Arquivos de Ciências do ESPORTE

ISSN 2317-7136

Artigo Original

EDUFTM – Editora da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Barreiras para a prática de exercícios físicos em idosos em risco de fragilização

Barriers to exercise among older adults at risk of frailty

Renan Jorge Ramos Martins[1], Washington Martins Pontes[2], Debora Bernardo da Silva[3*]

[1] *Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.*
[2] *Departamento de Educação Física, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.*
[3] *Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, Núcleo de Cidadania, Saúde e Desenvolvimento, São Paulo, São Paulo, Brasil.*

** Autora correspondente: Debora Bernardo, Rua Morgado de Mateus, 615, São Paulo, SP. E-mail: debora.epid@gmail.com*

Citação: MARTINS, R. J. R.; PONTES, W. M.; DA SILVA, D. B. Barreiras para a prática de exercícios físicos em idosos em risco de fragilização. Arq. Cien. Esporte, v. 14, e026007, 2026. DOI https://doi.org/10.18554/aces.8809

Recebido: 23/11/2025

Aceito: 03/04/2026

Publicado: 17/11/2026

Prefixo DOI: 10.18554/aces.8809

E-location ID: e026007

Volume: 14, 2026

Nota do Editor: *A revista "Arquivos de Ciências do Esporte" permanece neutra em relação às reivindicações jurisdicionais em mapas publicados e afiliações institucionais.*

Licença: CC BY-NC-ND 4.0

Copyright © 2026 pelos autores. Publicado em acesso aberto sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).

Resumo: Objetivo: Investigar quais são as barreiras para a prática de atividades e exercícios físicos de pessoas idosas em risco de fragilização em um Centro de Saúde de Belo Horizonte (MG). Métodos: Estudo de delineamento transversal e característica descritiva, com método qualitativo e quantitativo. O estudo foi realizado em um Centro de Saúde do município de Belo Horizonte (MG). A seleção dos idosos foi realizada a partir dos dados do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20. Resultados: Participaram da pesquisa 14 idosos em risco de fragilização, com média de idade de 73 anos, predominantemente mulheres, pardas e com baixa escolaridade. A maioria apresentou pelo menos uma doença crônica não transmissível. Grande parte dos participantes apresentou excesso de peso, circunferência da cintura elevada e risco aumentado para doenças crônicas, baixo desempenho no teste de força de membros inferiores e a maioria não pratica atividade física regular. Conclusão: A idade avançada, baixa escolaridade, baixa condição econômica, presença de doenças crônicas não transmissíveis e capacidade de mobilidade prejudicada podem ser consideradas negativas para a manutenção das condições clínico-funcionais.

Palavras-chave: *Idoso; Fragilidade; Exercício físico; Envelhecimento.*

Abstract: Objective: To investigate the barriers to engaging in physical activities and exercises among older adults at risk of frailty in a Health Center in Belo Horizonte (MG). Methods: This was a cross-sectional, descriptive study employing both qualitative and quantitative methods. The research was conducted in a Health Center in the municipality of Belo Horizonte (MG). Older adults were selected based on data from the Clinical-Functional Vulnerability Index-20. Results: Fourteen older adults at risk of frailty participated in the study, with a mean age of 73 years, predominantly women, mixed race, and with low educational attainment. Most participants had at least one chronic non-communicable disease. A large proportion were overweight, had increased waist circumference and a higher risk for chronic diseases, showed low performance in the lower limb strength test, and the majority did not engage in regular physical activity. Conclusion: Advanced age, low educational level, low economic status, the presence of chronic non-communicable diseases, and impaired mobility can be considered negative factors for maintaining clinical-functional conditions.

Keywords: *Elderly; Frailty; Exercise; Aging.*

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o envelhecimento populacional tem ocorrido de maneira acelerada. Em 1950, o país tinha 2,2 milhões de idosos, sendo que havia 1,4 milhão na faixa de 60 a 69 anos, representando 66% do total de idosos[1]. Em 2010, o número de idosos era de 20.590.597 (10,8% da população) e, em 2022, de 32.113.490 (15,6% da população)[2].

Isso vem trazendo importantes desafios aos profissionais e serviços de saúde, bem como a necessidade de se desenvolverem novas formas de cuidado e monitoramento. Nesse contexto, as ações de proteção e cuidados específicos vêm adquirindo relevância na agenda pública[3]. As modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem no processo de envelhecimento podem tornar o indivíduo vulnerável, devido à redução da sua capacidade de adaptação ao meio ambiente[4], visto que o envelhecimento está intimamente associado ao processo de fragilização.

Os idosos podem apresentar vulnerabilidades clínicas funcionais devido ao comprometimento de alguns sistemas, e o uso de instrumentos por profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de conhecer as fragilidades dos idosos, é recomendado para acompanhar a possibilidade de suas internações[5–6]. Em vista das especificidades no perfil de doenças, incapacidade e das sequelas que estão associadas a esta faixa etária, o envelhecimento da população brasileira é um dos principais desafios da saúde pública no país.

A prática regular de atividade física é benéfica em diversos domínios da vida de um idoso. Esta prática é fator protetor contra quedas por fortalecer e aumentar a massa muscular, além de melhorar o equilíbrio corporal. Na literatura científica, há diversas comprovações acerca do impacto da atividade física regular no aparelho locomotor da população idosa, principalmente no equilíbrio e na composição corporal, melhorando a saúde de maneira geral e, assim, reduzindo quedas e fraturas[7]. Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo investigar quais são as barreiras para a prática de atividades e exercícios físicos de pessoas idosas em risco de fragilização em um Centro de Saúde de Belo Horizonte (MG).

2. MÉTODOS

Desenho do estudo

Estudo de delineamento transversal e característica descritiva, com método qualitativo e quantitativo.

Local

O estudo foi realizado no território da área de abrangência de um Centro de Saúde, localizado na regional Centro-Sul do município de Belo Horizonte (MG).

Participantes

A seleção dos idosos que participaram desta pesquisa foi realizada a partir dos dados coletados com o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) pelos profissionais de saúde do Centro de Saúde durante seus atendimentos, tanto em visitas domiciliares quanto no estabelecimento de saúde.

O IVCF-20 é um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (uma questão), autopercepção da saúde (uma questão), incapacidades funcionais (quatro questões), cognição (três questões), humor (duas questões), mobilidade (seis questões), comunicação (duas questões) e comorbidades múltiplas (uma questão). Cada seção tem pontuação específica que perfaz um valor máximo de 40 pontos; quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso[5].

Os participantes do estudo foram selecionados de forma intencional, em que todos os idosos atendidos pelos profissionais de saúde do Centro de Saúde em investigação e que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo, sendo: ter idade de 60 anos ou mais; estar cadastrado no Centro de Saúde em que a pesquisa aconteceu; possuir classificação no IVCF-20 entre 7 e 14, caracterizando ser uma pessoa idosa em risco de fragilização; não estar inscrito no Programa Academia da Cidade.

Intervenção

Após a seleção dos sujeitos do estudo, foi realizado o agendamento da visita domiciliar ou do atendimento no Centro de Saúde para a aplicação dos instrumentos de pesquisa. Foi aplicado um questionário para avaliação sociodemográfica e de saúde, para caracterização dos participantes.

Na abordagem qualitativa, foi utilizado um questionário (survey) para obter dados e informações sobre as características ou as opiniões da população incluída no estudo. As perguntas presentes no questionário foram: Conhece o PAC (Programa Academia da Cidade)? Se sim, por que não frequenta? Se já frequentou, por que interrompeu? Já na abordagem quantitativa, foi realizado o teste físico senta/levanta para avaliar a potência de membros inferiores (MMII), medido por meio de cronômetro com o idoso inicialmente sentado na cadeira, com as costas eretas (sem encostar no espaldar da cadeira), os pés apoiados no chão e os braços cruzados contra o tórax. Ao sinal do avaliador, o idoso levanta-se, ficando totalmente em pé, e então retorna à posição completamente sentada. O avaliado foi instruído a levantar-se e sentar-se completamente por cinco vezes no tempo máximo de 60 segundos; a pontuação deu-se pelo tempo em que o participante conseguiu realizar as repetições. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva, com elaboração de tabelas de frequência das variáveis categóricas, com os valores de frequência absoluta (n) e relativa (%).

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

A pesquisa foi conduzida respeitando os cuidados éticos, como anonimato e participação voluntária, das normas e diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/2012 e 510/2016) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob o CAAE 86224825.2.0000.5140.

3. RESULTADOS

Participaram da pesquisa 14 pessoas idosas em risco de fragilização (P), usuárias do Centro de Saúde em investigação. A média de idade foi de 73 anos, sendo 10 pessoas do gênero feminino e quatro do gênero masculino. Quanto à cor/raça/etnia, a maioria se autodeclarou parda, seguida de negra e branca. A média de pessoas morando na mesma casa foi 3,6. A maioria possui renda familiar de um salário mínimo. Nenhuma das pessoas investigadas possui pelo menos o Ensino Fundamental completo (Tabela 1).

Tabela 1. *Caracterização dos idosos em risco de fragilização (n = 14). Belo Horizonte, MG, 2025.*

P	Gênero	Idade	Cor/Raça/Etnia	Pessoas por residência	Renda (SM)	Escolaridade
P1	Feminino	74	Branca	5	2	Sem escolaridade
P2	Feminino	70	Parda	3	1	Sem escolaridade
P3	Masculino	67	Parda	3	1	Fund. incompleto
P4	Feminino	67	Negra	2	1	Fund. incompleto
P5	Feminino	65	Parda	4	1	Sem escolaridade
P6	Masculino	69	Branca	1	1	Fund. incompleto
P7	Masculino	70	Parda	5	1	Fund. incompleto
P8	Feminino	63	Negra	5	1	Fund. incompleto
P9	Feminino	77	Parda	8	2	Fund. incompleto
P10	Feminino	90	Negra	3	2	Sem escolaridade
P11	Feminino	71	Branca	3	1	Sem escolaridade
P12	Feminino	91	Negra	6	1	Sem escolaridade
P13	Feminino	78	Branca	2	2	Fund. incompleto
P14	Masculino	73	Parda	1	1	Fund. incompleto

Nota: SM = Salário mínimo.

Em relação à presença de doenças nos idosos (Tabela 2), a maioria apresentou uma ou mais condições que podem afetar fisicamente a saúde, sendo a hipertensão e o diabetes as mais presentes; apenas uma pessoa não possui nenhuma doença das relacionadas no estudo.

Tabela 2. *Presença de doença nos idosos em risco de fragilização (n = 14). Belo Horizonte, MG, 2025.*

P	Cardíaca	HAS	Osteoartrite	Dist. Tireoide	Diabetes	Depressão	Renal Crôn.	Dislipidemia
P1	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
P2	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
P3	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não
P4	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim
P5	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim
P6	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim
P7	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
P8	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim
P9	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
P10	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
P11	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
P12	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
P13	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não
P14	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim

Mesmo apresentando uma ou mais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), algumas pessoas informam não realizar o uso diário de medicamentos ou uso regular, e uma pessoa prefere comprar os medicamentos ao invés de utilizar o serviço da farmácia do SUS (Tabela 3).

Tabela 3. *Perfil antropométrico, medicamentoso e de risco de quedas dos idosos em risco de fragilização (n = 14). Belo Horizonte, MG, 2025.*

P	Medicam.	Hist. quedas	Estatura	Peso (kg)	IMC	Classif. IMC	CC	Risco DC
P1	Sim	Sim	1,44	56,0	27,01	Sobrepeso	86	Aumentado
P2	Sim	Sim	1,63	98,2	36,96	Obesidade II	108	Muito alto
P3	Sim	Não	1,73	131,15	43,80	Obesidade III	150	Extrem. alto
P4	Sim	Não	1,52	79,35	34,32	Obesidade I	97,5	Muito alto
P5	Sim	Sim	1,59	90,55	35,80	Obesidade II	118	Muito alto
P6	Sim	Não	1,70	75,1	25,99	Sobrepeso	95	Aumentado
P7	Não	Não	1,68	55,3	19,59	Normal	78	Sem risco
P8	Sim	Não	1,45	83,05	39,48	Obesidade II	96	Muito alto
P9	Sim	Sim	1,47	71,5	33,09	Obesidade I	102	Muito alto
P10	Não	Sim	1,51	42,8	18,77	Normal	73	Sem risco
P11	Sim	Sim	1,59	112,7	44,58	Obesidade III	122	Extrem. alto
P12	Sim	Sim	1,47	44,05	20,36	Normal	69	Sem risco
P13	Sim	Não	1,47	83,15	38,46	Obesidade II	99	Muito alto
P14	Sim	Não	1,75	55,0	17,96	Abaixo	77	Sem risco

Nota: CC = Circunferência da cintura (H<102/M<88 cm); DC = Doenças crônicas.

Já para o estilo de vida (Tabela 4), a maioria relatou que não pratica atividade física e também não conhece o Programa Academia da Saúde. A maioria também não é etilista ou tabagista, porém quatro pessoas informaram ser ex-tabagistas e cinco ex-etilistas. Ainda, 12 pessoas nunca frequentaram o programa de práticas corporais e atividades físicas do SUS.

O motivo predominante para a não participação no Programa Academia da Cidade está associado à acessibilidade. Duas pessoas não saem de casa devido ao medo de queda e à insegurança em andar sozinhas. Cinco pessoas acham que a localização da Academia da Cidade não é adequada, uma vez que o território é caracterizado por morros, sendo a comunidade ao redor construída em terreno irregular. Os ônibus que circulam na região não têm ponto próximo ao estabelecimento de saúde de funcionamento do Programa. As outras relatam que não participam em decorrência do horário das atividades coincidir com horário de trabalho ou por não terem interesse em participar. O principal motivo para a não participação no programa é a mobilidade urbana. As características da comunidade/favela, com presença de morros, barrancos, escadas irregulares e becos, em que os idosos em risco de fragilização deste estudo estão inseridos, dificultam o deslocamento até mesmo para irem ao Centro de Saúde, conforme relatos dos próprios participantes.

Tabela 4. *Estilo de vida dos idosos em risco de fragilização, participantes do estudo.*

P	Atividade física	Tabagista	Etilista	Já frequentou o PAS?
P1	Não	Não	Não	Não
P2	Não	Não	Não	Não
P3	Não	Não	Não	Não
P4	Não	Não	Não	Sim
P5	Não	Não	Não	Sim
P6	Sim	Sim	Sim	Não
P7	Não	Sim	Não	Não
P8	Não	Não	Não	Não
P9	Não	Não	Não	Não
P10	Não	Não	Não	Não
P11	Não	Não	Não	Não
P12	Não	Não	Não	Não
P13	Não	Não	Não	Não
P14	Não	Não	Não	Não

Nota: PAS = Programa Academia da Saúde.

No teste senta/levanta, utilizado para medir a força de MMII, todos os participantes obtiveram uma baixa pontuação e uma pessoa teve a pontuação anulada (Tabela 5).

Tabela 5. *Teste senta/levanta com os idosos em risco de fragilização, participantes do estudo.*

P	16,7s +	13,7 a 16,69s	11,2 a 13,68s	< 11,19s	Pontuação
P1	20,31	-	-	-	1
P2	19,90	-	-	-	1
P3	19,03	-	-	-	1
P4	22,75	-	-	-	1
P5	31,70	-	-	-	1
P6	32,07	-	-	-	1
P7	17,18	-	-	-	1

P8	29,53	-	-	-	1
P9	Não levantou	-	-	-	0
P10	-	14,74	-	-	2
P11	35,21	-	-	-	1
P12	17,97	-	-	-	1
P13	22,73	-	-	-	1
P14	30,61	-	-	-	1

4. DISCUSSÃO

O estudo investigou 14 pessoas idosas em risco de fragilização, com média de idade de 73 anos, predominantemente mulheres, pardas e com baixa escolaridade. A maioria apresentou pelo menos uma DCNT, especialmente hipertensão e diabetes, embora algumas não façam uso regular de medicamentos. Grande parte dos participantes apresentou excesso de peso, circunferência da cintura elevada e risco aumentado para doenças crônicas, além de baixo desempenho no teste de força de membros inferiores. Quanto ao estilo de vida, a maioria não pratica atividade física regular, não conhece ou não frequenta o Programa Academia da Saúde, sendo a mobilidade urbana, a dificuldade de acesso e o medo de quedas os principais fatores limitantes para a participação.

No Cardiovascular Health Study, que envolveu idosos residentes na comunidade, 6,3% dos participantes foram classificados como frágeis, 45,3% como pré-frágeis e 48,3% como não frágeis. A fragilidade associou-se com raça negra, baixos níveis de escolaridade e renda, saúde deficitária e altas taxas de comorbidades e incapacidade. A prevalência foi maior entre as mulheres do que entre os homens e entre os idosos de idade avançada do que entre os idosos jovens[8].

Condições de risco tais como ser mulher, não ser de raça branca, baixa renda, baixo nível educacional, acesso deficitário a serviços de saúde e viver sozinho são apontadas como preditores de fragilidade. A escassez de oportunidades sociais ao longo da vida aumenta os riscos de fragilidade. Há relações entre pré-fragilidade, fragilidade e variáveis sociodemográficas que ocorrem em contextos de pobreza e de baixa escolaridade[9].

Em relação à escolaridade, os idosos com mais anos de estudo apresentaram um menor risco de cair. Esta situação pode estar relacionada ao fato de que idosos com maior escolaridade tendem a ter uma maior renda e, consequentemente, melhores condições de moradia e acesso à saúde[10]. Presume-se essa associação devido ao acesso à informação, favorecendo maior conhecimento sobre os benefícios da prática de atividade física.

O baixo nível de atividade física pode aumentar o risco de obesidade, que é um importante agravo de saúde pública e que tem apresentado prevalências crescentes nas últimas décadas, especialmente entre os idosos[11]. No Brasil, dados das Pesquisas Nacionais de Saúde mostraram que a obesidade acometia 20,8% dos adultos e idosos em 2013, elevando-se para 25,9% em 2019[12]. Considerando somente os idosos, as prevalências de obesidade foram de 20,2% em 2013 e de 22,9% em 2019[13]. Diversas condições estão associadas à obesidade, tais como limitações funcionais, fragilidade e maiores taxas de mortalidade precoce, além do risco de desenvolver múltiplas doenças, incluindo as doenças cardiovasculares[14].

Ainda, no envelhecimento, a obesidade sarcopênica é uma causa importante de fragilidade, incapacidade e perda de independência dos idosos[15]. Os fatores causais da obesidade sarcopênica são nutrição inadequada, resistência à insulina, diminuição da concentração de hormônios (GH e testosterona), inflamação por meio da produção de citocinas pró-inflamatórias pelo tecido adiposo, inatividade física e sedentarismo[16]. As alterações no sistema musculoesquelético relacionadas à idade, juntamente com o aumento da prevalência de obesidade observada em idosos, revelam uma nova condição chamada obesidade sarcopênica[17], a qual se configura com a associação de sarcopenia ao aumento de gordura corporal[15]. Na coexistência dessas duas condições, evidenciam-se maiores riscos de mortalidade e agravamento de incapacidades, quedas, menor

desempenho cognitivo, agravamento de doenças cardiovasculares e outras condições desfavoráveis à saúde, como hospitalizações[17].

Já o risco para quedas é reconhecidamente um fator importante na qualidade de vida e mortalidade entre idosos, sendo a queda a segunda principal causa de mortes por lesões não intencionais em todo o mundo[18]. Dessa forma, pessoas idosas inativas tornam-se ainda mais suscetíveis a declínios funcionais, já que, somados ao processo de fragilidade do próprio envelhecimento, aumentam os efeitos deletérios da inatividade física, como a redução da aptidão física cardiorrespiratória, da resistência muscular e dos mecanismos intrínsecos da manutenção do equilíbrio[19].

Fatores do ambiente, como iluminação inadequada, superfícies escorregadias, degraus altos, ausência de corrimãos, calçadas inadequadas e vias públicas malconservadas, estão diretamente ligados ao aumento da chance de quedas[10]. A confiança que os idosos depositam em suas cidades é determinante em suas relações sociais e interações cotidianas, as quais ampliam a vida urbana e tendem a lhes garantir um envelhecimento ativo. Outros estudos corroboram o fato de que, na ausência de infraestrutura adequada, muitos idosos se limitam a realizar atividades nas ruas, especialmente os mais vulneráveis.

O Ministério da Saúde no Brasil considera a prática de exercícios físicos uma estratégia eficaz para a prevenção e controle de DCNT; portanto, quanto maior o nível de exercício físico, menor a quantidade de medicamentos utilizados para o tratamento dessas doenças[20]. Lago et al. (2016)[21] observaram que a quantidade de medicação foi maior em pessoas com menores níveis de atividade física.

Algumas doenças associam-se a piores condições funcionais, dentre elas as cardiovasculares, cerebrovasculares e demência[22]. Uma análise de 329 idosos de Minas Gerais evidenciou associação de doenças como diabetes mellitus, acidente vascular encefálico e doenças cardíacas com a dependência para as Atividades Básicas de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Essas condições de saúde resultam em maior número de visitas médicas e tempo de internação hospitalar e, após a alta hospitalar, o paciente pode apresentar declínio de sua capacidade funcional no decorrer do tempo[23]. Dados do serviço de emergência de um hospital australiano, em que foi avaliada a dependência de pacientes após 1 e 3 meses da alta do serviço de emergência, mostraram que entre a alta hospitalar e no intervalo de 1 mês, 26,4% apresentaram redução em todos os escores das AIVD e, até o terceiro mês, esse percentual elevou-se para 36,7%[24].

A Atenção Básica, enquanto ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, tem no domicílio o seu menor território de atuação, entendido não apenas como uma delimitação espacial onde habitam as pessoas, mas como um lugar de experiência existencial, organizado socialmente e caracterizado por relações conflitantes e complementares, com diferentes sentidos e significados, que permitem a tomada de decisão em busca da defesa da vida, transformando o ambiente domiciliar num espaço primordial para promover o cuidado em saúde[25].

Desse modo, a Visita Domiciliar apresenta-se como intervenção de excelência, pois tem como objetivo produzir um cuidado integral em saúde, pelo exercício da escuta e do apoio, potência no agir individual e coletivo, na corresponsabilização do cuidado e no respeito à autonomia, indispensáveis ao fazer em saúde[26]. Para isso, é fundamental usar como ferramenta auxiliar orientações de exercícios físicos compartilhadas com os outros profissionais de saúde por meio de cartilhas em visitas domiciliares, bem como desenvolver espaços de educação em saúde para as famílias de pessoas idosas sobre a importância da autonomia, do fortalecimento muscular e de outros cuidados para evitar quedas.

Neste estudo, podemos considerar algumas limitações para a sua realização, sendo elas o tempo disponível para a realização da coleta de dados e o baixo número de participantes, que pode resultar em dificuldades para futuras comparações. Mesmo assim, este estudo é potente em descrever o perfil e as barreiras frente à prática de atividade física de idosos em risco de fragilização de um Centro de Saúde da cidade de Belo Horizonte-MG.

5. CONCLUSÕES

Dimensões preditoras como idade avançada, baixa escolaridade, reduzida condição econômica, condições crônicas de saúde e capacidade de mobilidade prejudicada podem ser consideradas negativas para a

manutenção das condições clínico-funcionais. Considerando que a fragilidade é um estado multidimensional, resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida, os idosos deste estudo, em um curto período, se não introduzirem práticas de promoção e prevenção de saúde, podem ser reclassificados em idosos frágeis.

Por isso, ampliar a política de atividade física na saúde pública é fundamental para atingir mais pessoas idosas em risco de fragilização, bem como também promover a prática para os idosos robustos, para manutenção da qualidade de vida e capacidades funcionais preservadas por mais tempo. Diante disso, é necessário pensar em grupos de exercícios físicos para além das Academias da Cidade, em espaços parceiros que estejam em pontos estratégicos para ampliar a oferta de práticas corporais e tentar atingir as pessoas idosas mais restritas às suas casas.

6. FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio de bolsa de residência concedida ao primeiro autor.

7. APROVAÇÃO ÉTICA

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, sob o parecer 7.493.887 e CAAE 86224825.2.0000.5140.

8. CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES (CREDIT)

R.J.R.M.: Conceituação, Delineamento do estudo, Coleta de dados, Análise dos dados, Interpretação dos resultados, Redação do manuscrito.

W.M.P.: Supervisão, Revisão do manuscrito.

D.B.: Conceituação, Supervisão, Revisão e edição final do manuscrito.

9. CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. José Eustáquio Diniz Alves. O envelhecimento do envelhecimento no Brasil e no mundo. EcoDebate, 2023. Disponível em: https://www.ihu.unisinos.br/categorias/629804. Acesso em: 15 set. 2025.
2. IBGE. Censo Demográfico 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html. Acesso em: 10 set. 2025.
3. Cabral, J. F., Silva, A. M. C., Mattos, I. E., et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, 24(9), 3227–3236, 2019.
4. Papaléo Netto, M. O estudo da velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, pp. 3–13.
5. Moraes, E. N., Carmo, J. A., Moraes, F. L., et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Revista de Saúde Pública, 50, 81, 2016.
6. Silva, M. E., Cristianismo, R. S., Dutra, L. R., et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2013. DOI: 10.19175/recom.v0i0.336.
7. Sousa, A. A. S., Sousa, C. M. S., Dantas, M. C. B., et al. Qualidade de Vida em Idosos após a ocorrência de Fratura: Uma Revisão Integrativa. ID on line Revista de Psicologia, 14(50), 151–165, 2020.
8. Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology Series A, 56(3), M146–M156, 2001.
9. Neri, A. L., Yassuda, M. S., Araújo, L. F., et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. Cadernos de Saúde Pública, 29(4), 778–792, 2013.
10. Pereira, G. N., Morsch, P., Lopes, D. G. C., et al. Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. Ciência & Saúde Coletiva, 18(12), 3507–3514, 2013.
11. Kalish, V. B. Obesity in Older Adults. Primary Care: Clinics in Office Practice, 43(1), 137–144, 2016.
12. Ferreira, A. P. S., Szwarcwald, C. L., Damacena, G. N., et al. Increasing trends in obesity prevalence from 2013 to 2019 and associated factors in Brazil. Revista Brasileira de Epidemiologia, 24, e210009, 2021.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

14. Dhana, K., Berghout, M. A., Peeters, A., et al. Obesity in older adults and life expectancy with and without cardiovascular disease. International Journal of Obesity, 40(10), 1535–1540, 2016.

15. Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Age and Ageing, 39(4), 412–423, 2010.

16. Campos, G. C., Lopes, C. S., & Lourenço, R. A. Obesidade sarcopênica e funcionalidade: Uma revisão da literatura. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, 16(2), 102–109, 2017.

17. Zamboni, M., Rubele, S., & Rossi, A. P. Sarcopenia and obesity. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, 22(1), 13–19, 2019.

18. Oliveira, P. R. C., Rodrigues, V. E. S., Oliveira, A. K. L., et al. Fatores associados à fragilidade em idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. Escola Anna Nery, 25(1), e20200355, 2021.

19. Paiva, M. M., Lima, M. G., & Barros, M. B. A. Quedas e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos: influência do tipo, frequência e local de ocorrência das quedas. Ciência & Saúde Coletiva, 26(12), 5099–5108, 2021.

20. Samitz, G., Egger, M., & Zwahlen, M. Domains of physical activity and all-cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. International Journal of Epidemiology, 40(5), 1382–1400, 2011.

21. Lago, C., Morais, G., Guarda, F., et al. Relação do nível de atividade física habitual e consumo de medicamentos em usuários do Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 21(4), 373–380, 2016.

22. Barbosa, B. R., Almeida, J. M., Barbosa, M. R., et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Ciência & Saúde Coletiva, 19(8), 3317–3325, 2014.

23. Mattos, I. E., do Carmo, C. N., Santiago, L. M., et al. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. BMC Geriatrics, 14, 47, 2014.

24. Grimmer, K., Beaton, K., & Hendry, K. Identifying functional decline: a methodological challenge. Patient Related Outcome Measures, 4, 37–48, 2013.

25. Quirino, T. R. L., Jucá, A. L., Rocha, L. P., et al. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Revista Sustinere, 8(1), 253–273, 2020.

26. Mahmud, I. C., Kowalski, C. V., Lavagnini, B. T., et al. A multidisciplinaridade na visita domiciliar a idosos: o olhar da Enfermagem, Medicina e Psicologia. PAJAR – Pan-American Journal of Aging Research, 6(2), 72–84, 2018.