguns autores defendem que a actividade muscular sobre a enervação dos neurónios motores pode travar a progressão da sarcopenia, salientando os efeitos da actividade física regular na prevenção da sarcopenia.

Com o envelhecimento ocorre também degeneração da cápsula articular, pois à medida que a pessoa envelhece as articulações fibrosas calcificam-se, sendo recobertas por uma matriz óssea. Por sua vez, a rigidez dos ligamentos limita a amplitude e a velocidade de movimento das articulações. A prática de actividade física moderada parece favorecer a mobilidade articular. Para VANDEPUT (2009) as articulações da anca e do joelho merecem uma atenção especial durante o programa de actividade física, pois são as articulações mais solicitadas nas actividades de vida diária.

No que concerne ao envelhecimento cerebral, verificam-se importantes transformações do tecido nervoso durante o envelhecimento que diminuem o desempenho intelectual da pessoa idosa. De sublinhar que a intensidade destas alterações é extremamente variável e que os declínios cognitivos ligeiros não estão forçosamente associados a um diagnóstico de Alzheimer. DELACOURTE (2009) refere mesmo que a maior dificuldade reside em distinguir o que é fruto do envelhecimento normal e o que é causado pelas doenças neurodegenerativas.

STRUCK e ROSS (2006) referem que os benefícios da actividade física para a saúde são numerosos e muitas orientações clínicas práticas incluem um papel importante ou adjuvante da actividade física como terapêutica para doenças tais como a doença coronária, a osteoporose, as artroses, e diabetes e a depressão.

A actividade regular ajuda no tratamento da doença reduzindo, assim outras complicações. Para além destas vantagens para a saúde, a actividade física transmite uma sensação de bem-estar que constitui um dos meios mais eficazes para combater os aspectos negativos do envelhecimento.

Em contrapartida, o sedentarismo favorece o aparecimento de afecções nos sistemas cardiovascular e respiratório e aumenta a probabilidade do idoso desenvolver lesões ao nível do aparelho locomotor.

Um dos aspectos mais críticos subjacentes ao processo de envelhecimento é a perda de autonomia, ou seja, a perda da capacidade de determinar e executar os seus próprios desígnios (LOPES, 2008). De entre os factores que mais fortemente condicionam a capacidade funcional, destacam-se as características demográficas, socioeconómicas, culturais e psicossociais. Quando o comprometimento da capacidade funcional põe em causa o auto-cuidado, a sobrecarga sobre a família e sobre o sistema de saúde aumenta consideravelmente. Deste modo, o sistema de saúde terá que fazer frente a uma crescente procura de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e a uma procura ainda maior por serviço de reabilitação física e mental. Por outro lado, as famílias irão precisar de apoio para assegurar a satisfação das necessidades do idoso.

Porém, apesar deste aumento da procura, constatamos que, a maioria, dos idosos têm percepção negativa do seu estado de saúde e uma necessidade sistemática de ajuda para o exercício das actividades de vida diária. Este grupo sofre ainda de algum isolamento e de uma reduzida participação social (LOPES, 2008).

Contrariamente, verifica-se que alguns idosos conseguem manter-se activos até uma idade bastante avançada, mantendo uma certa lucidez mental e uma capacidade invejável de gerir as suas necessidades diárias. O que parece diferir entre estes dois grupos extremos é a manutenção, ou não, de uma actividade que permite a participação activa na sociedade.

Do ponto de vista sociológico, o direito à reforma e o fim da vida laboral foi entendido como um avanço civilizacional, na medida em que libertava as pessoas da obrigação de trabalhar até à incapacidade, permitindo-lhes desfrutar de um período da vida plenamente dedicado ao lazer (JACOB, 2008).

No entanto, o trabalho constitui-se como uma fonte primordial de identidade, de valorização social e de participação económica, factores essenciais de integração social. Deste modo, o momento da reforma assumiu conotações pessoais e sociais que são, por vezes, divergentes (OSÓRIO e PINTO, 2007).

Recentemente, esta passagem da vida activa/produziva para a reforma fez-se em idades bastantes precoces, normalmente, anteriores ao que se convencionou aceitar como

idade definidora da entrada na terceira idade. As pessoas viam-se assim, subitamente, atiradas para uma situação de inactividade, agravada pelo facto de, quer por uma excessiva profissionalização, quer por uma ausência de planeamento, não saberem fazer mais nada para além do que faziam profissionalmente. Também as alterações bruscas no modo de vida e nas rotinas diárias que sucedem a entrada na reforma criam as condições para o aumento da morbilidade, nomeadamente por motivos de natureza psicopatológica. Por outro lado, se já preexistiam hábitos sedentários, estes têm a tendência para de agravarem perigosamente (LOPES, 2008).

Para que esta passagem se efectue da melhor forma, devem ser adoptadas medidas que estimulem a actividade física como uma forma de manutenção do estado de saúde, a diversificação de actividade, nomeadamente de convivência social, para além da esfera profissional, de modo a criar/manter uma rede social de suporte.

Se estes hábitos preexistirem, facilmente se mantêm após a reforma e durante a velhice, com evidentes benefícios individuais e sociais, contribuindo para um processo de envelhecimento mais activo (AGUIAR e NASCIMENTO, 2005; MORAES e SOUZA, 2005).

A expressão envelhecimento activo foi adoptada pela OMS (2005) numa perspectiva de reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas. Esta perspectiva é reforçada nos princípios de independência, de participação, de dignidade, de cuidado e de auto-satisfação definidos pelas Nações Unidas. O conceito representa uma mudança de paradigma, na medida em que o foco deixa de estar nas necessidades e passa a estar nos direitos, reconhecendo que a pessoa idosa tem direito á igualdade de oportunidade e de tratamento relativamente a todos os aspectos da sua vida.

Melhorar a qualidade de vida e retardar a dependência é um objectivo de vida real e marcante que justifica a prática desportiva pela pessoa idosa. Não podemos esquecer que a imobilização e o sedentarismo são as principais causas do envelhecimento acelerado. Segundo THEIEBAULD e SPRUMONT (2009) existe uma relação entre a actividade física, a mortalidade e a longevidade, na medida em que a mortalidade por doença cardiovascular e respiratória diminuiu sensivelmente nos indivíduos que praticam uma actividade física aeróbia.

São vários os estudos que confirmam a importância da actividade física, não só para prevenir, mas também para tratar diferentes afecções. Mesmo no que se refere a patologias relacionadas com o aparelho locomotor, como a artrose ou a artrite inflamatória, as propostas de tratamento actuais associam aos métodos clássicos, um programa de actividade física (NAKASATO, CARNES, 2006).

Assim, são variadas as razões pelas quais se deve propor a uma pessoa idosa a prática de actividade física (Quadro I).

Quadro 1 – Benefícios da Actividade física (adaptado de LLANO, MANZ, OLIVEIRA., 2004).

Benefícios físicos

- Ajuda regular os níveis de glicose;
- Estimula os níveis de adrenalina e noradrenalina;
- Melhora o sono, tanto em qualidade como em quantidade;
- Melhora a resistência cardiovascular/aeróbia;
- Provoca aumento da força muscular;
- Ajuda a preservar a flexibilidade;
- Melhora o equilíbrio e a coordenação (importante na prevenção das quedas);
- Controla a velocidade de movimento;
- Favorece o fortalecimento do coração e vasos,
- Melhora da velocidade ao andar e do equilíbrio;
- Melhora os reflexos;
- Melhora da mobilidade da pessoa idosa;
- Melhora da auto-eficácia;
- Contribuição para a manutenção e/ou o aumento da densidade óssea;
- Melhora o controlo motor;
- Atrasa o aparecimento de alterações posturais e de lesões articulares;
- Aumenta a resistência a problemas pulmonares;
- Previne a osteoporose;
- Ajuda a controlar a obesidade;
- Melhora da ingestão alimentar
- Auxíla no controle da diabetes, da artrite, das doenças cardíacas e dos problemas com colesterol alto e hipertensão

Benefícios psicológicos

- Favorece o relaxamento;
- Reduz e evita as depressões;
- Reduz o stress;
- Melhora o humor;
- Melhora a função cognitiva;
- Melhora a confiança e satisfação pela vida;
- Proporciona novas aprendizagens.

Benefícios sociais

- Fomenta a integração e as relações sociais e culturais;
- Fomenta a participação na comunidade;
- Fomenta novas amizades;
- Fomenta o desempenho de novos papéis sociais;
- Desenvolve a actividade social e o sentimento de satisfação e produtividade;
- Fomenta o convívio entre diferentes gerações.

No entanto, o grau de esforço deve ser adaptado à idade e capacidade de cada indivíduo. Por outro lado, para ser regularmente seguido, o exercício deve ser atractivo e lúdico.

4 – A ACTIVIDADE FÍSICA E O RISCO DE QUEDA NO IDOSO

As quedas estão presentes em todas as faixas etárias, mas é sobretudo nos idosos que representam um factor de alta morbilidade e mortalidade. As desordens da marcha e do equilíbrio colocam os mais idosos em risco crescente face a traumatismos, causando sequelas psicossociais como perda de autonomia, a diminuição da auto-estima, a depressão, a ansiedade e o medo de cair. Muitas vezes, esta situação leva o idoso a isolar-se socialmente (MELO e AZEVEDO, 2007).

Infelizmente muitos idosos e prestadores de cuidados aceitam as desordens da marcha e a diminuição da mobilidade como mudanças normais do envelhecimento. Mas as alterações da marcha são, muitas vezes, um sintoma de doenças subjacentes que podem ser tratadas (NAKASATO, CARNES, 2006).

Segundo dados da DGS (2006) a principal causa de lesão em idosos é a queda, sendo que no grupo entre os 65-74 anos a percentagem de quedas é de 76% e no grupo etário com mais de 75 anos é de 90%.

Muitas vezes, em consequência de uma queda ocorrem lesões graves que podem levar à inactividade e/ou imobilidade, originando a diminuição ou a perda da independência. As quedas são, assim, um grave problema de saúde pública pois representam actualmente uma ameaça à capacidade de viver de modo autónomo, cujo peso socioeconómico tem acompanhado o aumento da população idosa (DGS, 2006).

WOODFORD (2009) refere que o processo que permite a uma pessoa manter-se de pé depende da interacção de múltiplos sistemas, incluindo o equilíbrio (componentes visuais, proprioceptivas, vestibulares e cerebelares), a coordenação e a potência dos membros. Também há que atender a factores externos que tornam as quedas mais prováveis, tais como os obstáculos, desníveis do pavimento e outras barreiras arquitectónicas. Para além disto, há que ter em conta as doenças que aumentam a probabilidade de ocorrência de quedas, como por exemplo, hipotensão ortostática. Portanto, não é de surpreender que muitas quedas sejam de natureza multifactorial e que quase qualquer doença aguda possa aumentar a sua verosimilhança.

Segundo BUKSMAN (2008) os factores causadores de quedas no idoso podem ser classificados em três categorias: (1) factores de risco intrínsecos; (2) factores de risco extrínsecos; e (3) factores comportamentais, ou seja, o grau de exposição ao risco.

Relativamente aos factores de risco intrínsecos podemos referir a história prévia de queda, a idade, o sexo feminino, o uso de medicamentos, nomeadamente os psicotrópicos, diuréticos, digitálicos antiarrítmicos e a polimedicação; a condição clínica, como por exemplo a HTA, a diabetes, as doenças neurológicas, osteoarticulares, hipotensão ortostática e as doenças relacionadas com a perfusão cerebral; distúrbios da marcha e do equilíbrio, sedentarismo, o estado psicológico; défice nutricional, declínio cognitivo, deficiência visual, doença do foro ortopédico e o estado funcional (BUKSMAN, 2008).

Os factores de risco extrínsecos englobam os factores ambientais que podem ser responsáveis por cerca de 50% das quedas em idosos residente no domicílio. De entre os factores ambientais destacam-se a iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos variados, ausência de corrimão em corredores, escadas e banheiras, armários excessivamente altos ou baixos, roupa e sapatos inadequados, via pública mal conservada com buracos ou irregularidades e órtotese inapropriadas.

No que concerne ao factor comportamental, BUKSMAN (2008) acrescenta que as pessoas mais inactivas e as mais activas são as que têm maior risco de cair, possivelmente pela fragilidade das primeiras e pelo grau de exposição das segundas. A implementação de um programa de exercícios físicos que melhore a força muscular e o equilíbrio, deve ser individualizado e implementado por profissionais capacitados, de modo a reduzir o risco de queda. Este tipo de intervenção revela-se também eficaz na prevenção de lesões provocadas por queda em idosos institucionalizados e noutros grupos fragilizados, com défice de força muscular e de equilíbrio.

WOODFORD (2009) defende que os regimes de treino são um aspecto importante do programa de intervenção, na medida em que enquadram as necessidades do idoso que pode ainda receber orientações valiosas sobre como se deve levantar depois de uma queda.

Um estudo recente efectuado no Brasil mostra que a prática regular de actividade física é uma medida importante na melhoria da qualidade de vida dos idosos, pois tem efeitos positivos sobre a estabilidade e o risco de queda, proporcionando um aumento do equilíbrio, da habilidade funcional, da mobilidade e da coordenação (PIMENTEL e SHEICHER, 2009).

GUIMARÃES *et al.* (2004) efectuaram um estudo comparativo entre idosos sedentários e idosos que praticavam actividade física, concluindo que os primeiros possuem menor mobilidade e maior propensão a quedas comparativamente aos idosos que praticam actividade física regularmente.

NELSON *et al.* (2007) recomendam para os idosos uma prática de actividade física semelhante à que é recomendada aos adultos activos, com algumas diferenças ao nível da intensidade, flexibilidade e equilíbrio. Assim, um programa de actividade física para idosos deve ter uma intensidade moderada de actividade aeróbia, deve incluir actividades que mantêm ou aumentam a flexibilidade e exercícios de equilíbrio. Nos idosos mais velhos que apresentam maior risco de queda, devem ser enfatizadas as actividades de fortalecimento muscular, de modo a reduzir os comportamentos sedentários e treinar formas de gestão de riscos. No que concerne ao tempo de prática, o ideal seria que o idoso realizasse no mínimo trinta minutos de actividade física aeróbia diária, em cinco ou mais dias da semana.

5 – A ACTIVIDADE FÍSICA E A OBESIDADE NO IDOSO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como uma doença crónica incapacitante, em que o excesso de gordura corporal acumulada compromete a saúde do indivíduo. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia dispendida. Os factores que determinam este desequilíbrio são complexos e incluem factores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais (DGS, 2005).

O diagnóstico de pré-obesidade e de obesidade faz-se através do cálculo do IMC, o qual mede a corpulência relativa do indivíduo. Para determinar o IMC divide-se o peso, em quilogramas, pelo quadrado estatura, em metros ($\text{peso}/\text{altura}^2$). Está comprovado cientificamente que existe uma boa correlação entre o IMC e a massa gorda corporal.

Segundo a OMS, considera-se que há excesso de peso quando o IMC é superior ou igual a 25 e que há obesidade quando o IMC é superior ou igual a 30. No entanto, em certos casos, nomeadamente nos atletas, nos indivíduos com edemas e com ascite, o IMC não é uma determinação fiável da obesidade, pois não permite distinguir a causa do excesso de peso.

Pode classificar-se a obesidade em três classes: Classe I - IMC 30,0-34,9; Classe II - IMC 35,0-39,9; Classe III - IMC \geq 40,0. Existe uma relação entre as classes de obesidade e o risco de comorbilidade. Esta relação pode ser afectada por uma série de factores, incluindo a alimentação e o nível de actividade física (DGS, 2005).

Na população portuguesa com mais de 55 anos a prevalência da pré-obesidade e da obesidade é mais elevada, respectivamente, 1,9 e 7,2 vezes, do que na generalidade da população. Por outro lado, os portugueses mais escolarizados apresentam cerca de metade da prevalência de pré-obesidade e um quarto da prevalência de obesidade, quando comparados com os de baixa escolaridade. A prevalência da obesidade é, também, mais elevada nas classes sociais mais desfavorecidas.

No que se refere à actividade física é preocupante constatar que à medida que a idade avança, diminui a sua prática. Se dividirmos a população em dois grandes grupos, os que não praticam qualquer tipo de actividade física e aqueles que a praticam, pelo menos 3 horas e meia por semana, constatamos que mais de metade da população portuguesa não

pratica actividade física regular, o que contribui para a pré-obesidade e obesidade (DGS, 2005).

O sedentarismo, que tende a acompanhar o envelhecimento e vem sendo favorecido pela pressão do avanço tecnológico ocorrido nas últimas décadas, é um importante factor de risco para as doenças crónico-degenerativas, especialmente as afecções cardiovasculares, principal causa de morte nos idosos. Os idosos ficam, muitas vezes, sentados a ver televisão, durante horas, sem qualquer tipo de actividade física. Segundo FUNG *et al* (2000) a quantidade de horas passadas a ver televisão estão directamente associadas aos marcadores bioquímicos de obesidade e ao risco de doenças cardiovasculares.

Um comportamento sedentário está associado a maior risco para obesidade, enquanto, a actividade física, mesmo leve, implica uma substancial redução deste risco. Indivíduos regularmente activos tendem a diminuir a percentagem de gordura, em relação aos sedentários. Tal facto ocorre fundamentalmente devido ao aumento do gasto energético. A combinação de dieta e actividade física regular forma, segundo SLENTZ *et al.* (2004) o meio mais efectivo de controlo do peso.

É de certa forma surpreendente, segundo ELIA (2001), que não seja dedicada maior atenção ao problema da obesidade nos idosos, uma vez que neste grupo, a obesidade tem efeitos quantitativamente preocupantes em termos de mortalidade e morbidade. Ao longo da vida, o IMC tende a aumentar gradualmente, atingindo um pico por volta de 60 anos, voltando a declinar após esse período. A massa muscular passa por um processo de perda gradual, que se inicia por volta de 30 a 40 anos, persistindo até idades avançadas. Em contrapartida, a gordura corporal aumenta ao longo de toda a vida adulta. O elevado IMC e a acumulação de massa gorda associam-se positivamente à incapacidade, nomeadamente com a perda de mobilidade, perda de autonomia, diminuição da capacidade funcional, a par com doenças pulmonares, diabetes, etc.

ELIA (2001) salienta a complexidade deste problema ao constatar que os idosos tendem a apresentar uma maior proporção de gordura corporal do que os mais jovens com o mesmo IMC, devido à natural perda de massa muscular com o envelhecimento.