

REVISTA AMAZONENSE DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Amazon Journal of Geriatric and Gerontology

volume 3. número 1. jan-dez / 2010.



Editor / Editor

Euler Esteves Ribeiro

Governador do Estado do Amazonas
OMAR JOSÉ ABDEL AZIZ

Editores Associados / Associated Editors

Claudio do Carmo Chaves

Ivana Beatrice Mânica da Cruz

João Bosco Botelho

Ozório José de Menezes Fonseca

Vice-Governador do Estado do Amazonas
JOSÉ MELO DE OLIVEIRA

Reitor da Universidade do Estado do Amazonas
JOSÉ ALDEMIR DE OLIVEIRA

Editor Executivo / Executive Editor

Clara Balbina Costa de Carvalho

Vice-Reitora da Universidade do Estado do Amazonas
MARLY GUIMARÃES FERNANDES COSTA

Assessoria Executiva/ Executive Board

Carlos Augusto Hossaine do Nascimento

Fernanda Farias de Castro

Terezinha Lima Silva

Stella Regina Folhadela Torres

Pró-Reitor de Administração
ROSINEIDE DE MELO ROLDÃO

Pró-Reitor de Planejamento
ANDRÉ ZOGAHIB

Grupo de Assessores Científicos / Scientific Advisory Board

Célia Pereira Caldas – UERJ

Elisa Franco de Assis Costa – GO

Fernanda de Souza Teixeira – UNILEON, Espanha

José Antonio de Paz – UNILEON, Espanha

Márcia Scazufca – USP

Renato Guimarães Maia – UNB

Renato Peixoto Veras – UERJ

Wilson Jacob Filho – USP

Yukio Moriguci – PUC/RS

Pró-Reitor de Graduação
ELISABETE BROCKI

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
MARIA DAS GRAÇAS VALE BAROSA

Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários
JOSÉ ANTONIO NUNES DE MELLO

Diretor da UnATI
EULER ESTEVES RIBEIRO

Normalização/ Normalization

Clara Balbina Costa de Carvalho

Colaborações / Contributions

Os manuscritos devem seguir as “Orientações aos Autores”, que poderá ser solicitado via e-mail. Estes devem ser encaminhados aos cuidados do Editor.

Correspondências / Correspondence

Toda correspondência deve ser encaminhadas aos cuidados da revista no endereço abaixo:

Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia

UnATI – UEA

Av. Carvalho Leal, 1777, Cachoeirinha -

Bloco B - 3º Andar

CEP 69065-001 - Manaus – AM

Tel./Fax (92) 3878-4352 / 3788-4359 / 3878-4369

E-mail: ragg.unati.uea@gmail.com

Twitter: @UnATIUEA

Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia = Amazon Journal of Geriatric and Gerontology. Universidade do estado do Amazonas, Escola Superior de Saúde, Universidade Aberta da terceira Idade, Centro de Referência, Documentação e Informação. – Manaus, v. 1, n 1 (jun-dez, 2008).

Semestral

Resumo em Português e Inglês.

ISSN 1983-6929 (versão impressa)

1. Idoso 2. Envelhecimento 3. Geriatria 4. Gerontologia

CDU 612.67(05)

SUMÁRIO

Editorial

Artigos

Página 7

O Impacto da osteoartrose e osteoartrite na qualidade de vida dos idosos.

Ana Flávia Rocha de Carvalho, Ednéa Passos Bastos, Eloísa Helena de Oliveira Ayres, Maria Saúde Pereira Printes.

Página 20

Influência dos fatores de risco nutricionais no idoso

Cláudia Andréa Corrêa Garcia Simões, Edna Alves Martins, Janaína Moura D'Almeida, Mara Maia, Michella Lima

Página 34

Perfil epidemiológico das neoplasias nos idosos de Manaus-AM e nos idosos inseridos na estratégia de saúde da família (ESF-SUS) de Manaus-AM.

Maria Estelita Rojas Converso, Erika Yumi Akasaka, Luciana Akemi Tamura Ozaki, Mariana de Carvalho Pinto, Maria Carolina Messias Martins

Página 47

Qualidade de vida em idosos ativos no município de Mogi das Cruzes

Lislaine Gonçalves Saga, Otilia Cristina Souza De Farias, Rosangela Soares Santos, Maria Tereza Gagliuzzi

Aterosclerose na saúde do idoso: uma visão gerontológica

Ênio Moises Félix da Silva, Ênio Moises Félix da Silva, Everaldo Ordones de Souza, Marco Antônio da Silva

Obesidade na terceira idade

Rodrigo Augusto Freitas Neri, Circe Barroncas Passos Araújo, Halley Silva Rocha, Edmary Cavalcante

Impacto neuropsicológico em idosos saudáveis submetidos a um programa de estimulação cognitiva

Adriana Cristine Fonseca Mozzambani, Cristiane de Paula Felipe, Simone Ferro Pataro

EDITORIAL

Para Viver Melhor

Cláudio Chaves *

A Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) – unidade da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) – dedicada à Geriatria e à Gerontologia, sob a direção do Prof. Dr. Euler Ribeiro que é uma das referências internacionais dessas ciências, apresenta à comunidade científica o terceiro número de uma série promissora do seu periódico *Revista Amazônica de Geriatria e Gerontologia*.

Nascida no seio da Academia Amazonense de Medicina, no ano de 2001, e depois, por louvável vontade política, integrada na UEA em 2007, a UnATI, apesar dos obstáculos e das adversidades, que não têm sido poucos, vem se consolidando como órgão especializado para cuidar com dignidade da pessoa idosa no Amazonas, como dão prova os milhares de egressos e as centenas de alunos matriculados nos seus vários cursos nesses poucos anos de sua existência.

Embora seja do conhecimento de todos que a vida material tem inexoravelmente a finitude, fazer com que as pessoas vivam mais e com qualidade, passou a ser a grande bandeira a estar permanentemente içada, tanto na *práxis* quanto no ensino, pesquisa e extensão, por todos os profissionais que atuam nas múltiplas áreas da saúde.

Portanto, ampliar a expectativa de vida para o centenário, ou até mesmo além dele, é o grande avanço que as ciências médicas podem e devem legar às gerações futuras a partir do início do século XXI.

Este tomo contém temas diversos, todos de grande relevância, para o estudo e os cuidados adequados a prevenir e tratar das fragilidades comuns que podem comprometer a saúde do idoso.

Da lavra de *experts* dessa linha do pensamento, os leitores vão se contemplar e enriquecer seus conhecimentos com artigos relacionados com temas interessantes, tais como: osteoartrose e osteoartrite; fatores de risco nutricionais; perfil epidemiológico das neoplasias; qualidade de vida; aterosclerose; obesidade; e impacto neuropsicológico, os quais, com certeza, vão ser de grande valia para aqueles que se prestam à sublime missão de promover o bem-estar físico, mental e social e de prolongar a vida com qualidade do ser humano.

Aos leitores boa ilustração.

* Professor Doutor, Livre-Docente e Decano da Universidade Federal do Amazonas.

O Impacto da Osteoartrose e Osteoartrite na Qualidade de Vida dos Idosos

Ana Flávia Rocha de Carvalho¹, Ednéa Passos Bastos²,
Eloísa Helena de Oliveira Ayres³, Maria Saúde Pereira Printes⁴

¹ Fisioterapeuta, graduada na Universidade de Fortaleza

² Fisioterapeuta, graduada na Universidade Nilton Lins

³ Assistente Social, graduada na Universidade Federal do Amazonas

⁴ Psicóloga, graduada na Universidade Federal do Pará

Correspondências para:

Maria Saúde Pereira Printes. Av. Carvalho Leal, 1777 Cachoeirinha, bloco B - CEP 69065-001

RESUMO

Há uma constante preocupação e questionamento em relação ao processo de envelhecimento. Com base nesse contexto, esse artigo buscou abordar sobre o impacto da osteoartrose e osteoartrite na qualidade de vida dos idosos, patologias estas que afetam, limitam e impossibilitam a realização de atividades da vida diária de pessoas que fazem parte da melhor idade. Seguindo a mesma linha de raciocínio, levantou-se a seguinte problemática: Qual é a melhor forma de prevenção quanto ao surgimento da osteoartrose e osteoartrite para que o idoso tenha uma boa qualidade de vida? E como objetivo geral, conscientizar da crescente importância da prevenção da osteoartrose e osteoartrite em idosos na busca da qualidade de vida. Foi traçado como objetivos específicos: aprofundar o conhecimento sobre o tema por meio de pesquisa bibliográfica; estimular a prevenção e/ou agravamento dessa patologia em idosos e divulgar sobre a importância da prevenção de osteoartrose e osteoartrite para a qualidade de vida de idosos. Para o alcance dos objetivos, utilizou-se o argumento dedutivo e pesquisa bibliográfica. Como resultado obteve-se que existem alguns cuidados que devem ser tomados por pessoas idosas para evitar ou retardar essas doenças, e a prática de atividade física é uma das recomendações.

Descritores: Envelhecimento, Qualidade de Vida, Prevenção.

ABSTRACT

There is a constant concern and questioning in relation to the aging process. Within this context, this article sought to abord the impact of osteoarthritis and osteoarthritis on quality of life of older people, these diseases affect, limit and make it impossible to perform activities of daily life of people who are part of the best age. By the same token, got up the following issues: What is the best form of prevention as the onset of osteoarthritis and osteoarthritis in the elderly have a good quality of life? And as general objective awareness of the growing importance of prevention of osteoarthritis and osteoarthritis in the elderly in the pursuit of quality of life. Was traced as specific objective: to increase knowledge on the subject by means of literature, encouraging prevention and / or worsening of disease in the elderly and promote the importance of prevention of osteoarthritis and osteoarthritis for the quality of senior's life. To achieve the objectives, were used the deductive argument and bibliographical research. As result it was found that there are some precautions that should be taken by the elderly to prevent or delay these diseases, and physical activity is one of the recommendations.

Keywords: Aging Process, Quality of Life, Prevention.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento promove alterações irreversíveis no corpo e as artropatias degenerativas e inflamatórias constituem uma das mais comuns causas de dor e incapacidade em pessoas que fazem parte dessa faixa etária.

Com a idade avançada ocorre um declínio de energia, das faculdades e dos tecidos. Os vários sistemas mudam velocidades distintas em diferentes pessoas. O sistema de

músculoesquelético sofre deterioração. As articulações se tornam rígidas e podem surgir contraturas¹.

E dentre as patologias a osteoartrose e osteoartrite acomete indivíduos idosos, cujo processo constitui uma forma grave de comprometimento para a qualidade de vida dessas pessoas.

Estudos americanos em 2003 apontaram que mais de 50 milhões de pessoas são acometidas de artrose. No Brasil, não existem dados precisos sobre esta prevalência².

Sob a luz desse contexto fez-se o seguinte questionamento: Qual é a melhor forma de prevenção quanto ao surgimento da osteoartrose e osteoartrite para que o idoso tenha uma boa qualidade de vida?

E como objetivo geral buscou-se conscientizar da crescente importância da prevenção da osteoartrose e osteoartrite em idosos na busca da qualidade de vida.

E traçou como objetivos específicos: aprofundar o conhecimento sobre o tema por meio de pesquisa bibliográfica; estimular a prevenção e/ou agravamento dessa patologia em idosos e divulgar sobre a importância da prevenção de osteoartrose e osteoartrite para a qualidade de vida de idosos.

A relevância deste estudo está na nova forma de ver a doença que acomete a população idosa, pois antes se tinha como uma doença progressiva, sem perspectivas de tratamento, e vista por muitos como natural do processo de envelhecimento.

No entanto, nos dias atuais, descobriu-se que é possível modificar o seu curso evolutivo, tanto em relação ao tratamento sintomático imediato, quanto ao seu prognóstico.

Qualidade de Vida

A qualidade de vida é a percepção que a pessoa tem de sua posição na vida, inserido no contexto da cultura e do sistema de valores, onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹.

Por qualidade de vida entende-se o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro segmentos, que são o social, afetivo, profissional e o que se refere à saúde. Portanto, refere-se ter uma vida bem equilibrada em todas as áreas².

A qualidade de vida difere de pessoa para pessoa e pode mudar ao longo da vida de cada um. Existe, porém, consenso em torno da idéia de que são múltiplos os fatores que determinam a qualidade de vida e a combinação desses fatores moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano, que resulta numa rede de fenômenos e situações que, abstratamente, pode ser chamada de qualidade de vida. Muitas vezes está associada a essa expressão de fatores como: estado de saúde, longevidade, relações familiares, disposição, prazer, espiritualidade, dentre outros³.

Qualidade de vida do Idoso

A Qualidade de Vida do Idoso pode ser definida como a avaliação multidimensional em relação a critérios sócio-normativos e intrapessoais, referentes às relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo idoso e o seu ambiente².

Nas últimas três décadas observou-se um aumento significativo com a qualidade de vida do idoso. O crescimento do número de idosos como também a expansão da longevidade tornaram-se experiência compartilhada por um grupo cada vez maior de indivíduos, cuja questão refere-se ao bem-estar físico, psicológico e social dos idosos que interessam aos planejadores da área de saúde. Uma boa qualidade de vida consiste na interação entre pessoas em mudanças, cuja análise permite desvendar os valores existentes na sociedade atual em relação ao significado do envelhecimento no curso de vida individual, de grupos etários e de instituições⁴.

De forma biológica o envelhecimento reflete nas funções musculares e ósseas do corpo. E umas das condições músculo esquelética que afeta a qualidade de vida do idoso é a

osteoartrite que pode resultar em disfunções que afetam diretamente a qualidade de vida de indivíduos que fazem parte do grupo de melhor idade⁵.

Dados de 2005 da Organização Mundial da Saúde estimam que 25% dos indivíduos acima de 65 anos sofrem de dor e incapacidade associadas a Osteoartrite⁶.

Patologias que interferem na Qualidade de Vida do Idoso

Osteoartrose: A osteoartrose é um processo localizado marcado por estreitamento do espaço articular devido à destruição da cartilagem articular e à formação de osteófitos na margem articular⁷.

A osteoartrose ocorre nas articulações sinoviais e é mais comum em pessoas idosas, porém, pode aparecer em qualquer idade como sequela de algum traumatismo articular ou malformações congênitas⁸.

A osteoartrose consiste num processo degenerativo articular que resulta de um processo anormal entre a destruição cartilaginosa e a reparação da mesma. A cartilagem articular é um tecido que reveste a extremidade de dois ossos justapostos e que possuem algum grau de movimentação entre eles⁹.

A Osteoartrose atinge as articulações sinoviais e caracteriza-se por apresentar alterações na cartilagem articular, dando origem a zonas de fibrilação e fissuração, sendo observados também microfraturas, cistos, esclerose subcondrais e formação de osteófitos nas bordas articulares¹⁰.

Embora com etiologia desconhecida, postula-se como possíveis causas etiológicas o fator sobrecarga, como fatores ocupacionais e sobrepeso, notoriamente em articulações de suporte de peso (joelho, quadril), provocando na patologia estabelecida dor articular protocinética, diminuição da força muscular, incapacidade funcional, alterações proprioceptivas e em fase mais avançada, deformidades¹¹.

Do ponto de vista médico a osteoartrose divide-se em dois grupos: primário e secundário. Na osteoartrose primária encontram-se os indivíduos que possuem um patrimônio genético, cuja patologia se desenvolve independente de fatores externos. Na osteoartrose secundária encontram-se as pessoas que, em virtude de algum fator agressivo ocorrido em determinado período da sua vida, passaram a apresentar a patologia⁹.

Na osteoartrose secundária surge consequência de outras condições como: Trauma após lesão grave, resultando em fraturas das superfícies articulares; Luxação; Infecção; Deformidade, Obesidade; Hemofilia; Acromegalia; Hipertireoidismo; Tabes dorsal, siringomielia – articulações de Charcot¹.

Uma articulação normal é formada por células denominadas condrócitos, cuja função básica é fabricar todas as substâncias necessárias para o bom funcionamento da cartilagem articular. Dentre estas substâncias, encontra-se uma proteína denominada colágeno, que tem a finalidade de funcionar como uma malha de sustentação, retendo as demais substâncias existentes dentro da cartilagem⁹, como pode ser observado na figura 1.

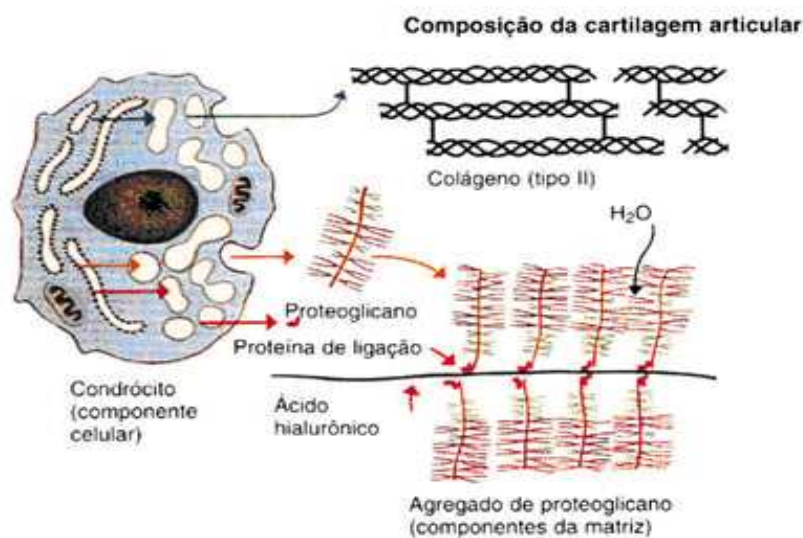


Figura 1 – Formação de uma articulação considerada normal
Fonte: Novaes (2009)

A cartilagem articular funciona como uma esponja de silicone embebida em água. O estado de hidratação da cartilagem e sua integridade é fator indispensável para a não existência de osteoartrose.

Osteoartrite: A osteoartrite é caracterizada por alterações bioquímicas e anatômicas progressivas nas articulações que compromete sua estrutura e função. As articulações mais afetadas são as interfalângicas distais e proximais das mãos e as que suportam peso como as do quadril e joelhos e as da coluna cervical e lombar¹².

A osteoartrite, de forma clínica e radiograficamente, caracteriza-se por dor, rigidez matinal, crepitação óssea, atrofia muscular, estreitamento de espaço intra-articular, formações osteofíticas, esclerose do osso subcondral e formações císticas¹³.

A idade favorece a prevalência da osteoartrite, pois no envelhecimento fisiológico se perdem os mecanismos protetores da articulação, tais como: a capacidade dos condrócitos responderem aos fatores de crescimento; acúmulo de produtos de degradação da cartilagem que inibem a síntese e reparação por parte dos condrócitos; propriocepção afetada pela diminuição da força muscular. O processo degenerativo ou degradativo da cartilagem articular pode ser primário ou secundário a diferentes causas, tais como: doenças hereditárias, doenças endócrinas e adquiridas e doenças inflamatórias¹⁴, como mostra o quadro 1.

Causas Hereditárias	Ocronose, hemoglobinopatias, doença de Gaucher, hemocromatose, doença de Wilson, hemofilia, displasias ósteo-articulares, hiperelasticidade e síndrome de Ehler-Danlos
Causas endócrinas e adquiridas	Fratura articular, meniscectomia, osteonecrose, neuroartropatia, enregelamento, obesidade, doença de Paget, acromegalia, hipotireoidismo e hiperparatiroidismo
Causas inflamatórias	Artrite séptica, artrite reumatóide, gota, condrocalcinose,

Quadro 1 – Causas de osteoartrite

Fonte: Silva et. al. (2008)

A prevalência da doença articular aumenta com a idade, cuja patologia afeta mais de 75% de pessoas acima de 65 anos de idade, e 10% das que têm mais de 60 anos possuem limitação física por osteoartrite. Mulheres com mais de 50 anos de idade são acometidas dessa doença em mãos, joelhos e pés. No Brasil, a prevalência da osteoartrite é estimada em 16%, e devido o crescente aumento da população de idosos, a estimativa é que ocorra um maior número de casos e, conseqüentemente, maior impacto socioeconômico¹⁴.

Estima-se que 4% da população brasileira apresenta osteoartrite, sendo o joelho a segunda articulação mais acometida pela doença, com 37% dos casos. Um dos principais fatores de risco para esta doença é a obesidade. A associação entre a osteoartrite de joelho e a obesidade pode gerar maiores níveis de dor e de dificuldades funcionais, principalmente nas atividades de locomoção, que exigem movimentação e descarga de peso sobre as articulações afetadas¹⁵.

A osteoartrite é de evolução lenta e seu quadro clínico compreende um grupo heterogêneo de condições com padrões variados. Algumas articulações envolvidas podem permanecer assintomáticas, apesar das alterações histológicas e radiológicas. Geralmente no início do quadro clínico ocorre uma sensação de desconforto articular, que pode estar acompanhado de leve rigidez, dor muscular e comprometimento da movimentação da articulação envolvida. As manifestações mais comuns a todos os sítios articulares são¹⁶:

- Dor: sintoma mais importante na osteoartrite, com intensidade variável. Pode ser localizada na articulação comprometida assim como pode ser referida em outra região não acometida. Apresenta pobre correlação radiológica. Seu início está principalmente associado ao uso da articulação, ocorrendo segundos ou minutos após a movimentação articular e melhorando com o repouso. Nos casos mais avançados a dor, pode permanecer por horas após a interrupção da atividade, assim como pode ocorrer dor noturna. A causa da dor é variável, dependendo do estágio da doença.
- Rigidez: sensação de rigidez articular é relatada pela maioria dos pacientes com osteoartrite, principalmente após períodos de inatividade. Pode ser intensa, porém é de curta duração (alguns minutos). Alguns pacientes podem apresentar rigidez articular pela manhã por um período mais prolongado, porém inferior a 30 minutos.
- Edema articular: o edema é geralmente, palpável e doloroso nas articulações periféricas. Em alguns casos pode interferir na realização do movimento articular.

- Crepitações: são observadas durante a movimentação da articulação acometida. É peça chave para o diagnóstico diferencial com outras condições que causam dor articular. Pode ser tanto palpável quanto audível ao exame físico.
- Incapacidade funcional: está geralmente relacionada à dor, a redução da amplitude de movimento e ao comprometimento da força muscular.
- Deformidades: são consideradas a expressão clínica da destruição articular, seja por dano à cartilagem, ao osso ou a partes moles periarticulares. Frequentemente, são acompanhadas de instabilidade da articulação acometida.

Na osteoartrite pode ocorrer de apenas uma única articulação ser comprometida, mas que existem situações em que, poucas ou muitas juntas podem ser afetadas ao mesmo tempo, mas com intensidades diferentes. Essa doença pode ocasionar limitações funcionais, como: perda de movimentos; deformidades e incapacidade total do membro, de acordo com a articulação atingida¹⁷. No quadro 2 são expostos os principais sinais e sintomas da osteoartrite.

Sinais	Pontos dolorosos nas margens da articulação; Sensibilidade exagerada na articulação; Inchaço articular; Crepitações (atritos); Derrame intra-articular; Movimentos restritos e dolorosos Atrofia muscular periarticular; Enrijecimento da articulação; Instabilidade articular.
Sintomas	Dor relacionada a exercício físico; Dor ao repouso; Dor noturna; Rigidez após inatividade (tempo parado); Perda de movimento; Sensação de insegurança ou de instabilidade; Limitação funcional; Incapacidade.

Quadro 2 – Principais sinais e sintomas da osteoartrite
Fonte: Helfenstein Júnior (2009)

Observa-se que a osteoartrite é uma doença muito freqüente, segundo especialistas pesquisados, a maioria das pessoas acima de 65 anos e cerca de 80% daquelas que já passaram dos 75 anos acabam sofrendo dessa enfermidade.

Tratamento da Osteoartrose e Osteoartrite

No tratamento da osteoartrite, primeiramente, é necessário buscar o alívio da dor e da inflamação por meio da utilização de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios. Estes remédios devem ser bem tolerados pois serão tomados de forma contínua, posteriormente é recomendado adotar medidas, dentre estas a fisioterapia, para o alívio da rigidez e do inchaço articular¹⁸.

Vários estudos mostram que o treinamento físico tem efeitos significativos sobre a massa muscular e sobre a força desenvolvida pelos músculos. Com o envelhecimento a potência e não a força muscular é o fator determinante para a melhora da independência, prevenção de risco de quedas e da qualidade de vida. Em pessoas idosas é necessário que o fortalecimento muscular seja feito em alta intensidade. Apesar de o fortalecimento muscular levar a melhora da função, outros exercícios mais funcionais são necessários para haver ganho maior no equilíbrio e na independência do idoso¹⁹.

No tratamento clínico da osteoartrose, primeiramente deve-se melhorar a sintomatologia¹ e a função articular e, posteriormente, diminuir os fenômenos de destruição articular. Vale ressaltar que apesar de o tratamento da pessoa portadora de osteoartrose seguir uma regra geral, ele deve ser individualizado. Sendo muito importante, conhecer se os fenômenos dolorosos são puramente mecânicos ou, se estão associados à reações inflamatórias oriundas da membrana sinovial, o que denotará a necessidade da prescrição de anti-inflamatórios hormonais ou não hormonais²⁰.

¹ Estudo dos sintomas que indicam doenças

São recomendadas a fisioterapia e a cinésioterapia² para o reforço muscular e manutenção do eixo de movimentação, seguir orientação dietéticas para a perda de peso e utilização de analgésicos. A indicação de tratamentos locais e cirúrgicos está diretamente ligado à evolução da doença e a hora correta da indicação da cirurgia²⁰.

METODOLOGIA

Nos procedimentos metodológicos, este artigo teve como método o argumento dedutivo, pois, se todas as premissas são verdadeiras, a conclusão também é verdadeira. Toda informação fatural da conclusão já está, pelo menos implicitamente, nas premissas. Sendo assim, o método dedutivo tem o propósito de explicitar o conteúdo das premissas²¹.

Como meio de pesquisa foi utilizado o bibliográfico, pela necessidade de consultar obras impressas e eletrônicas, as quais abordam o assunto com bastante ênfase de forma a responder a questão. A pesquisa bibliográfica se baseia no manuseio de obras literárias impressas ou capturadas via internet. É o tipo mais utilizado, pois quanto mais completas e abrangentes forem as fontes consultadas, mais rica e profunda será a pesquisa²².

DISCUSSÃO

Na osteoartrose primária ou secundária, a cartilagem é o tecido que sofre alterações morfológicas, perde sua natureza homogênea e é rompida e fragmentada, com fibrilação, fissuras e ulcerações. Às vezes com o avanço da patologia, não resta nenhuma cartilagem e áreas de osso subcondral ficam expostas.

Na osteoartrose secundária a destruição da estrutura cartilaginosa e conseqüente exposição do osso subcondral alimentam o ciclo vicioso encontrado em pacientes portadores dessa doença.

² É definida etimologicamente como a arte de curar, utilizando todas as técnicas do movimento.

Na osteoartrose primária encontram-se os indivíduos que possuem um patrimônio genético, cuja patologia se desenvolve independente de fatores externos⁹. E na secundária a pessoa é acometida devido alguma conseqüência, tais como: trauma após lesão grave, obesidade, hipertireoidismo, dentre outros¹.

Na osteoartrite, pode-se afirmar que a dor é o sintoma mais comum, com variações na sua intensidade e tempo que pode ser semanais ou até diárias. Com o uso da articulação afetada, a sensação de dor aumenta, e assim permanece por horas após a interrupção da atividade física. Algumas pessoas podem apresentar dores relacionadas ao exercício físico, outras simplesmente ao deitar-se e outros, durante a noite.

A maior parte de indivíduos com essa patologia apresenta sensação de rigidez articular, causando dificuldade em realizar movimentos. Essa restrição de movimentos pode ser descoberta na evolução da doença, sendo, com freqüência, acompanhada de dor, que tende a ser pior no final da amplitude do movimento realizado.

Pode ocorrer também a sensação de insegurança ou de instabilidade nas articulações comprometidas, devido à falha no desempenho das articulações. Pode haver também, diferentes graus de atrofia muscular, dependendo da gravidade da doença.

Crepitações ou estalos podem ser percebidos durante a execução de movimentos, pois o atrito das superfícies articulares encontram-se irregulares e desta forma, interfere nos movimentos normalmente suaves.

Em relação ao inchaço, pode haver uma variação de volume e tempo. Nos casos mais avançados em pessoas idosas, pode haver grande destruição das estruturas articulares, causando deformidades e perda de função. Esses fatores impõem dificuldades na rotina dessas pessoas, tais como: perda de habilidade para se vestir sozinha, limitações para subir ou descer escadas e até mesmo para caminhar pequenas distâncias.

CONCLUSÃO

Com o envelhecimento todos os indivíduos apresentam modificações patológicas nas articulações. A osteoartrose e osteoartrite são as afecções articulares mais freqüentes em ambos os sexos. Entre suas causas pode-se afirmar que estão os fatores gerais, constitucionais, metabólicos e endócrinos e fatores locais que afetam o indivíduo em qualquer idade.

Para a prevenção dessas patologias existem cuidados que podem ser tomados para evitar ou retardar o seu aparecimento. A prática de exercícios físicos apropriados de alongamento, musculação e postura, bem orientada, aumentam a amplitude dos movimentos da articulação e fortalece os músculos para que estes possam absorver melhor os choques, reduzindo assim, o risco da doença.

Para o tratamento existem medicamentos específicos considerados condroprotetores³, anti-inflamatórios, analgésicos e medidas de ordem gerais como: orientação quanto à prática de exercícios físicos adequados, uso de calçado apropriado, peso ideal para o biotipo, entre outras, são formas de minimizar ou retardar o aparecimento dessas patologias.

Informar e conscientizar à população acerca do que pode ser benéfico na prevenção e tratamento da osteoartrose e osteoartrite é fundamental para a qualidade de vida de pessoas de todas as idades e essencial principalmente em pessoas idosas.

³ São drogas compostas por agentes semelhantes aos componentes da matriz cartilaginosa. Agem na membrana sinovial e na cartilagem articular promovendo uma maior produção de ácido hialurônico, aumento da viscosidade do líquido sinovial e inibe a ação das enzimas responsáveis pela degradação da cartilagem.

REFERÊNCIAS

1. Thomson A, Skinner A, Piercy J. Fisioterapia de Tidy. 12ª ed. São Paulo: Santos; 2002.
2. Coimbra IB, Pastor EH, Greve JMD, Puccinelli MLC, Fuller R, Cavalcanti FS et al . Osteoartrite (artrose): tratamento. Rev. Bras. Reumatol. 2004 Dez; 44(6): 450-453.
3. Barros TM. Bioética Clima. Psicologia da saúde hospitalar. Canoas: Revinter; 2003.
4. Ribeiro EE. Qualidade de Vida na Terceira Idade. Rev Amazon Geriat Geron 2008; 1(1):15-28.
5. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida. Londrina: Midiograf; 2001.
6. Ricci NA, Coimbra IB. Exercício físico como tratamento na osteoartrite de quadril: uma revisão de ensaios clínicos aleatórios controlados. Rev Bras Reum 2006; 46(4).
7. Duarte AOD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
8. Cruz IBM, Ribeiro E, Ribeiro EE. Qualidade de vida e disfunções geriátricas: uma breve revisão. Rev Amazon Geriat Geront 2008; 1(1): 51-72.
9. Konin JG. Cinesiologia: prática para fisioterapeutas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
10. Ministério da Saúde do Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde do Brasil; 2001.
11. Novaes AC. Osteoartrose. Disponível em: <<http://www.osteoartrose.com.br>> [Acesso em: 10 ago 2009].
12. Coimbra IB, Pastor EH, Greve JMD, Puccinelli MLC, Fuller R, Cavalcanti FS, Maciel FMB, Honda E. Osteoartrite (Artrose): Tratamento. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reumatologia; 2003.
13. Zacaron KAM, Dias JMD, Abreu NS, Dias RC. Nível de atividade física, dor e edema e suas relações com a disfunção muscular do joelho de idosos com osteoartrite. Rev. Bras. Fisioter 2006 Set ; 10(3): 279-284.
14. Silva NA, Montandon ACOS, Cabral MVSP. Doenças osteoarticulares degenerativas. Goiás: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás; 2008.
15. Vasconcelos KSS, Dias JMD, Dias RC. Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho. Rev Bras Fisioter 2006; 10(2).
16. Dieppe P, Lim K. Osteoarthritis and related disorders: clinical features and diagnostic problems. In: Klippel J. H. Rheumatology. London: Mosby; 1998.
17. Helfenstein Júnior M. Osteoartrite. Disponível em: <http://msd-brasil.com/msdbrazil/patients/sua_saude/reumaticas/osteoartrite/osteoartrite1.html> [Acesso em: 22 jul. 2009].
18. Marques Neto JF. Tratamento da Osteoartrite. Disponível em: <<http://msd-brasil.com/msdbrazil/patients/biblioteca/artigos/osteoartrite>> Acesso em: 22 jul. 2009.
19. Pedrinelli A, Garcez-Leme LE, Nobre RSA. O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>> Acesso em: 15 jul. 2009.
20. Chevalier X. Os medicamento para a osteoartrose. Disponível em: <http://www.osteoartrose.com.br/tp_medicamentos.php> Acesso em: 16 jul. 2009.
21. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia Científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
22. Furasté PA. Normas técnicas para o trabalho científico: elaboração e formatação com orientações da língua portuguesa. 14ª ed. Porto Alegre: Brasul; 2006.

INFLUÊNCIA DOS FATORES DE RISCO NUTRICIONAIS NO IDOSO

Cláudia Andréa Corrêa Garcia Simões¹, Edna Alves Martins²,
Janaina Moura D'Almeida³, Mara Maia⁴, Michella Lima⁵

¹ Cirurgiã-Dentista, Mestra em Patologia Tropical/UFAM, aluna do curso de Especialização em Gerontologia e Qualidade de vida do idoso - UNATI/UEA

² Médica, Geriatria, aluna do curso de Especialização em Gerontologia e Qualidade de vida do idoso - UNATI/UEA

³ Nutricionista, aluna do curso de Especialização em Gerontologia e Qualidade de vida do idoso - UNATI/UEA

⁴ Psicóloga, aluna do curso de Especialização em Gerontologia e Qualidade de vida do idoso - UNATI/UEA

⁵ Cirurgiã-Dentista, Mestra em Biotecnologia/UFAM, aluna do curso de Especialização em Gerontologia e Qualidade de vida do idoso - UNATI/UEA

Correspondência para:

Michella Lima. Av. Carvalho Leal, 1777 Cachoeirinha - CEP 69065-001 Edifício Adriano Jorge Manaus/AM
Fone: (92) 3214-9701 - E-mail: michellalima@hotmail.com

RESUMO

O papel da nutrição é fundamental na saúde geral e se torna mais crítico com o avanço da idade. Condições que afetam o consumo alimentar das pessoas idosas atuam como fatores de risco para a desnutrição e o entendimento dessas condições é fundamental para a manutenção da saúde. O objetivo deste artigo é revisar esses fatores e as características peculiares que determinam o estado nutricional do idoso.

Descritores: Nutrição, Idoso, Consumo de alimentos.

ABSTRACT

The role of nutrition is fundamental to overall health and becomes worse with advancing age. Conditions that affect the food intake of elderly people act as risk factors for undernourishment and the understanding of these conditions is crucial for the maintenance of health. The aim of this paper is to review these factors and the peculiar characteristics which determine the nutritional status of the elderly.

KEYWORDS: Nutrition, Aged, Food consumption.

INTRODUÇÃO

A população mundial vem apresentando visíveis alterações demográficas nas últimas décadas, em razão do aumento da expectativa de vida e do conseqüente aumento da população de idosos¹ e o Brasil passam por esse processo de forma rápida e intensa, como se pode observar examinando as estatísticas do IBGE^{1,2}.

Mantendo-se a expectativa de crescimento populacional e a tendência demográfica atual, no ano de 2025 o Brasil ocupará a sexta colocação e número de idosos em todo o mundo, com cerca de 32 milhões de idosos^{1,2}.

O envelhecimento, no século XXI, se apresenta como um desafio de investigação e planejamento de políticas públicas³ visto que a maioria dos idosos se apresenta com baixo nível socioeconômico e educacional, alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes

com sobreposição de múltiplas comorbidades causando dependência e incapacidade funcional, que resultará num inevitável sobrecarga do sistema de saúde^{2,3}.

Por ser acompanhada de modificações estruturais e funcionais, levando a uma ingestão nutricional deficiente¹, a nutrição se destaca como um importante aspecto no envelhecimento pela modulação das mudanças fisiológicas relacionadas com a idade e no desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas³, uma vez que o estado nutricional reflete o equilíbrio entre a ingestão e as necessidades fisiológicas nutricionais, expressando o quanto tais necessidades estão sendo supridas⁴.

Neste contexto, ressalta-se que as condições de saúde de um idoso dependem do estilo de vida que ele adotou bem antes de passar dos 60 anos e que as modificações dos hábitos alimentares associados à prática de atividades físicas podem ter uma grande influência sobre a qualidade e a expectativa de vida em qualquer idade⁵.

Apesar dos escassos dados epidemiológicos sobre a situação nutricional brasileira, diferentemente do que se observa nos Estados Unidos⁴, foi realizada em 1989, com representatividade nacional, a pesquisa nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN/IBGE), que mostrou uma população adulta e idosa com alta prevalência de baixo peso e também de obesidade, resultado de mudanças nutricionais ocorrida nos últimos 15 anos^{1,4}, sendo que o sobrepeso e a obesidade, proporcionalmente, afetavam mais as mulheres e o baixo peso afetava os homens^{1,6}.

Perda de peso involuntária, redução de apetite e caquexia são comuns no idoso, sendo a anorexia a principal causa de desnutrição nessa população. Ressalta-se que, o estado nutricional comprometido afeta o sistema imune e as funções cognitivas, tornando-se fator de risco para diversos desvios da saúde vindo a favorecer uma má qualidade de vida e contribuindo para o aumento da morbimortalidade do indivíduo^{4,7}.

Diante destes resultados, a situação nutricional da população geriátrica brasileira vem sinalizando a necessidade de se buscar e compreender as peculiaridades que afetam o

consumo alimentar do idoso¹, uma vez que a população idosa é particularmente propensa a distúrbios nutricionais devido a diversos fatores como: alterações fisiológicas e sociais, comprometimento da função da função mastigatória, alterações da mobilidade com dependência funcional, assim como redução do apetite, ingestão diminuída de frutas e verduras, ingestão de álcool, baixa condição sócio-econômica, solidão e polifarmácia⁴, levando em consideração, principalmente, as características regionais nas quais está inserido¹ e no caso em questão, o idoso da Amazônia.

1 FATORES DE RISCO NUTRICIONAIS NO IDOSO

1.1 ALTERAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Apesar de ser um processo natural, o envelhecimento promove diversas alterações anatômicas e funcionais no organismo, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso, vindo a ocasionar muitas vezes redução da sua capacidade funcional nas atividades do dia-dia^{6, 1,12}.

A coordenação motora, já comprometida, tende a piorar com ocorrência das doenças típicas do envelhecimento, o que pode levá-lo a evitar alimentos que possam causar dificuldades de manipulação durante a refeição¹, associado a certas peculiaridades do idoso como a perda da capacidade e autonomia para preparar os alimentos e para alimentar-se¹³, o que contribui para a inadequação alimentar¹.

Nestas circunstâncias, a aquisição de alimentos e a preparação das refeições podem tornar-se tarefas muito difíceis^{1,11}, observando-se que as mulheres e os idosos mais idosos apresentam maiores limitações⁶.

Segundo estudo realizado durante os anos de 2000 e 2001, na cidade de São Paulo, fazendo parte do projeto SABE (Pesquisa sobre saúde, Bem Estar e Envelhecimento), procurando verificar a associação entre o estado nutricional e o desempenho motor de idosos,

evidenciou-se que quanto ao sexo feminino, a obesidade mostrou-se um fator limitante ao bom desempenho nos testes⁶.

No que se refere à capacidade funcional e à autonomia do idoso, estas podem ser mais importantes que a própria morbidade que acomete o idoso, pois se relacionam diretamente com a sua qualidade de vida¹, haja vista que alteração da capacidade funcional do idoso é um forte predito de complicações podendo ocasionar à interrupção das suas atividades cotidianas⁴.

Estudos mostram que indivíduos com pouca força, pouca flexibilidade e pouco equilíbrio não estão aptos a executar várias tarefas específicas do dia-a-dia, o que pode repercutir no seu estado nutricional¹⁴, uma vez que a má nutrição no idoso pode resultar de sua progressiva incapacidade de realizar sozinhas as atividades cotidianas¹. Com isso processos carências no idoso, em analogia a outros grupos etários, podem ser subdivididos, didaticamente, em quatro grupos:

1. A má nutrição protéica, também identificada como síndrome de kwashiorkor, é caracterizada por índices antropométricos praticamente inalterados devido ao edema ou, até mesmo, pelo acúmulo de tecido adiposo e bioquímico nutricional, apresentando valores abaixo do esperado. Assim, não é raro encontrar pacientes em anasarca, com peso mantido e albuminemia de 1.5 mg/dl.
2. Os pacientes portadores de má nutrição calórica, ou energética, também identificada como marasmo, apresentam medidas antropométricas muito abaixo do padronizado e manutenção, em limite inferior dos valores de bioquímica nutricional. Nesses casos, ocorre deficiência da ingestão energética. A resposta imune também se encontra comprometida.
3. Uma diminuição acentuada das medidas antropométricas e bioquímicas caracteriza os casos de má nutrição protéico-calórica, além de comprometimento imunológico importante. Nesses casos, há uma deficiência global da ingestão de nutrientes.

4. A má nutrição específica se caracteriza pela deficiência isolada ou múltipla de vitaminas, de minerais ou de oligoelementos. Pode ocorrer isolada ou associada à má nutrição calórica e/ou protéica^{15,16}.

1.2 O HÁBITO ALCOÓLICO

No decorrer das mudanças demográficas surgem diversos problemas sociais, e dentre eles, o abuso de álcool que se mostra uma realidade crescente. Segundo dados estatísticos, a dependência de álcool acomete de 10% a 12% da população mundial e 11,2% da população brasileira, sendo nas regiões Norte e Nordeste os locais de maior prevalência de dependentes^{8, 17}.

Um dado a ser destacado é o perfil heterogêneo do idoso usuário de álcool, onde se observa que aquele que iniciou tardiamente o consumo possui melhor adesão ao tratamento e conseqüentemente melhor prognóstico do que os idosos que iniciaram o uso de álcool na juventude⁸.

Considerada uma “epidemia invisível”, os problemas relacionados ao abuso do álcool e ao alcoolismo na faixa etária maior que 60 anos são comuns, porém pouco reconhecidos. A dificuldade de tal diagnóstico se dá em razão do equivocado entendimento pelo idoso e pela família em atribuir este problema como próprio da idade e subestimá-lo, principalmente, quando há exclusão social do núcleo familiar⁸.

Estudos demonstram que o uso crônico do álcool produz carências nutricionais diversas como resultado da alteração na absorção de nutrientes, tendo como conseqüências clínicas situações como, por exemplo, cegueira noturna, risco de catarata, queilose, estomatite, glossite, perdas do olfato e do paladar, distúrbios neuromusculares, polineuropatia periférica, arritmias e osteomalácia e ainda anemia, osteopenia e distúrbios neuropsicológicos, que contribuirão com um maior comprometimento do estado de saúde do idoso^{8, 10}.

Outros dados clínicos importantes são efeitos tóxicos diretos na musculatura cardíaca, deficiências nutricionais de oligoelementos como tiamina e selênio, distúrbios eletrolíticos e metabólicos como redução de potássio, magnésio e fosfato⁴, alteração do estado mental e a xerostomia (ressecamento da mucosa bucal pela redução do fluxo salivar) ocasionadas pelo uso contínuo do álcool, tendo como conseqüências a alteração do padrão alimentar do idoso^{18,9}.

Em sua invisibilidade, o abuso de álcool na terceira idade é tratado como uma forma de agir normal e naturalizada, ficando os seus resultados e conseqüências ocultas nos usos e costumes e nas relações interpessoais da sociedade⁸.

1.3 A POLIFARMÁCIA

O idoso, em geral, apresenta múltiplas morbidades e conseqüentemente, a ocorrência da polifarmácia tem sido uma constante nesta faixa etária, pois um idoso costuma consumir uma média de 3 a 7 diferentes tipos de medicamentos ao dia^{1,11}.

O uso indiscriminado de medicamentos pode afetar o estado nutricional de várias formas: diminuindo ou aumentando o apetite, alterando ou diminuindo o paladar ou interferindo na digestão, absorção e metabolismo dos nutrientes^{11,4}.

Muitas medicações afetam a função da glândula salivar, resultando em inibição do fluxo salivar, contribuindo com o ressecamento bucal (xerostomia). Desta forma, a xerostomia que acomete mais de 70% dos idosos e interfere significativamente na ingestão alimentar, pode ser conseqüência do abuso de medicamentos nos idosos¹, sendo que esta ocorre numa freqüência 10 vezes maior no sexo feminino⁹.

Dentre os medicamentos que mais comprometem a fisiologia do idoso interferindo no seu estado nutricional encontram-se:

- tranqüilizantes e psicofármacos: diminuem a absorção intestinal;

- diuréticos e laxantes: ocasionam desidratação e depleção eletrolítica, piorando o já estabelecido estado de desidratação crônica do idoso;
- antibióticos: alteram a absorção intestinal por destruição da flora, provocam má absorção dos carboidratos, vitamina B12, cálcio, ferro, magnésio e cobre;
- glicocorticóides: predispõem à gastrite, hiperglicemia e osteoporose (por interferência na absorção do cálcio);
- analgésicos: favorecem a gastrites, úlceras e sangramentos.

Em razão das alterações decorrentes do envelhecimento, a polifarmácia no geronte aumenta a incidência de efeitos colaterais e interações medicamentosas, e o seu uso inadequado, freqüentemente, provoca graves complicações. A longo prazo, tais interferências no processo de digestão, absorção e metabolismo dos nutrientes, podem ocasionar desnutrição nos idosos, além de desenvolver anorexia¹.

1.4 CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Estima-se que mais de 15% dos idosos têm alimentação diária com menos de 1.000 kcal/dia, aumentando esta porcentagem entre as populações menos favorecidas economicamente. Grande parte dos idosos consome alimentos de menor custo, em virtude dos insuficientes recursos econômicos provenientes de aposentadorias e, ou, pensões¹⁹.

Uma das características marcantes da população idosa no Brasil é o baixo poder aquisitivo, situação que é agravada em razão da exclusão dos idosos do mercado de trabalho, fato que, certamente, resulta na aquisição de alimentos de custos mais acessíveis e contribui para a monotonia da alimentação²⁰.

Idosos desnutridos têm mais infecções, recuperam-se mais lentamente e são candidatos de alto risco a cirurgias. Eles também permanecem por mais tempo em hospitais e são os que mais utilizam o dinheiro destinado à saúde que se comparado aos bem nutridos²¹.

1.5 PERDA DE PESO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o peso corporal tende a aumentar até a faixa de 60 anos. O aumento de peso do homem alcança seu ápice aos 65 anos, e a partir dessa fase há uma diminuição do peso. Já as mulheres atingem esse ápice aos 75 anos^{22, 23}. A diminuição do peso a partir dos 65 anos, principalmente entre os homens, pode estar associada à perda de massa muscular²².

Em idosos há tendência ao desestímulo para compra e preparo de alimentos variados e nutritivos^{24, 25}. Muitas das vezes há elevado consumo de produtos industrializados, como doces e massas, ou de fácil preparo, como chás e torradas. Essa modificação no comportamento alimentar certamente afeta a adequação de nutrientes ao organismo dos idosos e coloca-os em risco de má nutrição^{19, 24, 26}.

A má nutrição do idoso pode também ser decorrente de sua progressiva incapacidade de realizar sozinho as atividades cotidianas²⁷. A coordenação motora, geralmente, é comprometida e tende a piorar com as doenças neurológicas, o que pode levá-lo a evitar alimentos que possam causar dificuldades de manipulação durante a refeição, o que contribui para a inadequação alimentar²⁵. Nessas circunstâncias, a aquisição de alimentos e a preparação das refeições podem tornar tarefas muito difíceis²⁸.

As mudanças fisiológicas que interferem no estado nutricional são: diminuição do metabolismo basal, redistribuição da massa corporal, alterações no funcionamento digestivo, alterações na percepção sensorial e diminuição da sensibilidade à sede. Com exceção das duas primeiras, todas as outras podem interferir, diretamente, no consumo de alimentos e conduzir a perda significativa de peso^{29,19}.

1.6 FATORES PSICOSSOCIAIS

O isolamento social exerce um papel relevante no consumo alimentar do idoso. E a solidão leva o idoso a alimentar-se inadequadamente tanto em quantidade, quanto em

qualidade observando-se uma tendência deste indivíduo em negligenciar a compra e o preparo de alimentos variados e nutritivos³⁰.

O estado de ânimo do idoso para ingerir o alimento é, muitas vezes, modificado por atitudes simples, como posicionar-se confortavelmente à mesa em companhia de outras pessoas. A integração tem conotação social muito importante na alimentação do idoso e influencia na aceitação ou na recusa do alimento^{11, 30}.

Atitudes simples, como servir as refeições em local agradável, sentar o idoso confortavelmente à mesa em companhia de outras pessoas, disciplinar e fracionar o consumo de alimentos estabelecendo horários, oferecer a eles refeições atrativas e saborosas, e promover um contraste de cor entre os utensílios e o forro da mesa, melhoram o estado de ânimo do idoso, influenciando, positivamente, o seu apetite^{11, 30}.

Tais condutas proporcionam ao idoso mais prazer com a alimentação. A adoção dessas condutas, associada ao domínio cognitivo dos fatores que afetam o consumo alimentar dos idosos, propiciará aos profissionais de saúde o investimento em intervenções que contribuirão, positivamente, para o consumo alimentar do idoso e, conseqüentemente, auxiliarão na melhoria do seu estado nutricional. A vida da maioria dos idosos é enriquecida pela presença de pessoas que lhes cuidam e das quais se sentem amadas^{24,25}.

A manutenção de uma alimentação adequada é de extrema importância para a saúde da pessoa idosa, tanto na recuperação como na prevenção de doenças. A refeição, para muitos, pode representar o principal evento no decorrer do dia para uma confirmação de valores, lembranças e possibilidade de contato social³¹.

1.7 DIETA X SAÚDE ORAL

O envelhecimento provoca modificações estruturais e funcionais nos tecidos do organismo e diminui a capacidade de reprodução celular, que gera modificações nos órgãos - os quais passam a ter sua eficiência diminuída. Dentre as mudanças que ocorrem com o

envelhecimento e que estão ligadas à nutrição e à qualidade de vida do idoso, podemos citar: a diminuição das papilas gustativas, do olfato, da secreção salivar e dos elementos dentários. Essas alterações levam a uma alteração da sensibilidade ao gosto de doce e salgado e redução da capacidade de mastigação e deglutição do alimento¹.

A redução da secreção salivar, pode ser uma condição fisiológica, relacionada à senescência, ou pode estar relacionada à utilização de diferentes medicamentos no cotidiano do idoso, como antidepressivos, antiparkinsonianos, neurolépticos, anticolinérgicos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos, além das terapias antineoplásicas, como radioterapia e quimioterapia. Além de poder ser provocada pelo tabagismo e etilismo³⁴.

A presença de aftas, as relações esqueléticas e musculares e qualidade neuromuscular também são citadas na literatura como fatores que podem alterar as condições mastigatórias dos idosos. A capacidade de controle do bolo alimentar, por exemplo, pode ser comprometida em razão da atrofia da massa muscular da língua e da mucosa oral, gerando perda de elasticidade e de aderência ao tecido conjuntivo, aos ossos e músculos, somado, ainda, à diminuição da produção salivar. A sensação de despilamento da língua ainda está relacionado ao declínio da sensação gustativa e adelgaçamento do epitélio⁹.

Brunetti e colaboradores detectaram que 78,7% dos idosos apresentam problemas alimentares e somente 17,5% podem mastigar carnes e frutas consistentes. Isso significa que tanto o indivíduo edêntulo total, quanto o parcial procuram alimentos que facilitem a formação do bolo alimentar e não exijam grande eficiência mastigatória³⁵.

Outro fator relevante é a condição de má higiene bucal, que pode reduzir a percepção gustativa do idoso, devido à presença de restos de alimentos sobre as papilas gustativas. Kina e colaboradores realizaram programas de higiene bucal em indivíduos de 52 a 80 anos de idade, durante cinco semanas, e detectaram uma melhora na percepção dos sabores doce e salgado³⁶.

Uma imprecisa ou pouco freqüente higienização oral, associada à baixa propriocepção intra-oral pode levar a alterações periodontais e dentárias, reabsorções ósseas e radiculares, culminando na perda de elementos dentários. O Ministério da Saúde operacionalizou um Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000 (Projeto SB BRASIL 2003), em parceria com Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Conselho Federal de Odontologia (CFO) e faculdades de odontologia, públicas e particulares, visando a coleta de dados de uma amostra representativa em nível macrorregional. O grupo etário de 65 a 74 anos, apresentou índice CPO-D (referente ao número de dentes cariados, perdidos ou obturados) de 27,93. Esse dado indica que, em média, cada indivíduo desse grupo possuía apenas quatro dentes livres de cárie e de suas conseqüências (obturaçã/extraçã). No caso dos idosos, detectou-se uma maior participação do componente “perdido” (92,16%) na composição percentual do índice CPO-D. Conseqüentemente, foi detectado que 56,0% e 32,4% de pessoas, nesta faixa etária, necessitavam de próteses inferior e superior, respectivamente, sendo a prótese total a de maior necessidade entre os procedimentos de reabilitação oral, indicando a alta prevalência de edentulismo^{37,38}.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A análise dos artigos em questão pode evidenciar que o uso de álcool de forma prolongada assim como o uso indiscriminado de medicamentos interferem de forma importante no estado nutricional do idoso, sendo consenso entre os diversos autores que o prejuízo nutricional com o alcoolismo se faz desde a ingestão, absorção e até a sua utilização e em relação à polifarmácia eleva o risco de efeitos colaterais e interações medicamentosas, sendo ambos importantes fatores de risco nutricional para a saúde do idoso^{1,4,8,9,10,11,17,18}.

Do exposto, o estudo sobre o consumo alimentar do idoso não deve se restringir à análise qualitativa e quantitativa dos alimentos. É fundamental a compreensão das peculiaridades inerentes às mudanças fisiológicas naturais do envelhecimento, assim como a

análise dos fatores socioeconômicos, psicossociais, e das intercorrências farmacológicas associadas às múltiplas morbidades que acometem o idoso interferindo no consumo alimentar e, também na sua necessidade nutricional^{1,4,6,11,12,14,15,16}.

Muitos idosos não se alimentam tão bem quanto deveriam, seja por causa da redução nos sentidos de gustação e olfato, problemas dentários, dificuldades para fazer compras e preparar os alimentos, ou renda inadequada. Alguns fatores Psicossociais como a perda do cônjuge, isolamento social e depressão, pobreza, integração, capacidade de deslocamento, capacidade cognitiva e outros associados à própria enfermidade, podem interferir amplamente na nutrição do idoso. O modo de vida, geralmente solitário da maioria dos idosos, impõe-lhes muitas limitações^{1,11,30,31,32,33}.

Para os idosos a nutrição é especialmente importante devido às mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento e ao desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas. Nesse contexto, é preciso compreender as mudanças que ocorrem no envelhecimento e os demais fatores que afetam o consumo alimentar do idoso, pra auxiliar na sua alimentação. E, dessa forma, compensar essas mudanças de hábitos que são naturais, com o avanço da idade, mas, que interferem no apetite e na mudança de hábito alimentar do idoso^{31,32,33}.

A saúde bucal do idoso merece atenção especial, haja vista que, historicamente, os serviços odontológicos não possuem como prioridade a atenção a esse grupo populacional, que, da mesma forma que a população adulta, possui altos níveis de edentulismo e alta prevalência de cárie e de doenças periodontais³⁸, que influenciam diretamente a motivação pelo consumo e digestão alimentar.

Portanto, as condições de saúde de um idoso dependem do estilo de vida que ele viveu. Modificações nos hábitos alimentares podem ter grande influência sobre a qualidade e expectativa de vida. Reduzindo ou retardando mudanças e doenças que surgem com o envelhecimento. O estilo de vida saudável pode mudar esta trajetória natural e conseqüentemente, modificar o ritmo do envelhecimento do organismo.

REFERÊNCIA

1. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nut.* 2000 Set/Dez; 13(3): 157-165.
2. Oliveira PA, Cukier C, Magnoni D. Nutrição no idoso: indicação e discussão de “dietas da moda” em geriatria. *Rev Brás. Nutr Clín.* 2006. 21 1: 48-53.
3. Tavares EL, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultado da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. *Cad. Saúde Pública* 1999 Oct; 15(4): 759-768.
4. Acunã K, Cruz T. Avaliação do Estado Nutricional de Adultos e idosos e Situação da População Brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2004 Jun; 48(3): 345-361.
5. Chemoff R. Nutrition and health promotion in older adults. *J. Gerontol. A. Biol. Sci.* 2001; 2(2): 47-53.
6. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Marucci MFN. Estado nutricional e desempenho motor de idosos de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2007 Jan/Feb; 531:75-79.
7. Rasian M, Gonzáles MC, Dias MCG, Paes-Barbosa FC, Ceconello I, Waitzberg DL. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. *Rev Nutr* 2008; 141: 23-26.
8. Moreira PFP, Martiniano Filho F. Aspectos nutricionais e abuso de Álcool em idosos. *Envelhecimento e saúde* 2008; 14 (1): 23-26.
9. Silva LG, Goldenberg M. A mastigação no processo de envelhecimento. *Rev CEFAC* 2001; 3: 27-35.
10. Marchini JS, Ferriolli E, Moriguti JC. Suporte Nutricional no paciente idoso: definição, diagnóstico, avaliação e intervenção. *Medicina, Ribeirão Preto* 1998 Jan/Mar; 31: 54-61.
11. Felipe MR. Atenção alimentar e nutricional a turistas idosos: um estado da rede hoteleira de Balneário Camboriú/SC [tese]. Balneário Camboriú: Universidade do Vale do Itajaí; 2006.
12. Melo MTSM. Avaliação do estado nutricionais residentes em instituições de longa permanência em Teresina. Piauí [dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde na pessoa idosa. – Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 119p.: Il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos.) (Cadernos de Atenção Básica; n.19).
14. Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: Athalaia; 2003.
15. Costa E. Aspectos Nutricionais e Condutas clínicas no paciente idoso; agosto 2009.
16. Waitzberg,DL. Nutrição enteral e parenteral na prática clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995.
17. Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso do álcool no Brasil. *Rev Bras Psiquiat* 2004; 26 supl.1.
18. Batlouni M. Álcool e Sistema Cardiovascular. *Arq Méd ABC* 2006; Supl.2:14-6.
19. Nogués R. Factors que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición. *Nutrición Clínica* 1995; 15(2): 39-44.
20. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
21. Yen P K. Medical Nutrition Therapy Saves Money. *Geriatric Nursing.* 1996 Nov/Dez; 17(6): 293-294.
22. Organização Mundial de Saúde (WHO). World Health Organization. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. Genebra: World Health Organization, 1995.
23. Menezes TN, Marucci, MFN. Antropometria de idosos residentes em instituições pediátricas. Fortaleza, CE. *Rev Saúde Pub* 2005; 39(2): 169-175.
24. Arhontaki J. Desenvolvimento e avaliação de formulações para alimentação de idosos. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos). Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 1990.
25. Moriguti JC, et al. Nutrição no idoso. In: Oliveira JE, Marchini JS. Ciências nutricionais. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 239-251.
26. Aranceta-Bartrina J. Pautas dietéticas nutricionales para La vejez. *Nutrición Clínica* 1988; 8(6): 34-40.

27. Morales-Rodriguez P, Gonzáles-Reimers E, Santolaria Fernandez F. Relación entre involución psicofísica del anciano y su estado nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, Madrid, 1989; 4 (5): 276-282.
28. Podrabsky M. Nutrição e Envelhecimento. In: Mahan KL, Arlin MT. Krause, Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. Rio de Janeiro: Roca, 1995. p. 255-269.
29. Quintero-Molina R. Nutrición en los Ancianos. *Geriatrka* 1993; 9(1): 14-18.
30. Secretaria Municipal Saúde. Manual de Saúde do Idoso. 2003. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br>.
31. Santos NM, Córdoba JPB, Pinto CS, Mammoli MRB, Hasmann TP, Sousa VMC. Avaliação do estado nutricional utilizando a mini avaliação nutricional (MAN) em idosos institucionalizados. *Univ Vale do Paraíba*; 2007.
32. Salgado JM, Laudanna E., Frias AD, Nogueira P., Furlan C. Alimentação e qualidade de vida na terceira idade. Disponível em: www.sanavita.com.br.
33. Paula HAA, Oliveira FCE, José JFBS, Gomide CL, Alfenas RCG. Avaliação do estado nutricional de pacientes geriátricos. *Rev Bras Nutr Clin* 2007; 22 (4): 280-285. Disponível em: <http://www.sbnpe.com.br/revista/V22-N4-119.pdf>.
34. Campbell-Taylor I. Drogas, disfagia e nutrição. *Pró-Fono* 1997; 9:41-58.
35. Brunetti RF, Montenegro FLB, Manetta CE. Odontologia geriátrica no Brasil: uma realidade para o novo século. *Atual Geriatr* 1998; 3:26-29.
36. Kina L, Belotti A, Bruneti RF. Alterações da sensibilidade gustativa do paciente idoso. *Atual Geriatr* 1998; 3:20-22.
37. Brasil. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
38. Moreira RS et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Revisão. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2005 Dez; 21(6): 1665-1675.

CARACTERIZAÇÃO DA CAPACIDADE DE MEMORIZAÇÃO DE ADULTOS PARTICIPANTES DE UMA OFICINA DE MEMÓRIA, POR MEIO DE TESTES NEUROPSICOMOTORES

Maria Estelita Rojas Converso¹, Erika Yumi Akasaka², Luciana Akemi Tamura Ozaki², Mariana de Carvalho Pinto², Maria Carolina Messias Martins³

¹ Docente do Departamento de Fisioterapia – Univ Estadual Paulista – UNESP

² Discente do Curso de Fisioterapia – Univ Estadual Paulista - UNESP

³ Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Psicologia – Universidade Estadual de Maringá – UEM

Correspondências para:

Maria Estelita Rojas Converso. Rua Dirce Macuco Sandoval, 255, Presidente Prudente – SP, CEP – 19053-670, Fone (18) 3908-5913 (18) 9731-5455 - Email: converso@fct.unesp.br

RESUMO

Introdução: o declínio da capacidade de memorização do ser humano é um dos acometimentos mais freqüentes do envelhecimento. **Objetivo:** caracterizar a capacidade de memorização de adultos participantes de uma oficina de memória, por meio de testes neuropsicomotores e correlacioná-la com a idade. **Metodologia:** O procedimento de coleta de dados se deu com a aplicação dos testes neuropsicológicos, nos componentes do grupo, antes do início das atividades de estímulo à memória. Os testes aplicados foram: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Fluência Verbal (categoria animais), Stroop e Torre de Hanoi. **Resultados:** Participaram do estudo 63 idosos com idade compreendida entre 51 e 82 anos, com média de 65±8,09 anos. O teste de Correlação de Spearman foi aplicado com intuito de se verificar se existe correlação da idade entre as quatro variáveis do estudo. Aceitando-se um nível de significância de 5%, ou seja, $p < 0,05$, verificou-se que existe correlação entre os pares idade e três das quatro variáveis comparatórias (MEEM ($p=0,000$), Fluência Verbal ($p=0,0251$) e Torre de Hanoi ($p=0,0391$)). Observou-se também, que existe correlação positiva entre as variáveis MEEM e Fluência Verbal ($p=0,0352$), sugerindo que a capacidade de lembrar palavras está relacionada com melhor desempenho cognitivo. O único teste que não apresentou correlação com o idade foi o Teste de Stroop. **Conclusão:** Os resultados demonstram que a capacidade de memorização decresce com a idade, ou seja, os participantes com menor idade tiveram melhor desempenho em três dos testes aplicados, o que reforça a idéia da importância de adultos e idosos realizarem atividades de estímulo à memória preventivamente para ajudar na preservação de sua capacidade de memorização.

Descritores: MEEM, Stroop, Fluência verbal, Torre de Hanoi, Déficit cognitivo.

ABSTRACT

Introduction: the decline of the memorization capacity of human beings, is one of the most frequent onsets of aging. **Objective:** To characterize the memorization capacity of adults who attended a workshop on memory by neuropsychomotor testing and correlate it with age. **Methodology:** The procedure of data collection began with the application of neuropsychological tests, in the components of the group before the start of activities to stimulate the memory. The tests applied were Mini Mental State Examination (MMSE), Verbal Fluency (category: animals), Stroop and Tower of Hanoi. **Results:** The study included 63 elderly aged 51 and 82 years, with a mean age of 65 ± 8.09 years. The Spearman correlation coefficient was applied with the purpose of verifying if there is a correlation between the age among the four variables of the study. Accepting a significance level of 5%, ie, $p < 0.05$, there was a correlation between age and three pairs of the four variables (MMSE ($p = 0.000$), Verbal Fluency ($p = 0,0251$) and Tower of Hanoi ($p = 0.0391$)). It was also observed that there is positive correlation between the MMSE variables and Verbal Fluency ($p = 0.0352$), suggesting that the ability to remember words is linked to better cognitive performance. The only test that showed no correlation with age was the Stroop Test. **Conclusion:** The results show that the memorization capacity decreases with age, ie, younger participants performed better on three of the tests, which reinforces the idea of the importance of adults and older people carry out activities to stimulate memory preventively to assist in the preservation of their memorization capacity.

Keywords: MMSE, Stroop, Verbal Fluency, Tower of Hanoi; Cognitive deficit.

INTRODUÇÃO

Atualmente, as pesquisas sobre envelhecimento vêm ganhando cada vez mais espaço no mundo científico, devido ao progressivo aumento do número de idosos¹.

O envelhecimento humano pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo ocorrendo modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com ritmo e intensidade diferentes, que frequentemente vem acompanhado pelo declínio das capacidades tanto físicas, como cognitivas, de acordo com as características de vida de cada indivíduo².

Um aspecto que tem sido evidenciado em pesquisa³ e a prática clínica tem corroborado é a importância do exercício físico para a melhora da saúde em geral, inclusive para o desempenho cognitivo dos idosos. Mas poucos são os dados sobre a importância de atividades para estímulo da cognição, aspecto também muito importante para o idoso.

O déficit cognitivo em idosos consiste em lentidão leve e generalizada e perda de precisão, quando esses são comparados com pessoas mais jovens, e pode ser medido por testes objetivos que relacionem situações do cotidiano⁴.

Dentre os comprometimentos mais frequentemente associados ao envelhecimento está a perda de memória. Embora os lapsos de memória possam ocorrer à medida que alguém envelhece a capacidade de lembrar com uma indicação é comum. Nos indivíduos saudáveis, esse tipo de problema de memória geralmente não interfere com as atividades sociais ou pessoais e não é suficiente para assegurar um diagnóstico de demência⁵.

A memória pode ser dividida em três tipos distintos: memória sensorial, memória primária ou de curto prazo e memória secundária ou de longo prazo⁵.

A memória sensorial é a memória momentânea inicial em que existe o breve registro das características físicas do estímulo, como a dor durante a injeção.

A memória primária ou de curto prazo é um breve recipiente para o processo consciente de pequenas quantidades de informação. Em termos científicos, curto prazo se refere à

informação que temos agora, neste instante, de eventos que ocorreram alguns segundos atrás. Para não gerar confusão de termos, usa-se memória imediata e, cada vez mais, memória operacional, ou seja, são eventos que seguramos na mente neste momento, agora. O reconhecimento de uma mudança do sinal de tráfego de verde para vermelho é uma consequência da memória primária. Um tipo de memória de curto prazo, muito afetada pelo avanço da idade, é aquela chamada de memória de trabalho ou também memória procedural, ou seja, aquela que torna uma pessoa capaz de fazer uma tarefa complexa que envolve duas ou mais atividades que precisam ser realizadas ao mesmo tempo. Por exemplo, ficar guardando um número de telefone enquanto procura-se um lápis e um papel para anotá-lo. Esse tipo de memória envolve muita atenção, e com a idade, a atenção fica bastante prejudicada^{6,7}.

A memória secundária ou de longo prazo é a responsável pela análise e pela organização das informações, pelo armazenamento e pela futura lembrança. A lembrança parece ser a principal atividade afetada pelo envelhecimento, com a lembrança livre sendo mais envolvida que o reconhecimento e lembrança orientados⁸.

Quando se pensa em estudar o funcionamento cognitivo dos idosos, a metodologia dependerá da aplicação de testes neuropsicológicos que avaliem funções como memória, função executiva, orientação, linguagem e atenção. Contudo, o desempenho nos testes depende tanto da faixa etária como do tempo de escolaridade do idoso, como descrito em várias pesquisas^{9,10}.

Brucki et al⁸ avaliaram o desempenho na fluência verbal em nossa população e encontraram uma média de 13,84 animais por minuto, relacionando os dados com anos de escolaridade dos participantes concluíram que se deve utilizar níveis de corte diferenciados em relação ao nível de escolaridade do indivíduo.

Em estudo similar Xavier et al⁹ avaliaram o desempenho em testes neuropsicológicos de pessoas com mais de 80 anos e também encontraram diferença no desempenho dos testes de

Fluência Verbal, Mini Exame do Estado Mental, Teste de Buschke e Memória de lista de palavras, em relação ao tempo de escolaridade dos indivíduos avaliados.

Em estudo longitudinal com idosos foi observado que nenhum participante evidenciou um declínio generalizado em todas as habilidades cognitivas examinadas. Constatou-se que o declínio desencadeado pelo envelhecimento incidiu, especialmente, nas tarefas que exigiam rapidez, atenção, concentração e raciocínio indutivo^{11, 12}.

A crença que o idoso tem mais lembrança do passado que do presente ainda existe, mas acredita-se que a memória possa ser estimulada e treinada através de atividades que favoreçam seu uso contínuo. Estudo realizado com 2.802 idosos, com idade entre 65 e 96 anos, comprova que pessoas que adotam um programa ativo de treinamento mental podem obter benefícios duradouros desse treinamento¹³.

Várias pesquisas utilizando testes neuropsicológicos em idosos podem ser encontradas, como vimos acima, mas não encontramos pesquisas em que esses testes sejam reaplicados após intervenções de estímulo a memória. Esse aspecto juntamente com o interesse pelo processo de envelhecimento humano, é que motivou o desenvolvimento desse projeto de pesquisa.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi caracterizar a capacidade de memorização de idosos participantes de uma oficina de memória, por meio de testes neuropsicomotores e correlacioná-la com a idade.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A população estudada neste trabalho foi composta por adultos saudáveis, de ambos os sexos, inscritos na Oficina de Memória do Núcleo UNESP-UNATI - Campus de Presidente Prudente.

Inicialmente foi realizada uma reunião com os participantes do projeto onde foi explicada a metodologia do trabalho, e somente os que concordaram em participar da mesma assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCT/UNESP sob nº 314/2008. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O procedimento de coleta de dados se deu com a aplicação dos testes neuropsicológicos, nos componentes do grupo, antes do início das atividades de estímulo a memória.

Cinco instrumentos para coleta de dados foram utilizados:

- Ficha de identificação – dados pessoais, questões sobre como vê sua memória e presença de patologias.
- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) - originalmente proposto por Folstein et al¹⁴ e padronizado para a população brasileira por Bertolucci et al^{15,16}. Avalia a orientação, memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem, onde cada questão é referente a uma pontuação pré-estabelecida totalizando 30 pontos. O ponto de corte adotado nesse estudo foi o proposto por Almeida¹⁷, que define 19/20 pontos para idosos sem escolaridade e 23/24 pontos para idosos escolarizados.
- Teste de Fluência Verbal Categoria Animais – validado por Brucki et al⁸ avalia a capacidade de evocar palavras de categoria semântica sob condições dirigidas. Exige habilidade de organização, autoregulação e memória operacional e o escore corresponde ao número total de nomes de animais produzidos em um minuto^{12,18}.
- Teste de Stroop – usado no domínio experimental e clínico para avaliação da atenção concentrada. Requer a modificação da atenção entre duas dimensões do estímulo (cor e palavras), ou seja, é dada uma lista de palavras escritas em preto para o participante ler, após é dada a mesma lista de palavras só que com as palavras escritas em cores e o

participante deve falar a cor em que a palavra está escrita e não seu significado, o tempo de leitura das duas listas é marcado. A lista utilizada no presente estudo era composta de 28 palavras. O efeito Stroop é obtido através do quociente entre os tempos referentes a segunda e primeira etapas e indica a capacidade de controle inibitório^{19,20}.

- Torre de Hanoi – avalia a capacidade de memória de trabalho, e principalmente de planejamento e solução de problemas. Ela pode ser composta por vários discos, a utilizada no estudo era composta por quatro peças. O tempo de execução é marcado²¹.

As atividades de estímulo a memória são aplicadas por um período de quatro meses, com um encontro semanal de quatro horas de duração cada (12 no total). Nesses encontros são trabalhados os aspectos cognitivos que são considerados deficientes na avaliação inicial. As atividades de estímulo à memória são organizadas em grupo e/ou individuais.

RESULTADOS

Participaram do estudo 63 idosos com idade compreendida entre 51 e 82 anos, com média de $65 \pm 8,09$ anos.

Inicialmente realizou-se a estatística descritiva com a média e o desvio padrão das variáveis analisadas, o que está apresentado na tabela 1.

Tabela 1 – Desempenho de todos participantes do estudo nos diferentes instrumentos aplicados.

Variável	n	media±DP	mínimo	máximo
Idade	63	65±8,09	51	82
MEEM	63	27,23±2,14	21	30
F. Verbal	63	18,47±5,82	9	42
T. Hanoi	63	150,3±128	19	843
Stroop	63	22,56±16,8	0	89

Obs.: MEEM = pontos; F. Verbal = número de palavras; T. Hanoi = segundos; Stroop = segundos

A amostra foi dividida, então, em três grupos de acordo com a faixa etária: Grupo I de 50 a 59 anos; Grupo II de 60 a 69 anos e Grupo III com mais de 70 anos. A análise estatística descritiva das variáveis do estudo dos três grupos está apresentada na tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Desempenho nos diferentes instrumentos aplicados, divididos por faixa etária dos participantes do estudo.

	Grupo I 50 a 59 anos (n=18)			Grupo II 60 a 69 anos (n=28)			Grupo III 70 anos ou mais (n=17)		
	M±DP	min	max	M±DP	min	max	M±DP	min	max
Idade	55,72±1,7	51	58	64,32±2,55	60	69	75,94±3,84	70	82
MEEM	28,16±1,42	24	30	27,57±2,16	23	30	25,70±2,02	21	29
F. Verbal	19,72±5,83	10	30	19,71±6,34	10	42	15,11±3,37	9	21
T. Hanoi	126,6±96,1	35	419	132±96,6	19	385	205,5±183,1	73	843
Stroop	19,94±19,74	0	88	23,86±16,87	0	89	23,24±13,7	0	46

Obs.: MEEM = pontos; F. Verbal = número de palavras; T. Hanoi = segundos; Stroop = segundos

Com objetivo de verificar se existem diferenças entre as variáveis e a faixa etária dos participantes aplicou-se o teste de Análise de Variância de Kruskal-Wallis.

Por esse teste encontrou-se diferença entre o Grupo III e os Grupos I e II nas variáveis MEEM ($p=0,001$) e Fluência Verbal ($p=0,014$). As variáveis Fluência Verbal ($p=0,330$) e Torre de Hanoi ($p=0,058$) não apresentaram diferenças entre os três grupos, mesmo se verificando uma grande diferença nos valores para a comparação, a não existência de diferença pode ser explicada pelo resultado muito elevado dos desvios padrão de cada variável.

Tabela 3 – Comparação entre as medias obtidas nos instrumento utilizados no estudo, nos três grupos analisados.

Comparação entre os grupos de idade						
Variável	G I		G II		G III	
MEEM	28,167 ± 1,425	A	27,571 ± 2,168	A	25,706 ± 2,024	B
F. Verbal	19,720 ± 5,83	A	19,710 ± 6,34	A	15,118 ± 3,371	B
T. Hanoi	126,60 ± 96,1	A	132,00 ± 96,6	A	205,50 ± 183,1	A
Stroop	19,94 ± 19,74	A	23,86 ± 16,87	A	23,240 ± 13,70	A

Obs.: MEEM = pontos; F. Verbal = número de palavras; T. Hanoi = segundos; Stroop = segundos

Obs.: Valores de média ± desvio e verificação, por linha, dos fatores de agrupamento.

O teste de Correlação de Spearman foi aplicado com intuito de verificar se existe correlação da idade entre as quatro variáveis do estudo. Aceitando-se um nível de significância de 5%, ou seja, $p<0,05$, verifica-se que, estando todos os participantes, sem distinção de grupos, que a correlação existe entre os pares idade e três das quatro variáveis comparatórias (MEEM, Fluência Verbal e Torre de Hanoi). Observa-se também, que existe

correlação positiva entre as variáveis MEEM e Fluência Verbal. Os resultados estão apresentados na tabela 3.

Tabela 4 – Coeficiente de correlação entre as variáveis estudadas de todos os participantes do estudo (n=63).

	MEEM	F. Verbal	T. Hanoi	Stroop
Idade	-0,424 0,000*	-0,283 0,0251*	0,261 0,0391*	0,166 0,193
MEEM		0,266 0,0352*	-0,215 0,0909	-0,0501 0,696
F. Verbal			-0,133 0,297	-0,00798 0,950
T. Hanoi				0,155 0,224

* correlação positiva

DISCUSSÃO

No Mini-Exame do Estado Mental a análise descritiva do desempenho dos participantes mostrou que a média do resultado total foi de 27,23 pontos, sendo que a máxima pontuação foi 30 e a mínima 21. Os valores encontrados são semelhantes ao do estudo de Souza et al²² no qual a média encontrada foi 26,9 e os escores mínimo e máximo foram 22 e 30 pontos, respectivamente. Em relação ao estudo de Almeida et al²³ que também analisaram participantes de uma oficina de memória e encontraram media de 29 pontos, nosso estudo ficou abaixo desse parâmetro. Considerando o nível de escolaridade dos participantes desse estudo podemos dizer que não se encontram em estados demenciais ou de declínio cognitivo. Analisando-se essa variável nos três grupos observamos que a média dos escores do MEEM foi decrescente de acordo com o aumento da idade, ou seja, quanto mais idade menor a média observada no grupo, resultado também encontrado por Souza e Chaves¹⁰ que analisaram idosos com media de 71,86 anos.

No Teste de Fluência Verbal, categoria animal, o resultado total dos participantes foi 19,43 palavras ditas no intervalo de um minuto, o número máximo de palavras foi 42 e o

mínimo 9. Observa-se que existe uma grande diferença entre os participantes em relação a esse teste. Xavier et al²⁴ avaliando idosos com e sem transtorno de ansiedade generalizada obtiveram uma média de 10,3 palavras ditas em um minuto, número muito abaixo do obtido no presente estudo. Brucki et al⁸ encontraram média de 13,84 palavras ditas por minuto quando analisaram a população “normal”, a grande diferença em relação aos participantes do presente estudo talvez possa ser explicada pelo escore alto obtido no MEEM. O Teste de Análise de Variância de Kruskal-Wallis mostrou que o G III diferiu dos demais grupos demonstrando significância estatística ($p=0,014$), o G I e G II apresentaram valores similares nesse teste. Quando se aplicou o teste de Correlação de Spearman dessa variável com as demais o mesmo demonstrou correlação positiva entre ela e as variáveis idade ($p=0,0251$) e MEEM ($p=0,0352$) demonstrando que a idade avançada e menor escore no MEEM interferem na lembrança de palavras, resultado também encontrado em estudo realizado na população argentina²⁵, porém estudo anteriormente realizado com brasileiros não encontrou correlação entre idade e melhor desempenho nesse teste¹⁸. O presente estudo demonstrou que maior número de palavras foi gerado no intervalo de 0 a 15 segundos, resultado que vem solidificar a literatura que relata que a geração de palavras tende a ocorrer em jatos, e frequentemente são semanticamente relacionadas^{26,27}.

A Torre de Hanoi foi utilizada nesse estudo com intuito de avaliar a capacidade de memória de trabalho, e principalmente de planejamento e solução de problemas dos participantes. Ela é mais utilizada em crianças para estimular o desenvolvimento, pois além de auxiliar na resolução de problemas também ajuda na coordenação motora, identificação de formas, ordem crescente e decrescente, entre outros. No grupo analisado os seguintes resultados foram obtidos: o grupo mostrou uma média de 150,3 segundos, sendo que 843 segundos foi o maior tempo e 19 segundos foi o menor tempo necessário para a execução deste teste. Observa-se uma grande diferença entre os participantes em relação a esse teste. A análise estatística mostrou que a idade tem correlação positiva com esse teste ($p=0,0391$), ou

seja, quanto mais idade o participante tinha mais tempo foi necessário para solucionar o problema. Não se encontrou dados na literatura para comparação dos resultados, ao termino das atividades de estímulo a memória será feita reavaliação dos participantes e teremos condições de relatar se as mesmas auxiliaram na melhora da capacidade de memória de trabalho e planejamento de solução de problemas dos participantes.

O Teste Stroop avalia a atenção concentrada e foi utilizado no presente estudo com esse objetivo, ou seja, observar como se comporta esse tipo de atenção com o avançar da idade. Os resultados demonstraram que 22,56 segundos foi o tempo médio de diferença entre a leitura da primeira lista de palavras e a segunda, sendo zero segundos o menor tempo e 89 segundos o tempo máximo. Não se observou correlação entre a idade e o desempenho neste teste ($p=0,193$). Estudo realizado com crianças com e sem déficit de atenção e hiperatividade obteve uma media de 26,15 segundos, mas o estudo não esclarece o numero de palavras na lista e não pode ser utilizado como parâmetro do presente estudo²⁸.

Nesse estudo apenas caracterizou-se a capacidade de memorização dos participantes, após o período de intervenção com atividades de estímulo a memória, será possível apresentar resultados referentes aos efeitos dessas atividades. É esperado que ao final dos quatro meses, a capacidade de memorização dos participantes da oficina seja mais efetiva.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados alcançados, pode-se constatar neste estudo, e com essa amostra, que o avançar da idade interfere negativamente na capacidade de memorização de adultos. Os resultados mostram que a capacidade de memorização decresce com a idade, ou seja, os participantes com menor idade tiveram melhor desempenho em três dos testes aplicados (MEEM ($p=0,000$), Fluência Verbal ($p=0,0251$) e Torre de Hanoi ($p=0,0391$)) do que os mais idosos, demonstrando a importância de se trabalhar com estímulo à memória nessa população. Os resultados demonstraram ainda correlação positiva entre os testes MEEM

e Fluência Verbal ($p=0,0352$), sugerindo que a capacidade de lembrar palavras está relacionada com melhor desempenho cognitivo. O único teste que não apresentou correlação com a idade foi o Teste de Stroop. O estudo demonstrou a importância de adultos e idosos realizarem atividades de estímulo à memória preventivamente para ajudar na preservação de sua capacidade de memorização.

REFERÊNCIAS

1. Prado SD, Sayd JD. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):57-68.
2. Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(4):267-272.
3. Argimon ILL. Desenvolvimento cognitivo na terceira idade. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2002.
4. Gorman WE, Campbell CD. Mental acuity of the normal elderly. *J Okla State Med Assoc*. 1995; 88:119-123.
5. Schunk C. Deficiência Cognitiva In: Guccione AA. *Fisioterapia Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
6. Parente MAMP, Taussik I. Neuropsicologia, distúrbios de memória e esquecimentos benignos. disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env13.htm> (acessado em 15/09/2008).
7. Ohki Y. Grupo de estudo em psicossomática e psicanálise. Ribeirão Preto. [s.n.] 2004 (apostila de curso).
8. Brucki SMD, Malheiros SMF, Okamoto IV, Bertolucci PHF. Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio. *Arq Neuropsiquiatr*. 1997; 55(1):56-61.
9. Xavier FMF, Argimon ILL, Zuppo L, Lucchesi LMS, Heluannyc CCV, Trentini CM. O desempenho em testes neuropsicológicos de octagenários não-dementes e com baixa escolaridade em duas comunidades do sul do Brasil. *Psico*. 2006; 37(3):221-231.
10. Souza JN, Chaves EC. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 39(1):13-19.
11. Schaie KW, Willis SL. Psychometric intelligence and aging. In: Blanchard-Fieds E, Hess TM, editors. *Perspective on cognitive change in adult-hood and aging*. New York: McGraw Hill; 1996; 293-322.
12. Argimon ILL, Stein LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad. Saúde Publica*. 2005; 21(1):64-72.
13. Willis SL et al. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA*. 2006; 296(23): 2805-2814.
14. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res* 1975; 12:189-198.
15. Bertolucci PH F. et al. Proposta de padronização do mini-exame do estado mental (MEEM): Estudo piloto cooperativo (FMUSP/EPM). *Arq. Neuropsiquiatr*. 1994; 52: 225.
16. Bertolucci PHF. Instrumentos para o rastreio das demências. In: Forlenza OV, Caramelli P. (Editores). *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Atheneu; 2001; 65-79.
17. Almeida OP. Miniexame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998; 56(3B):605-612.
18. Brucki SMD, Rocha MSG. Category fluency test: effects of age, gender and education on total scores, clustering and switching in Brazilian Portuguese-speaking subjects. *Braz J Med Biol Res*. 2004; 37(12):1771-1777.
19. Zachi E C. Avaliação neuropsicológica de pacientes expostos ao vapor de mercúrio e de pacientes diabéticos do tipo 2. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2005.
20. Keller M, Werlang BSG. Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de suicídio. *J Bras Psiquiatr*. 2005; 54(2):128-136.
21. Torre de Hanoi. disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Torre_de_Hanoi (acessado em 18/08/2008).
22. Souza OS, Falcão JTR, Leal CC, Marino JG. Avaliação do desempenho cognitivo em idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2007; 10(1):

23. Almeida MHM, Beger MLM, Watanabe HAW. Memory training for the elderly: a health promotion strategy. *Interace – Comunic Saude, Educ.* 2007; 11(22):271-280.
24. Xavier FMF, Ferraz MPT, Trenti CM, Argimon I, Bertolucci PH, Poyares D, Moriguchi EH. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Rev Saude Publica.* 2001; 35(3):294-302.
25. Butman J, Allegri RF, Harris P, Drake M. Fluencia verbal en español. Datos normativos em Argentina. *Medicina (B Aires).* 2000 ;60(5):561-564.
26. Abwender DA, Swan JG, Bowerman JT, Connolly SW. Qualitative analysis of verbal fluency output: review and comparison of several scoring methods. *Assesment.* 2001; 8(3):323-338.
27. Rodrigues AB, Yamashita, ET, Chiappetta ALML. Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal. *Rev CEFAC,* 2008; 10(4):443-451.
28. Gomes F, Mattos P, Pastura G, Ayrão V, Saboya E. Executive functions in a non-clinical sample of children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J Bras Psiquiatr.* 2005; 54(3):178-181.

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ATIVOS NO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES

Lislaine Gonçalves Saga ¹, Otilia Cristina Souza de Farias ¹,
Rosângela Soares Santos ², Maria Tereza Gagliuzzi ³

¹ Graduadas do Curso de Enfermagem da Universidade de Mogi das Cruzes

² Enfermeira Especialista em Enfermagem Gerontológica e Geriátrica. Professora Auxiliar do Curso de Enfermagem da UMC

³ Enfermeira Mestre em Enfermagem . Profa Mestre Auxiliar da UMC

Correspondências para:

Maria Tereza Gagliuzzi. Rua: Antônio Francisco de Lima, 116 Arujamérica- Arujá São Paulo CEP 07400-000
Fone (11) 4655-4517 - email: lislaine_saga@hotmail.com

RESUMO

Desde o início da civilização até os dias de hoje, o processo de envelhecimento e a velhice, é uma das preocupações da humanidade. O objetivo desta pesquisa foi identificar a Qualidade de Vida (QV) de 20 idosas (com idade maior ou igual a 60 anos) que praticam atividade física há mais de 1 ano, num centro de esportes do município de Mogi das Cruzes - SP. Para isso, foi aplicado o questionário WHOQOL-Bref e o questionário sócio-demográfico. Foi possível identificar que as idosas analisadas consideram, em sua grande maioria, com uma qualidade de vida boa.

Descritores: Enfermagem, Idoso, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Since the beginning of civilization until nowadays, the process of aging and old age is one of humanity's concerns. The main of this research was to identify the quality of life (QL) in 20 elderly (aged greater than or equal to 60 years) who practice physical activities for more than one year, in a sports center in municipal district of Mogi das Cruzes - SP. For this, was applied the WHOQOL-Bref questionnaire and the socio-demographic. It was possible to identify that the mostly elderly analyzed considered with a good quality of life.

Keywords: Nursing, Elderly, Quality of life

INTRODUÇÃO

Desde o início da civilização até os dias de hoje, o processo de envelhecimento e a velhice é uma das preocupações da humanidade.

Com o processo de envelhecimento ocorrem alterações estruturais e funcionais que são encontrados em todos os idosos e que são próprios da senescência, diferente do envelhecimento patológico conhecido como senilidade. Porém não é fácil estabelecer limites entre as modificações próprias do envelhecimento normal e do envelhecimento patológico¹.

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno mundial, nota-se que o crescimento elevado da população idosa é maior do que outros grupos de faixa etária, tornando-se um desafio tanto para países desenvolvidos quanto para os países subdesenvolvidos. No entanto são nos países em desenvolvimento que a população idosa tem

aumentado de forma mais rápida. Este número elevado traz conseqüências como, por exemplo, o aumento de recursos na área da saúde, pois devido à fragilidade e sensibilidade os idosos permanecem por mais tempo nos hospitais, representando mais da metade dos leitos.²

A população idosa do Brasil vem aumentando e representará meio milhão de idosos da população total quando terminar a primeira década do século XXI, e mais de um milhão ao chegar 2020.³

Isto é resultado devido à queda da fecundidade iniciada nos anos 60, a redução da mortalidade infantil, e o aumento da longevidade, são fatores que contribuem para esta mudança do padrão demográfico.⁴

O envelhecimento ativo é um termo utilizado para explicar o processo de envelhecer bem. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 substituiu envelhecimento saudável por envelhecimento ativo.⁵

O envelhecimento ativo tem suas importâncias como: longevidade, auto cuidado, melhora da auto-estima, independência, capacidade de realizar as AVDS (Atividades de vida diária) e AIVDS (Atividades instrumentais de vida diária), além de melhorar e prevenir doenças crônicas. Para um envelhecimento saudável é necessário a interação dos fatores mencionados.⁶

Conforme a pirâmide etária brasileira está tendo um alto índice de pessoas idosas, a enfermagem gerontologia tem como ações, as orientações no manejo de riscos e comportamento com qualidade de vida e bem estar.⁷

“A Enfermagem gerontologia é um campo de conhecimento recente e em organização, que reflete a preocupação dos enfermeiros com as questões relativas ao envelhecimento”.⁸

A Enfermagem gerontogeriatrica supõe o agrupamento do conhecimento e da prática de enfermagem provenientes da enfermagem geral, da geriatria e da gerontologia. A enfermagem gerontogeriatrica é ainda um ramo específico da enfermagem que cuida da pessoa idosa em todos os níveis de prevenção, ou seja, desde a promoção de saúde até reabilitação.⁹

De acordo com Estatuto do Idoso (Lei 10741, outubro de 2003) a especificidade tem como propósito reabilitar a população com o intuito de tornar o idoso mais saudável.

A Enfermagem quando presta serviços ao idoso, valoriza a independência e autonomia para que eles possam ter o auto cuidado.¹⁰

Um dos grandes desafios para a enfermagem é capacitar sua equipe para do indivíduo idoso, atendendo suas necessidades bio-psico-sociais, respeitando suas peculiaridades enquanto indivíduo socialmente constituído.¹¹

Conforme a pessoa vai mudando de faixa etária, consegue supera os conflitos com maior facilidade, adquirindo mais qualidade de vida. São várias maneiras de encarar a velhice, que é mudada de acordo com o tempo. Algumas pessoas não percebem a chegada do envelhecimento; as dificuldades do corpo e a vitalidade física diminuídos.

O bem estar pode ser preservado com a criatividade e lazer, sem descuidar dos cuidados com a saúde, até mesmo com os idosos que são acometidos por patologias crônicas.⁷

A atividade física é um fator adjuvante na promoção da saúde em todas as idades. Com o envelhecimento ativo, há uma diminuição na incidência de doenças crônicas como as cardiovasculares, destacando a hipertensão arterial, arteriosclerose, obesidade, diabetes do tipo 1, ansiedade e depressão, além de permitir a realização das atividades da vida diária com segurança.¹²

É de grande relevância a orientação de profissionais da área da saúde, a saber, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e educadores físicos na prática de atividade física nos idosos, pois não é só como forma de prevenção primária das doenças crônicas, mas também como prevenção secundária das doenças cardiovasculares e outras enfermidades.

Estudos mostram que os idosos sedentários como indivíduos com sobrepeso e fumantes possuem um maior risco de doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral do que os idosos ativos.¹³

Percebe-se que o aumento da expectativa de vida tem trazido a possibilidade do envelhecimento ativo. Neste contexto o papel da enfermeira é fundamental, já que esta deve atuar na triagem e acompanhamento dos idosos nos espaços de convivência e planejar a assistência individualizada, de forma que venha promover ou manter a independência e autonomia destes idosos.

OBJETIVO

Identificar a Qualidade de Vida (QV) de idosas que praticam atividade física num centro de esportes do município de Mogi das Cruzes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritiva com abordagem quantitativa simples. A população do estudo foi composta por 20 pessoas com idade maior ou igual a 60 anos do sexo feminino, que praticam atividade física no Município de Mogi das Cruzes, a coleta foi realizada no período de 10 de junho a 31 de julho de 2010. Estabeleceu-se como critério adicional de inclusão para o estudo, estar realizando atividade física por um período igual ou superior a um ano. Os dados foram analisados quantitativamente e submetidos ao teste do qui-quadrado.

O material utilizado na pesquisa foi constituído por:

1. Questionário WHOQOL-Bref é composto por 26 questões divididos em domínios de qualidade de vida para avaliar a capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente.
2. Questionário sócio-demográfico para caracterização sócio-econômica, estado civil e se residem com familiares.

3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – instrumento que informou as participantes sobre os objetivos da pesquisa, seus direitos, no qual foi colhida a sua assinatura para o uso científico e anônimo de seus dados.

PROCEDIMENTO

Obtido o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, envolvendo seres humanos da Universidade de Mogi das Cruzes, Processo CEP: 149/2009, CAAE: 0148.0.237.000-09. Foram feitos os seguintes procedimentos:

Após contato com o local da pesquisa, contato com as idosas, as que aceitaram participar depois de explicado o objetivo da pesquisa e o que se esperava delas. Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual lhes foi garantido total sigilo sobre as suas informações de forma a garantir o anonimato. De acordo com a disponibilidade dos participantes, foi realizada a coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram coletados com 20 idosos do sexo feminino, com idade igual ou superior a 60 anos, especificamente 60% tinham entre 60 a 69 anos e 40% entre 70 a 79 anos, sendo todas praticantes de atividade física há mais de 1 ano.

A coleta usando o questionário sócio-demográfico aponta que as idosas participantes em sua maioria (60%) são casadas, 30% divorciadas, 10% viúvas. Na questão sobre com quem residem, 85% moram com familiares, e 15% sozinhas.

Em relação à estabilidade financeira, 65% eram aposentadas, 15% eram pensionistas e 20% outros. Quanto à distribuição das participantes em função da escolaridade, 40% possuem Ensino Fundamental incompleto, 20% Ensino Médio incompleto, 20% das entrevistadas concluíram o Ensino Médio, 15% tinham algum curso de Ensino Superior e 5% não responderam.

O questionário WHOQOL- BREF, composto por 26 questões foi aplicado a cada uma das idosas, abaixo seguem os resultados separados de acordo com as respostas fornecidas pelo instrumento.

No que diz respeito a qualidade de vida, pode-se observar que 10 idosas que representam 50%, avaliam sua qualidade de vida como boa, 20% classificam como muito boa e 30% nem ruim nem boa. Não se obteve resultados negativos como muito ruim e ruim.

O envelhecimento, quando vivenciado de forma positiva, envolve a prática de atividades físicas e de lazer, o que melhora a qualidade de vida possuindo uma vivência positiva em relação a sua velhice, com hábitos saudáveis que colaboram para uma boa saúde.¹⁴

Quanto à capacidade de locomoção, 50% das idosas entrevistadas responderam que possuem uma locomoção muito boa, 35% responderam que tem uma boa capacidade de se locomover e 15% responderam nem ruim nem boa, não existindo entre as idosas estudadas pessoas com locomoção muito ruim ou ruim, o que pode ser associado a prática de atividades físicas, ocasionando uma melhor locomoção.

O sedentarismo que muitas vezes acompanha o envelhecimento é um importante fator de risco para as doenças crônico-degenerativas. A prática de algum exercício físico, 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.¹⁵

Referente aos sentimentos negativos, 35% das idosas entrevistadas responderam que nunca possuem sentimentos negativos, e também 35% responderam que algumas vezes tem sentimentos negativos, 25% possuem sentimentos negativos frequentemente, 5% muito frequentemente; não obtivemos sempre, porém 65% das idosas possuem sentimentos negativos. Muitas vezes ao envelhecer o idoso passa a apresentar diversos fracassos em tarefas que antes apresentava êxito. Assim sendo, as atividades que apresentam obstáculos e

possibilidades de fracassos algumas vezes são abandonadas pelo idoso, o que gera uma sensação de derrota e sentimentos negativos.¹⁶

Tabela 1. Cuidados e Atenção dos idosos

Variáveis	Respostas				
	A	B	C	D	E
1. Dor física	9	1	4	6	0
2. Tratamento Médico	3	5	7	3	2
3. Aproveitamento de Vida	0	0	9	9	2
4. Sentido da Vida	0	0	6	9	5
5. Concentração	0	1	7	9	3
6. Segurança de Vida	0	0	10	9	1
7. Ambiente Físico	0	2	7	7	4

Nada = A; Muito pouco = B; Mais ou menos = C; Bastante = D; Extremamente = E

1. Em relação à dor física, as entrevistadas responderam que: 45% a dor não impede de fazer as atividades, 30% que a dor impede bastante, 20% mais ou menos e 5%, a dor física atrapalha muito pouco. Com isso, observa-se que 55% a dor física foi mencionada. A “dor está entre os principais fatores que podem impactar negativamente a qualidade de vida do indivíduo idoso, pois limita suas atividades, aumenta a agitação, o risco para estresse e o isolamento social.” O papel do enfermeiro que avalia e cuida diretamente da qualidade de vida dos idosos, é de intervir com a prevenção, promoção de saúde até a reabilitação, focando para o auto cuidado.¹⁷

2. Tratamento médico, 85% usam algum tipo de medicamentos na sua vida diária, 35% responderam que precisam mais ou menos de tratamento médico para realizarem suas atividades, 25% responderam que necessitam muito pouco de medicamentos, 15% precisam bastante de tratamento médico, 15% não precisam de tratamento e 10% precisam extremamente do tratamento médico. A presença de doenças e sintomas, os tornam grandes consumidores de medicamento, os idosos acabam se automedicando por indicações de pessoas conhecidas ou com medicações obtidas em farmácias. O enfermeiro tem como

responsabilidade a investigação com cuidado durante consulta de enfermagem, para evitar danos maiores e orientar o idoso adequadamente.¹⁸

3. Em relação ao aproveitamento de vida, 45% das idosas que praticam atividade física, aproveitam bastante a vida, 45% aproveitam mais ou menos, e 10% que aproveitam extremamente a vida. Não foram obtidos resultados negativos como, não aproveitam a vida e aproveitam a vida muito pouco, pode-se verificar que com a prática de atividades físicas tem um melhor aproveitamento de vida.

4. Sentido da vida nota-se um bom resultado, pois 45% responderam que a vida tem bastante sentido, 30% responderam mais ou menos, 25% extremamente, não apresentaram resultados negativos como nenhum sentido de vida, ou muito pouco.

5. Na pergunta sobre a concentração, 45% das idosas entrevistadas responderam que conseguem se concentrar bastante, 35% mais ou menos, 15% extremamente e 5% muito pouco, não foi obtido resultados negativos como não conseguem se concentrar.

6. Em relação a resposta segurança de vida, 50% estão mais ou menos satisfeitas, 45% estão bastante satisfeitas, 5% está extremamente satisfeita, não houve resposta como nada ou muito pouco.

7. Em relação ao ambiente físico, 35% responderam que o ambiente é bastante saudável, em relação ao clima, barulho, poluição, atrativos; 35% acham o ambiente mais ou menos saudável; 20% responderam que é extremamente saudável; 10% muito pouco saudável.

A fim de verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre as respostas dadas (A, B, C, D e E), foi aplicado o teste do χ^2 .

Entre as respostas, para $n_{gl} = 6$ e $n_{sig} = 0.05$, apenas as respostas A (χ^2 observado = 32,04) é maior que o valor do χ^2 Critico (χ^2 critico = 12,59) então, existe diferença estatisticamente significativa em relação as demais respostas. Sendo assim, as respostas B, C, D e E em relação as respostas A, existem diferença aparente, porém não significativa.

Tabela 2. Capacidades e satisfações dos idosos.

Variáveis	Respostas				
	A	B	C	D	E
1. Satisfação com a Saúde	0	1	6	8	5
2. Satisfação com o Sono	0	2	3	7	8
3. Desempenho de Atividades	0	1	3	9	7
4. Capacidade de Trabalho	0	0	6	9	5
5. Satisfação consigo	0	0	3	9	8
6. Relações Pessoais	0	0	4	7	9
7. Relação Sexual	1	3	7	5	4
8. Apoio dos Amigos	0	1	2	10	7
9. Condições de Moradia	0	0	2	6	12
10. Acesso ao Serviço de Saúde	3	2	5	5	5
11. Meio de Transporte	2	0	4	12	2

Muito insatisfeito = A; Insatisfeito = B; Nem insatisfeito, Nem satisfeito = C; Satisfeito = D; Muito Satisfeito = E

1. Das idosas estudadas, em relação à **satisfação com a própria saúde**, 40% relataram em que estão satisfeitas com a própria saúde, 30% não estão nem satisfeitas nem insatisfeitas, 25% estão muito satisfeitas, 5% estão insatisfeitas, ou seja, 35% das idosas estão pouco satisfeitas com a saúde.

A maior sobrevida da população produz prevalência de incapacidades desencadeadoras de dependência física e psíquica, comprometendo a autonomia dos idosos e conseqüentemente, piorando sua satisfação com a própria saúde.¹⁹

2. **No que refere - se ao sono**, 40% das idosas entrevistadas responderam que estão muito satisfeitas com seu sono, 35% estão satisfeitas, 15% nem satisfeitas, nem insatisfeitas, e 10% estão insatisfeitas. Sendo assim, 25% estão pouco satisfeitas com o sono.

Os fatores psicossociais, relacionados pelos distúrbios do sono no idoso, estão a perda de um ente querido, a ausência de trabalho e as mudanças no ambiente social, isolamento, institucionalização e dificuldades financeiras. A morte do cônjuge tem como um forte e violento impacto na vida do idoso, levando à depressão. Quando rompem com os hábitos regulares do idoso, contribuem para reduzir a amplitude do ritmo sono-vigília, produzindo

fragmentação do sono noturno e, freqüentemente, cochilos diurnos usados como fuga da monotonia.²⁰

3. Referente a satisfação com a capacidade no desempenho de atividades: 45% que estão satisfeitas com a capacidade de desempenharem suas atividades no dia-a-dia, 35% estão muito satisfeitas, 15% não estão nem insatisfeitas nem satisfeitas, e 5% estão insatisfeita. Sendo assim, 20% estão pouco satisfeitas.

A inatividade física pode ampliar em duas vezes o risco de morte. A falta de mobilidade do idoso tira deles a capacidade de gerenciar sua vida, sua autonomia e suas atividades. A mobilidade é, geralmente a primeira comprometida e, se considerarmos que esta é extremamente necessária, isso resultará na perda da independência.²¹

4. Em relação à capacidade de trabalho, aponta-se que, 45% estão satisfeita com sua capacidade de trabalho, 25% estão muito satisfeitas. Já 30% não estão nem satisfeitas, nem insatisfeitas, isso é devido ao pensamento negativo de improdutividade, fim de uma fase da vida, e a aposentadoria que muitas vezes não permite satisfazer as necessidades básicas, e resultando na dependência de outras pessoas, levando os idosos a insatisfação e o pensamento de incapacidade.¹

5. Na pergunta satisfação consigo obteve-se um ótimo resultado, não houve insatisfeito, nem muito insatisfeito, e 85% estão muito satisfeito e satisfeito, 15% nem satisfeito, nem insatisfeito.

A satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio. O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido.¹⁹

6. No que se refere às relações pessoais, não foi obtido resultados considerados negativos como muito insatisfeita, nem insatisfeita, 45% responderam que estão muito

satisfeitas, 35% estão satisfeitas, porém 20% não estão nem insatisfeita, nem satisfeitas. Os familiares não ajudam o idoso em seus diálogos e em suas decisões. Por outro lado, alguns idosos são condenados a viver muito tempo de suas vidas em instituições asilares, ambiente estranho e que leva o idoso a sujeitar-se às normas e rotinas impostas pela instituição. Com afastamento da família e da sociedade, o idoso perde seu espaço social, sua família, seus pertences e assim acaba deixando de realizar as atividades da vida diária. Esta situação leva o idoso à tristeza, apatia e isolamento social.²²

7. Quanto à relação sexual pode-se notar que 35% das entrevistadas responderam que não estão nem satisfeitas nem insatisfeitas com a relação sexual, 25% estão satisfeitas, 20% estão muito satisfeitas, 15% estão insatisfeitas e 5% estão muito insatisfeitas. Existe uma insegurança quanto a continuidade das atividades sexuais das idosas, esta barreira esta presente por preconceitos e condenação familiar, já que para algumas pessoas a idéia de um casal de terceira idade se entregar às relações sexuais em um ambiente familiar ou em uma casa de idosos, parece chocante e desagradável. A atividade sexual é um processo que dura a vida toda, vivê-la de um modo ativo é um direito do idoso. As teorias sexuais atuais destacam a necessidade de estabelecer uma nova cultura que considere as pessoas idosas, agentes de sua própria sexualidade e beneficiárias de todo progresso realizado neste campo.²³

8. Em relação ao apoio dos amigos, 50% das idosas estudadas responderam que estão satisfeitas com o apoio que recebem dos amigos, 35% estão muito satisfeitas, 10% nem satisfeitas, nem insatisfeitas, e 5% responderam insatisfeita. É de extrema importância para o idoso o vínculo familiar, co-residente ou não e/ou com os amigos. Apoio desta natureza tem papel muito importante no bem estar e qualidade de vida dos idosos.

9. Referente às condições de moradia, obteve-se um resultado ótimo, 60% das idosas entrevistadas responderam que estão muito satisfeitas, 30% estão satisfeitas, porém 10% não estão nem satisfeitas, nem insatisfeitas. O local da moradia representa um importante aspecto

devido às várias situações os idosos se mudam para outras residências, podendo ter dificuldades a um ambiente diferente.¹⁸

10. Referente ao acesso de serviço de saúde, 25% respondeu que não estão nem satisfeitas nem insatisfeitas, 25% estão satisfeitas, 25% muito satisfeitas, 15% muito insatisfeitas e 10% insatisfeita. Sendo assim, 50% não estão satisfeitas com o serviço de saúde. O envelhecimento populacional, a meta no atendimento à saúde deixa de ser a de apenas prolongar a vida do paciente, a preocupação é a de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. O sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde e as políticas públicas devem enfatizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças, objetivando principalmente a manutenção da capacidade funcional.²⁴

11. Quanto ao transporte, 60% das idosas responderam que estão satisfeitas com meio de transporte, 20% não estão nem insatisfeitas, nem satisfeitas, 10% estão muito insatisfeita, e 10% estão muito satisfeitas.

Foi aplicado o teste do qui-quadrado para identificar se existe diferença estatisticamente significativa entre as respostas A, B, C, D e E. Foi identificado que, para χ^2 crítico = 18.30, $ngl = 10$ e $g.sig = 0.05$, não houve χ^2 observado maior que χ^2 crítico o que significa que H_0 é uma hipótese rejeitada. Não existe diferença estatisticamente significantes entre as respostas da tabela 2.

Tabela 3. Bem-estar físico e financeiro

Variáveis	Respostas				
	A	B	C	D	E
1. Disposição	0	0	9	3	8
2. Aparência Física	0	0	6	8	6
3. Dinheiro Suficiente	1	3	5	9	2
4. Atividade de Lazer	0	0	7	10	3
5. Informações Necessárias	0	1	10	7	2

Nada = A; Muito pouco = B; Médio = C; Muito = D; Completamente = E

1. Quanto a disposição, 45% das idosas responderam que possuem disposição média, 40% uma ótima disposição para suas realizações diárias, 15% possuem muita disposição e não obteve-se resultados negativos como muito pouco ou nada de disposição. A prática de exercícios, auxiliam na independência das atividades da vida diária, porque melhora o condicionamento físico do idoso e conseqüentemente o mantém mais ativo e animado. Os idosos que praticam exercícios físicos inserem-se na sociedade positivamente, melhoram sua auto-estima e percebem-se úteis e com muita disposição.²⁵

2. Em relação a aparência física, 40% das idosas responderam que aceitam muito bem sua aparência física, 30% aceitam sua aparência completamente, se aceitam como são e não mudariam nada, 30% aceitam médio, não existiu respostas negativas como não aceitam e aceitam muito pouco.

3. No quesito dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades, 45% das idosas entrevistadas responderam que possuem muito dinheiro, o que é suficiente para satisfazer suas necessidades, 25% médio, 15% muito pouco, 10% completamente, 5% não possuem dinheiro para satisfazerem suas necessidades.

4. Em relação às oportunidades de lazer, 50% responderam que possuem muitas oportunidades de lazer, 15% completamente, inexistiu resultados negativos como nada ou muito pouco, porém 35% responderam que possuem mais ou menos oportunidades de lazer. Quanto à insatisfação sobre a atividade de lazer, são várias as finalidades do lazer, das quais se destacam: recreação, distração, descanso, reflexão sobre a realidade, imaginação, criatividade, atenuação do estresse e renovação de energias. Como resultado pode-se obter o prazer, a inquietação para a criatividade, a tranqüilidade e os sentimentos trazidos pela vivência.²⁶

5. Quanto às informações necessárias que as idosas recebem podemos observar que, 50% possuem médio das informações que necessitam, 35% possuem muitas informações, 10% possuem completamente, e 5% responderam muito pouco.

Com o intuito de verificar se existe diferença estatística entre as respostas dadas, Foi aplicado o teste do qui-quadrado. Levando em consideração que χ^2 critico = 9.48, ngl = 4 e g.sig = 0.05, não houve χ^2 observado maior que χ^2 critico o que significa que H0 é uma hipótese rejeitada. Não existe diferença estatisticamente significantes entre as respostas da tabela 3.

CONCLUSÃO

Neste estudo foi constatado que as idosas tem mais pontos positivos do que negativos em todos os domínios, sendo bio-psico-social.

No geral as idosas estão satisfeita com a qualidade de vida, são beneficiadas com mais saúde, amenizando também a depressão e a solidão, elas procuram ajustar-se as perdas, aparência física, limitações e vida sexual. Sendo assim possuem uma velhice bem sucedida com melhor qualidade de vida.

E para o enfermeiro tornou-se essencial sua atuação no acompanhamento de idosos nos espaços de convivência, onde orientam os idosos sobre quais os possíveis exercícios a serem praticados, acompanham na pratica das atividades e planejam uma assistência conforme as necessidades do idoso, sempre visando sua independência.

REFERÊNCIAS

1. Papaléo Netto MN, Ponte GR. Envelhecimento Desafio de transição do século. In Papaléo Netto MN. Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2005.
2. Veras RP, et al. Novos paradigmas no modelo assistencial no setor saúde: conseqüência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: Veras RP (Org). Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002.
3. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: saúde, bem e estar e envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003.
4. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica In: Freitas EV, et al. Tratado de geriatria e gerontologia, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
5. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2005.
6. Teixeira INDO, Néri AL. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP.* 2008;19(1):81-94.
7. Moraes AS, Witter GP. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca *boletim de psicologia*, 2007 (7).
8. Duarte YAO. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica In: Papaléo Netto M. Tratado de gerontologia, 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007.
9. Santos SSC, et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. *ACTA Paul. Enfermagem.* 2008, 2(4).
10. Brasil. Estatuto do Idoso. São Paulo: Escala Editora; 2003.
11. Hussne C, Gerolin FSF. A enfermagem e a atenção urgência geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2001.
12. Negrão CE, Forjaz CLM. Fisiologia de a atividade motora *Rev Paul Educ Fís.* 1999 dez;13:69-73.
13. Matsudo SM, Matsudo VKR, Neto, TLB. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Med Esporte.* 2001;7(1):2-13.
14. Santos PL, Foroni PM, Chaves MC. Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2009; 42 (1):54-60.
15. Alves VR, Mota J, Costa MC. Aptidão física relacionada a saúde de idosos: influência da hidroginástica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* 2004; 10(1):31-37.
16. Oliveira KL, Cruvinle MC, Santos AAA. Atitude de leitura e desesperança em idosos. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 2007; 17(37): 245-254.
17. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem (Ribeirão Preto)* 2006 Abr; 14(2):271-276.
18. Papaléo Netto M. Tratado de gerontologia. Consulta de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2007.
19. Jóia LC, Ruiz T, Donalisio MR Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(1):131-138.
20. Geib LTC, Neto AC, Wainberg R, Nunes ML. Sono e envelhecimento. *Rev. Psiquiatr.* 2003 dez; Porto Alegre; 25 (3):453-465.
21. Silva MJ, Lopes MVO, Moraes ALG. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza Ceará. *Acta Paulista Enfermagem* 2006; 19 (2):201-206.
22. Leite MT, Cappellari VT, Sonogo J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. *Revista Eletrônica de Enfermagem (on-line)*, 2002; 4(1):18-25.
23. Pascual CP. A sexualidade do idoso vista com novo olhar. São Paulo: Edições Loyola; 2000.
24. Costa EC, Nakatani AKY, Bachion M M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enferm* 2006 Mar; 19(1):43-48.
25. Paixão IAC, Nóbrega FRG, Silva CF, Braga TCL. A inserção social do idoso através do exercício físico. *Nursing* 2009 Set; 12 (136): 424-428.
26. Jannuzzi, F. F. E Cintra, F. A. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(2): 179-187.

ATEROSCLEROSE NA SAÚDE DO IDOSO: UMA VISÃO GERONTOLÓGICA

Ênio Moises Félix da Silva¹, Eric Simões²,
Everaldo Ordones de Souza³, Marco Antônio da Silva⁴

Graduação em Psicologia clínica, no Centro Universitário Nilton Lins.

² Graduação em Psicologia clínica, no Centro Universitário Nilton Lins.

³ Graduação em Fisioterapia, na Universidade Paulista.

⁴ Graduação em medicina especializado em clínica pediátrica, na Universidade Federal do Amazonas.

Correspondências para:

Marco Antônio da Silva. Av. Carvalho Leal, 1777, bloco B – Cachoeirinha, CEP 69065-001, Manaus-AM

RESUMO

Em nosso País, está aumentando cada vez mais o índice de óbitos de pessoas a partir dos 50 anos de vida por causa de doenças coronarianas, popularmente chamadas de *derrames*. Por este motivo, houve a necessidade de conhecermos as causas que levam a este índice bastante elevado. Por estas razões, buscamos conhecimentos científicos sobre esta patologia, sendo que este artigo tem o seguinte objetivo geral: efetuar um levantamento bibliográfico seguido de exploração analítica associativa dos temas e contribuir com este artigo científico, auxiliando, deste modo, futuras pesquisas acadêmicas. De outro lado, tem o seguinte objetivo específico: associar bibliográfica e analiticamente o tema sobre aterosclerose na saúde do idoso. Uma visão gerontológica do tema em pauta com vistas a aumentar as possibilidades de estudos na área deve estar sustentada através de ações educativas e do controle da aterosclerose, já que esta doença não escolhe idade e com a condicionante de se agravar a partir da quinta década de vida do indivíduo. Por outro lado, o aumento da expectativa de vida, que é uma consequência de mudança de hábitos e melhorias científicas nos níveis sanitário, tecnológico, educacional e econômico, cria demandas de atenção ao idoso. Associando os temas, constatamos, que nós gerontólogos em suas especialidades, temos muito a contribuir com a qualidade de vida no envelhecimento, atuando diretamente nos pontos frágeis desta etapa do ciclo de vida humana. Em suma, é através do exercício profissional em programas estabelecidos por políticas públicas que podemos propor projetos emergentes, tudo no sentido de favorecer a autonomia dos idosos até seus últimos dias de vida.

Descritores: Aterosclerose, Gerontologia, Educação, Prevenção, Tratamento.

ABSTRACT

In our Country, it is increasing the index of deaths of people more and more starting from the 50 years of life because of hearthly diseases, popularly calls of hemorrhages. For this reason, there was the need of we know the causes that take to this quite high index. For these reasons, we looked for scientific knowledge on this pathology, and this article has the following general objective: to make a bibliographical rising following by associative analytical exploration of the themes and to contribute with this scientific article, aiding, this way, future academic researches. On another side, this article has the following specific objective: to associate bibliographical and analytically the theme on aterosclerose in the senior's health. A gerontology vision of the theme on the agenda with views to increase the possibilities of studies in the area should be sustained through educational actions and of the control of the aterosclerose, since this disease doesn't choose age and with the cause of worsening starting from the fifth decade of the individual's life. On the other hand, the increase of the life expectancy, that is a consequence of change of habits and scientific improvements in the levels sanitarium, technological, education and economical, creates demands of attention to the senior. Associating the themes, we verified, that us gerontologists in their specialties, we have a lot to contribute with the quality of life in the aging, acting directly in the fragile points of this stage of the human life cycle. In short, it is through the professional exercise in established programs for public politics that we can propose emerging projects, everything in the sense of favoring the seniors' autonomy to their last days of life.

Keywords: Gerontology, Aterosclerose, Gerontologia, Education, Prevention, Treatment.

INTRODUÇÃO

O presente estudo sobre os aspectos diversos da aterosclerose refletidos neste artigo científico tem por objetivo informar, conscientizar, educar e prevenir a população de todas as

faixas etárias para o cuidado de si, porque nestes termos fica evidente a relevância do conhecimento dos danos e prejuízos que esta patologia pode causar ao nosso organismo e porque a mesma pode ser prevenida através de ações educativas desde a primeira infância até a idade tardia. Devemos ainda conscientizar as crianças sobre as necessidades próprias de sua atual fase de vida. E devemos também orientá-las sobre o fato de que o seu organismo precisa - para que o mesmo se desenvolva saudavelmente - de ser cuidado adequadamente. Em suma, devemos ainda educá-las para as próximas fases de seu desenvolvimento, pois estamos cientes de que a criança é um ser que está pronto para aprender.

A partir do momento em que a criança conheça a sua fase atual e a próxima etapa do ciclo de sua vida - que são intercaladas - ela terá um entendimento e uma possibilidade de expectativa seguras para seguir com competência para a próxima etapa de vida. Em relação ao aqui e agora deste processo de evolução, sugerimos para as pessoas que não tem um estilo de vida e hábito saudáveis, tais como, inatividade, alcoolismo, tabagismo e obesidade, que elas se tornem conscientes de que o ser humano está sempre pronto para as mudanças que forem necessárias, apesar de isto ser uma tarefa difícil, porém um horizonte sempre possível, desde que a escolha de cada indivíduo daqui para frente seja sempre sua, isto é, autônoma.

METODOLOGIA

Em tese, infere-se das referências bibliográficas, que a pesquisa é um procedimento intelectual para adquirir conhecimentos mediante a investigação de um aspecto da realidade e em busca de novo entendimento sobre ele. De fato, representa uma busca de novas verdades sobre um fato (objeto). Esta pesquisa utilizou-se da técnica da pesquisa bibliográfica a fim de estudar e contribuir para o esclarecimento dos efeitos da aterosclerose na saúde do idoso [18].

O artigo em pauta denominado “*Aterosclerose na saúde do idoso: uma visão Gerontológica*” tem um caráter bibliográfico e utilizou-se de uma fundamentação teórica baseada na revisão da literatura delineada pelas normas de Vancouver. O delineamento de

uma pesquisa bibliografia envolve fases como, a determinação dos objetivos, a elaboração do plano de trabalho, a identificação das fontes, a localização e obtenção do material, a leitura do material, a tomada de apontamentos e a redação do trabalho [19].

Em nossa pesquisa, o tema da formação do pesquisador foi fator determinante para definição do tema que deu origem ao artigo em pauta junto ao curso realizado.

A identificação das principais fontes refere-se a livros. Os temas abordados compreendem e priorizam uma releitura das obras de Helen Bee, Anita Liberalesso Néri, Euler Esteves Ribeiro e Robbins & Cotran. O método indutivo - com procedimentos históricos utilizados no desenvolvimento - foi incorporado pela contrapartida de outros autores, cujos resultados proporcionaram a construção de conceitos fundamentados numa abordagem que se aproxima da proposta temática em questão.

Dentro das técnicas da pesquisa bibliográfica efetuamos o uso da biblioteca, local onde estão as fontes bibliográficas. Com o avanço atual, também se incluem as bibliotecas virtuais. Igualmente, foram efetuadas a identificação das fontes e a classificação delas em fontes primárias e secundárias [19].

Toda a investigação empreendida para a abordagem dos conceitos registrados neste artigo, estiveram sempre referenciados em autores das áreas de ciências sociais aplicadas, humanas e biológicas, de profissionais da psicologia, da saúde e de gerontólogos conceituados. Desta forma, entendemos que existe uma legitimação dos dados informados nesse artigo.

O método de leitura empreendido nesta pesquisa bibliográfica e documental partiu dos significados que dão uma visão ampla dos conteúdos, principalmente do que interessa academicamente, deixando de lado aspectos secundários. Foram ainda acompanhadas de amplo estudo e leitura em busca de uma absorção completa do conteúdo. Nesses termos, buscamos nesse processo de pesquisa reter o significado dos contextos reais investigados. A

leitura dos textos de referência foi, de fato, muito criteriosa e seletiva, o que está explicitado na revisão da literatura.

REVISÃO DA LITERATURA

O processo de aterosclerose das artérias do organismo tem início nos primeiros anos de vida, mas a sua incidência maior se produz na fase adulta e se caracteriza por lesões produzidas na *íntima*, isto é, a terceira camada mais interna dos vasos arteriais.

Aterosclerose é uma patologia que pode ser definida como sendo uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibre [2].

Ateromas são, diversamente, placas ateromatosas ou fibrogordurosas que se desenvolvem na superfície das paredes arteriais. O termo é usado para denominar a doença da aterosclerose e está atrelado aos vasos sanguíneos espessados e endurecidos. São reconhecidos três padrões de aterosclerose. Estes padrões variam em sua fisiopatologia e conseqüência clínica e patológicas [1].

Para entendermos melhor esta patologia devemos expor a anatomia dos vasos arteriais, onde, as mesmas transportam o sangue sobre alta pressão, possuindo tubos elásticos que expõem o sangue sob forma de ondas pulsáteis. Sua parede é elástica e forte para segurar o fluxo rápido e eficiente de sangue para os tecidos sob altas pressões de tal forma que a distensão repetida e a retração elástica convertem os efeitos das contrações intermitentes do coração num fluxo de sangue mais contínuo, embora ainda pulsátil ao longo de toda árvore arterial [3].

A origem desta doença aterosclerótica pode ser detectada muito cedo nos vasos sanguíneos, porém pode se manifestar tipicamente durante um período de muitos anos. O aumento das placas ateroscleróticas não segue um padrão contínuo, tendo, pois, uma evolução descontínua com intervalos rápidos, precedidos de um período silencioso quando ocorre,

então, o diagnóstico clínico. Não há, em tese, aterosclerose se não houver infiltração de substância lipídica na camada *sub íntima* das artérias [4].

A lesão funcional que a aterosclerose produz, geralmente pode ter complicações e ocorrem no coração, no cérebro, nos rins, no intestino e nas extremidades inferiores.

As manifestações da aterosclerose podem ser crônicas quando aparecem ou quando são induzidas por um esforço intermitente previsível, porém, o primeiro indício da existência da lesão pode ser um episódio clínico agudo, como quando ocorre um infarto. Mas para alguns indivíduos que apresentam a existência da doença jamais se manifestam.

Morfologicamente, ela ocorre pelo espessamento da camada mais interna das paredes arteriais e pelo acúmulo de lipídeos, sendo que esta lesão que se inicia na *íntima* tem como características um centro lipídico grumoso, de menor resistência e de cor amarelada.

Os danos da aterosclerose comumente apresentam-se em uma pequena circunferência da parede arterial causando lesões diferentes ao longo dos vasos, perdendo elasticidade, onde, à medida que essas placas de gordura crescem, as artérias estreitam-se.

Conseqüentemente, essas placas poderão se romper, acontecendo o contato das substâncias das placas com o sangue e acarretando a coagulação sanguínea e o entupimento imediato dos vasos, ocorrendo, assim, o infarto.

O início da aterosclerose ocorre, segundo algumas pesquisas, pela formação de “estria gordurosas”, fazendo com que essas lesões apareçam com mais freqüência, aumentando, então, a densidade lipoprotéica em algumas áreas.

Como conseqüência, a disfunção endotelial aumenta a permeabilidade entre a *íntima* e às lipoproteínas plasmáticas, favorecendo, assim, a retenção das mesmas no espaço subendotelial. Retidas, as partículas de LDL, sofrem, então, um processo de oxidação, formando, pois, as estrias gordurosas [2].

A formação de estrias gordurosas se iniciam na fase da adolescência em algumas áreas anatômicas. Nesse processo pode haver a possibilidade de desenvolvimento de placas

gordurosas, sendo que nem todas as estrias gordurosas formam necessariamente placas fibrosas, nem se tornam definitivamente lesões mais prejudiciais.

Com efeito, elas podem acumular-se na *intima* das artérias, pois estão interligadas pela matriz extracelular, ocorrendo, deste modo, o prolongamento da permanência das partículas ricas em lipídios dentro da parede arterial.

Com a permanência das estrias gordurosas dentro da parede arterial, ocorrem as multiplicações delas nos músculos lisos e fibrosos e também de placas cada vez maiores. Como consequência, elas causam as inflamações e causam ainda o adensamento dos músculos dentro da parede arterial. Esta proliferação de células diminui o fluxo sanguíneo por causa do estreitamento dos vasos sanguíneos.

O principal ciclo de formação e progressão da aterosclerose inclui os seguintes eventos: aumento da oxidação do LDL-colesterol no plasma sanguíneo (LDL-oxidado). A oxidação do LDL altera esta molécula tornando-a apta a atravessar o endotélio vascular. No LDL-oxidado fica no tecido conjuntivo abaixo do endotélio e esta condição atrai uma grande quantidade de macrófagos a região. Estes macrófagos, por sua vez, começam a engolfar as moléculas de LDL-oxidado por fagocitose. Tal processo é considerado um processo inflamatório, e a ingestão do LDL-oxidado faz com que os macrófagos tornem-se cheios de gotículas de gordura e morram. Sua morte os transforma nas chamadas “células espumosas”. Esta condição, não pode ser degradada pelo tecido conjuntivo e atrai algumas células musculares lisas que passam a envolver o conjunto de células espumosas, iniciando assim a progressão do ateroma.

Essas placas formadas são também conhecidas como placas fibrosas, fibrogordurosas, lipídicas ou fibrolipídicas. Elas podem ser brancas ou branco-amareladas e se misturam com o lúmen das artérias. E elas medem entre 0,3 a 1,5 cm, podendo muitas vezes dobrarem de tamanho.

Essas lesões ateroscleróticas, normalmente ocorrem apenas em uma parte da circunferência das paredes arteriais, sendo que podem ser focais e variáveis ao longo das artérias. Porém, essas lesões podem vir, com o passar do tempo, a se tornar mais numerosas conforme a progressão da doença.

Cientificamente, a aterosclerose tem diversas causas. Uma delas é a a proliferação celular da *intima*. A outra consiste na hipótese relativa à organização e ao crescimento repetitivo de trombos.

Nesse contexto, há uma visão atual da patogênese aterosclerótica que se utiliza de duas teorias e de dois fatores de risco. Nesse sentido, uma hipótese consistente é aquela de que a lesão caracterizada como aterosclerose é uma resposta inflamatória crônica da parede arterial.

As investigações epidemiológicas indicam uma elevação progressiva da morbidade e da mortalidade pela doença aterosclerótica à medida que a idade aumenta. Dados de necropsia evidenciam que a presença de placas ateroscleróticas em artérias de indivíduos acima de 65 anos é quase universal. Deve-se, pois, ter presente que o risco absoluto de morte pela doença aterosclerótica aumenta dramaticamente com a idade, sobretudo, para valores etários relacionados aos fatores de riscos mensuráveis, tais como, "pressão arterial, lipídios, tabagismo". Esta situação se agrava, principalmente, sob a consideração da regra estatística de que, a cada dez anos, os riscos de mortalidade cardiovascular aumentam de duas a três vezes [2].

A prevalência de morbidade e mortalidade por meio da aterosclerose é diversificada em vários países. Ela é, por exemplo, menor nas Américas Central e do Sul, na África e na Ásia [1]. Os Estados Unidos da América é o maior país do mundo em número de mortes causadas pela aterosclerose. No Brasil, essa doença está em primeiro lugar entre aquelas que causam mais números de óbitos em pessoas acima de 50 anos.

Com efeito, a aterosclerose é a principal causa de mortalidade nos países ocidentais em razão das complicações que dela resultam, tais como, a doença coronariana, o acidente

vascular cerebral, as arteropatias periféricas e o aneurisma da aorta. Sem dúvida, a doença coronariana é a principal manifestação clínica da doença aterosclerótica em razão de sua alta prevalência e por sua responsabilidade pelos elevados índices de mortalidade [2].

Em relação ao gênero, os homens são mais atingidos que as mulheres. Todavia, é comum o infarto do miocárdio ser igual entre homens e mulheres depois da sétima e oitava década de vida.

Por seu turno, a Genética está, por definição, relacionada com a predisposição de outros fatores de risco, tais como, a hipertensão e o diabetes mellitus do tipo II. A Hiperlipidemia é, por sua vez, a principal causa da aterosclerose. A Hipercolesterolemia é, também, uma patologia. Ela consiste na formação de níveis bastante altos de colesterol no plasma, provocando, assim, lesões arteriais mesmo quando não existe outro fator de risco.

A Hipertensão é outro fator de risco para aterosclerose que atinge todas as idades devido ao fato de os níveis sistólicos e diastólicos estarem bastante irregular. Nesse sentido, ela é o fator principal ou coadjuvante em mais de 200.000 mortes ao ano no mundo todo. De fato, ela precede em 75% a todos os casos de insuficiência cardíaca que vem sendo a causa mais comum de hospitalização em pacientes acima de 65 anos [2]. Nos idosos, ela precisa ter uma atenção mais redobrada, pois é nesta fase que ocorre a sua maior incidência, porque ela está atrelada à obesidade, ao tabagismo e a outros fatores.

Por definição, o Tabagismo é conceituado como sendo o elevado consumo de cigarros pelos indivíduos. Está comprovado que o consumo de cigarros durante anos seguidos continuamente, aumenta a taxa de mortalidade por cardiopatia isquêmica.

Alguns estudos epidemiológicos revelaram que a mortalidade por DAC em idosos fumantes se configura de duas a três vezes maior do que a de não fumantes. Por outro lado, após cinco anos de abandono do vício, homens e mulheres idosas exibem um aumento da expectativa de sobrevida em relação àqueles que continuam fumando [5].

Diabetes Melitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade do organismo produzi-la. Como consequência, a ausência desta substância no organismo impede que a mesma exerça adequadamente seus efeitos. Sua característica principal é a formação da hiperglicemia crônica, produzindo no organismo distúrbios do metabolismo dos carboidratos, dos lipídeos e das proteínas. Este distúrbio ocorre por meio de disfunções no pâncreas, embora algumas dessas disfunções sejam genéticas, hereditárias, auto-imunes ou infecciosas [2]. O *diabetes melitus* está associado à hipercolesterolemia, pois, aumenta a chance para a predisposição da aterosclerose e contribui para o aumento do número de infarto do miocárdio que são duas vezes maiores em diabéticos do que em não diabéticos.

Com os processos fisiológicos de envelhecimento, ocorrem modificações na composição do corpo, o que predispõe o organismo para a constituição dessa condição, principalmente devido à grande perda de massa magra que é responsável pela distribuição da glicose mediada pela insulina e pelo aumento da gordura visceral, o que, por sua vez, vem contribuir para o aumento da resistência insulínica [6].

Outros fatores de risco que podemos abordar são também importantes. Todavia, esses outros fatores ainda não tem tido a atenção devida de alguns especialistas na área. Nesse sentido, este artigo propõe-se a servir de alerta para a prevenção da aterosclerose. Sugerimos, pois, alguns cuidados que devem ser atendidos, tais como, evitar a inatividade, tomar cuidado com a falta de exercício físico, construir um estilo de vida menos estressante, praticar o controle de controle de peso, evitando, deste modo, a obesidade que pode, conseqüentemente, evitar doenças como a hipertensão, o diabetes, a hipertrigliceridemia.

Como estas patologias estão relacionadas as fatores de risco mais relevantes para a produção de eventos cardiovasculares e apresentam um alto índice de prevalência de morbidade e de mortalidade, elas se transformaram em um complexo epidemiológico da mais relevante significação em termos de moléstia do século XXI.

Cuide-se [7].

As infecções cardiovasculares oriundas do processo de aterosclerose contribuem para o surgimento de bactérias e vírus que estão relacionados, particularmente, à *Chlamydia pneumoniae* e ao *Citonmegalovirus*, respectivamente [1]. Ambos os organismo possuem ampla distribuição e podem, pois, infectar células da parede dos vasos sanguíneos em que demonstram persistência, latência e recorrência infecciosa [1].

Para podermos reconhecer a importância clínica da doença aterosclerótica é necessário identificar sua evolução e seus eventuais prejuízos ao ser humano [4]. Relacionamos abaixo alguns dos principais aspectos patológicos da aterosclerose:

- a) Crescimento progressivo da placa aterosoma, isoladamente ou confluída com outras placas;
- b) Crescimento progressivo com calcificação do vaso;
- c) Ulceração ou ruptura da placa ateromatosa com formação de uma superfície irregular, propiciando, pois, a instalação de uma trombose;
- d) Ocorrência de hemorragia *subintima* com protrusão da placa na luz do vaso;
- e) Ocorrência de trombose ao nível da placa ateromatosa com oclusão parcial ou total do vaso.

Como conclusão, considere-se que qualquer que sejam as causas, o resultado leva sempre para obstrução total ou parcial da artéria.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO

A mudança de estilo de vida para esses pacientes é fundamental. É importante levar em conta, desde a prática de uma alimentação saudável, incorporar atividades físicas regulares, extinguir o tabagismo, diminuir a quantidade de bebidas alcoólicas e tentar levar uma vida menos estressante [8].

Para que possamos nos proteger contra a manifestação uma grave doença vascular como a aterosclerose, é importante tomarmos medidas que vão desde a manutenção do peso saudável até a formação de hábitos que nos torne fisicamente ativo e, principalmente, pratiquemos uma dieta que contenha especialmente gorduras insaturadas com baixo teor de colesterol. Além disso, é importante prevenir a hipertensão e controlar efetivamente a pressão arterial, a glicose sanguínea e evitar o consumo de nicotina [9].

Medidas simples e preventivas adequadas podem ser válidas na redução da aterosclerose porque favorecem a diminuição do alto índice de mortalidade.

Os gerontólogos devem atuar disciplinarmente em equipe junto aos seus pacientes a fim de orientá-los na escolha individualizada do nível de atividade física e da qualidade nutricional de suas dietas porque cada indivíduo necessita de acompanhamento individual.

A manutenção da saúde deve-se estabelecer tendo em vista um ótimo nível fisiológico, psicológico, social e ocupacional, concorrendo para isso a assistência e auto-estima. Tudo deve, nesse sentido, ser feito visando desenvolver habilidades diferenciadas voltadas para o cuidado de si e modificar os fatores de riscos [10].

O objetivo principal destas diretrizes consiste em reduzir o risco de diabetes e doenças cardiovasculares como a aterosclerose.

De acordo com o estudo *DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension*, os pacientes que consomem uma dieta pobre em gordura saturada e rica em carboidratos obtiveram uma significativa redução da pressão arterial mesmo sem perda de peso. Essa redução ocorreu, provavelmente, em razão do consumo rico em frutas, vegetais, laticínios desnatados, grãos, peixes, frango, castanha e por conta da restrição ao consumo de carne vermelha, doces, bebidas ricas em açúcar [11].

Essa dieta que prioriza o consumo desses alimentos contribui, de fato, significativamente para redução do risco da aterosclerose.

Outra forma de tratamento é a incorporação de exercícios físicos no cotidiano dos indivíduos orientados por um profissional qualificado que deve planejar os exercícios apropriados para aqueles sujeitos respeitando os seus limites.

O ideal a ser alcançado por meio destes procedimentos é o da combinação de exercícios de resistência com atividade aeróbica, mas qualquer atividade física é melhor que nenhuma e pacientes sedentários devem iniciar caminhadas aumentando-as gradualmente em termos de durabilidade e intensidade [12].

Essas orientações devem, não obstante, sempre ser monitoradas, pois antes de qualquer exercício que a pessoa idosa venha a fazer é necessário aferir sua pressão arterial. Em caso de indivíduos com pressão alta, não é recomendado que a mesma pratique tais exercícios.

Portanto, devemos explicar a patologia da aterosclerose com a intenção de melhorar o entendimento da população e alertar, por outro lado, os órgãos públicos competentes para a necessidade de se formular e implementar políticas públicas eficientes visando favorecer os cuidados efetivos com a saúde pública, que de, um modo geral, é merecedora. Porque, ao fim e ao cabo, ela paga os tributos que devem ser aplicados nesta área.

A psicologia do curso de vida tem dado a sua contribuição de tal forma que se podem mostrar, através de seus métodos e técnicas, os verdadeiros caminhos que o indivíduo deve tomar para se tornar uma pessoa autônoma e consciente de sua própria trajetória. Todavia, a psicologia deve-se ater apenas em orientar e direcionar as fases do desenvolvimento individual, exceto, quando as crianças certa fase etária precisam de tutores para desenvolver o cuidado de si. Em relação às outras fases do desenvolvimento, a decisão cabe ao próprio sujeito, tendo em vista que esse é o verdadeiro papel da psicologia.

Por outro lado, a revisão de vida cumpre a função de resignificar o processo evolutivo e de restaurar o equilíbrio psicológico quando, na meia-idade e na velhice, a pessoa reconhece sua própria finitude [13].

Como o homem é marcado pela sua história social e cultural, ele não envelhece apenas biologicamente. Este fato ocorre também psicologicamente, sob o viés comportamental.

A maneira como os indivíduos pensam e agem de acordo com a sua faixa etária é moldada nesse contexto sociocultural em que o homem vive, sendo criado assim um modelo padrão de comportamento de acordo com a sua época.

Essas normas preestabelecidas podem acarretar dificuldades de adaptação e planejamento do futuro, da necessidade de trabalhar as perdas, sociais, afetivas e orgânicas da pessoa idosa. Porque, com efeito, o ser idoso é uma categoria peculiar, subjetiva e única.

Outro tema que é necessário ser abordado é o de que, com o tempo e com a experiência, a pessoa desenvolve uma visão de si mediada pelo olhar do outro, permitindo assim a criação dos seus próprios limites. A visão de si que os indivíduos elaboram pode estar acima ou abaixo de suas expectativas. Nesse sentido, essa visão de si que os indivíduos elaboram de si mesmos, podem falsear o verdadeiro potencial delas, causando, pois, incerteza e frustração.

Como foi supra mencionado, o desenvolvimento humano deve ser assistido em todas as suas fases, porém o presente artigo está direcionado para a aterosclerose na saúde do idoso, porque suas complicações e os seus altos índices de óbitos têm aumentado significativamente nessa fase do desenvolvimento humano. Sobre a psicologia do desenvolvimento na abordagem do curso de vida, constatamos que ela tem tratado do desenvolvimento bem-sucedido e, especialmente, do envelhecimento saudável e da qualidade de vida na velhice, cuja concretização depende de diversos fatores [14].

Nesse sentido, vamos abordar o envelhecimento bem sucedido, mas estamos cientes de que essa fase representa um aumento de perdas que começa com o declínio biológico e continua com a separação dos filhos por razões de emancipação financeira ou por morte de um dos cônjuges. Esses acontecimentos geralmente deixam a pessoa idosa solitária e deprimida. Enfim, em relação aos ganhos eles são menores que as perdas. O envelhecimento em si é, pois, um fator de risco para a pessoa que envelhece.

A função de revisão de vida é a de promover a integridade do EGO. Isto inclui formar uma perspectiva sobre o ciclo de vida completo e ter um ponto de vista sobre a morte [15]. A sabedoria é o seu coroamento. Ela se manifesta, sobretudo, na auto-aceitação que o indivíduo produz de si mesmo. É este o processo cognitivo, por excelência, de solução de problemas e de solução de conflitos internos [15].

No entanto, cabe ao psicólogo, através de suas ferramentas de trabalho, conscientizar esses indivíduos para as perdas que eles sofrerão. Além disso, cabe ao psicólogo conscientizá-los para o fato existencial de que é um processo natural o nascimento, o amadurecimento e a morte.

Há duas fontes do medo. Há aquela que está relacionada às mudanças físicas. Mas há aquela que está relacionada com os momentos de transformação interior e ao próprio fluxo da vida. Esta precisa ser considerada natural, acolhida e tratada com o cuidado que merece [15].

Despertar o potencial psicológico adormecido e voltá-lo pró-afirmativamente para o autoconhecimento e a auto-aceitação desses sujeitos e para o cuidado de si. É importante incentivá-los para a busca de autonomia e para a busca de novos objetivos. Importante ainda é a orientação desses indivíduos para um estilo de vida que comporte atividades pró-afirmativas, tais como, freqüentar centros de convivência da terceira idade, fazer cursos profissionais interessante, prestar serviços comunitários, desenvolver atividades escolares e acadêmicas e, por fim, viver seu tempo existencial com prazer e alegria, mantendo sempre acesa a busca de autonomia nos limites de suas possibilidades.

O ser humano possui, com efeito, inúmeras possibilidades. E sendo dotado de liberdade, pode manifestar suas capacidades até na escolha do sentido que vai procurar imprimir no encaminhamento da própria velhice. Nesse sentido, investir no processo de vida interior é importante para trilhar os caminhos do autoconhecimento e da espiritualidade humana [17].

Concluimos, pois, que a gerontologia constitui em nossos dias uma área decisiva na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Representa, por outro lado, uma ferramenta

científica fundamental para diagnosticar os fatores que contribuem afirmativamente ou negativamente na vida do idoso.

A saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sofrem a influência de múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais. Deste modo, a avaliação e a promoção da saúde do idoso significam que se devem considerar variáveis de distintos campos do saber em um campo interdisciplinar e multidimensional diverso.

A longevidade cada vez maior do ser humano acarreta uma situação ambígua que é vivenciada por muitas pessoas. Isto gera o contraponto de que, por um lado, o desejo de viver é cada vez mais intenso e, ao mesmo tempo, surge o temor de viver sob os maus auspícios da incapacidade e da dependência. De fato, o avanço da idade aumenta a chance de doenças e de prejuízo à funcionalidade física, psíquica, social e ambiental.

Os anos vividos pelas pessoas podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, pois esses anos são, geralmente, marcados por doenças com seqüelas e declínio funcional.

Entre essas doenças está a aterosclerose que pode aumentar a dependência, favorecer a perda da autonomia e, conseqüentemente, acarretar o isolamento social e a depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sócias e, permanecendo ainda ativos e desfrutando de significado pessoal, a qualidade de vida pode ser definida como sendo muito boa.

Os desafios que são lançados aos indivíduos e às sociedades é o de conseguir uma sobrevida cada vez maior e uma vida com qualidade cada vez melhor a fim de que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade. Semelhante resultado, assim como seu oposto, uma velhice patológica, depende da historia do desenvolvimento e do envelhecimento dos indivíduos. Todo o processo é marcado por influências genético-biológicas, psicológicas e sócio-culturais, algumas das quais podem ser controladas.

O fenômeno qualidade de vida tem, pois, múltiplas dimensões, especialmente, a física, a psicológica e a social, cada uma comportando vários aspectos. Dentre esses aspectos, destacam-se a saúde percebida e a capacidade funcional que são variáveis importantes a ser avaliadas, assim como o bem estar subjetivo indicado pelo nível de satisfação pessoal.

O artigo em pauta visa estimular e subsidiar a integração dos cuidados essenciais que se deve ter com o idoso à luz de uma visão gerontológica. Além disso, visa, ainda, mostrar, de um modo geral, a relevância da conscientização para o cuidado de si que a população deve ter.

REFERÊNCIAS

1. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, editores. Robbins e Cotran Patologia: Bases Patológicas doenças. 7ª ed Rio de Janeiro: Saunders; 2005.
2. Brasil, Ministerio da Saúde. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2007 abr; 88: supl I.
3. Warwick R, Williams PL. Gray anatomia. 35ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1979.
4. Porto CC. Semiologia Médica. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2005.
5. Camargo Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
6. Freitas, VE, Cançado, XA, Flávio DJ, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
7. Ribeiro EE. Envelhescência. Rio de Janeiro: Unati UERJ; 2008.
8. Deen D. Metabolic syndrome: time for action. Am Fam Physician. 2004 Jun 15; 69(12): 2875-2882.
9. Guyton AC, et al. Tratado de fisiologia médica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
10. Nettina SM. Prática de Enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
11. Vollmer WM, Sacks FM, Ard J, Appel LJ, Bray GA, Simons Morton DG, et al. Effects of diet and sodium intake on blood pressure: subgroup analysis of the DASH. N Engl J Med 2001 Jan; 344(1): 3-10.
12. Slentz CA, Duscha BD, Johnson JL, Ketchum K, Aiken LB, Samsa GP, et al. Effects of the amount of exercise on body weight, body composition, and measures of central obesity: STRRIDE-a randomized controlled study. Arch Intern Med 2004 Jan 12;164(1): 31-39.
13. Jung CG. The search for life. In Campbell J. (org). The portable Jung. Nova York: Viking; 1971.
14. Falcão EVS. Maturidade e velhice: pesquisa e intervenção psicológica: São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
15. Erikson E. Identity and the life cycle: selected papers. Psychosocial Issues 1959.
16. Erikson E. O ciclo de vida completo. Porto Alegre: Artes Medicas Sul; 1998.
17. Liberalesso NA, org. Maturidade e velhice: Trajetórias individuais e socioculturais. Campinas, SP: Papirus; 2001.
18. Gil AC. Projetos de Pesquisa. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1991.
19. Fachin O. Fundamentos de metodologia. 3ª ed. São Paulo: Saraiva; 2001.
20. Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas. Rev Port Clin Geral 1997;14: 159-74.
21. Kasper, Dennis L. et al. Harrison Medicina interna. 17ª ed, vol. 2. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill Interamericana do Brasil; 2008.
22. Assmann G, Nofer JR: Atheroprotective effects of high-density lipoproteins. Annu Rev Med 2003; 54: 321-341.

OBESIDADE NA TERCEIRA IDADE

Rodrigo Augusto Freitas Neri¹, Circe Barroncas Passos Araújo²,
Halley Silva Rocha³, Edmary Cavalcante⁴

Fisioterapeuta, aluno de pós graduação da Universidade do Estado Amazonas do curso de Gerontologia e Saúde do Idoso – UNATI/UEA.

² Assistente Social, aluna de pós graduação da Universidade do Estado Amazonas do curso de Gerontologia e Saúde do Idoso – UNATI/UEA.

^{3,4} Enfermeiros, alunos de pós graduação da Universidade do Estado Amazonas do curso de Gerontologia e Saúde do Idoso – UNATI/UEA.

Correspondências para:

Edmary Cavalcante. Av. Carvalho Leal, 1777, bloco B – Cachoeirinha, CEP 69000-000, Manaus-AM

RESUMO

O presente artigo foi motivado pela necessidade de aprofundamento no conhecimento da Obesidade em pessoas acima de 60 anos. Baseado na alta prevalência de aumento de peso na população em geral e de imprecisas definições do grau de obesidade relacionado a problemas de saúde na população idosa, assim como na necessidade de caracterização dos fatores inter-relacionados à obesidade nessa faixa etária. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a obesidade um dos dez principais problemas de saúde do mundo. O combate à obesidade esta entre as medidas necessárias a promoção da saúde idosa. Com o envelhecimento, há uma perda progressiva da massa magra com aumento da proporção de gordura corpórea, além da diminuição da estatura, relaxamento da musculatura abdominal, cifose e alteração da elasticidade da pele. A obesidade esta associada há complicações no organismo que podem levar a distúrbios psicológicos e ao aumento de risco para doenças de grande mortalidade.

Descritores: Obesidade, Doença, Idoso.

Abstract

The present article was motivated by the aprofundamento need in the knowledge of the Obesity in people above 60 years. Based on the discharge prevalência of weight increase in the population in general and of imprecise definitions of the obesity degree related to problems of health in the senior population, as well as in the need of characterization of the factors interrelated to the obesity in that age group. According to the World Organization of the Health (OMS) it considers the obesity one of the ten principal problems of health of the world. The combat to the obesity this among the necessary measures the promotion of the senior health. With the aging, there is a progressive loss of the thin mass with increase of the proportion of corporal fat, besides the decrease of the stature, relaxation of the abdominal musculature, cifose and alteration of the elasticity of the skin. The obesity this associated there are complications in the organism that you/they can take to psychological disturbances and the risk increase for diseases of great mortality.

Keywords: Obesity, Disease, Senior.

INTRODUÇÃO

O rápido aumento da expectativa de vida da população mundial foi acompanhada pela população brasileira desde o final da década de 60 juntamente com a queda da natalidade, e dessa forma, em breve teremos uma população grande de idosos.¹ Apesar disso, a longevidade maior não significa um acompanhamento da qualidade de vida, pelo contrário, na maioria dos casos ela é uma relação inversa, ocasionada principalmente pelo declínio das funções fisiológicas do idoso associada ao aparecimento de doenças crônico degenerativas.

A obesidade tem por definição o excesso de tecido adiposo no corpo, e suas conseqüências vão muito além da estética.² É uma doença metabólica crônica que atinge uma parcela cada vez maior da população, estima-se que cerca de 1/3 da população adulta apresenta crescimento nas últimas décadas com prevalência maior nas mulheres do que nos homens.^{3,4}

Segundo o relatório de 2002 da Organização Mundial de Saúde, a obesidade é tratada como epidemia juntamente com outras 10 doenças.⁵ Alguns fatores contribuem pra essa situação como: sexo, hereditariedade, sedentarismo, dieta inadequada, stress, tabagismo e etc, além de que a própria obesidade é fator de risco para doenças cardiovasculares, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2, doenças reumáticas, câncer e distúrbios respiratórios e do sono.^{6,7} Por isso se faz necessário o tratamento visando os fatores modificáveis através de programa de exercícios regulares, nutrição balanceada, hábitos de vida saudáveis e em alguns casos medicação específica.⁸

1. OBESIDADE

Conforme a Força Tarefa Internacional sobre Obesidade – IOTF (*International Obesity Task Force*), publicado no relatório da Organização Mundial de Saúde – OMS, indica que aproximadamente 250 milhões de adultos são obesos (7% da população mundial) e, pelo menos, 500 milhões apresentam sobrepeso, chamando a atenção para a epidemia global de obesidade e a necessidade de prevenção primária do excesso de peso.⁸

A obesidade é um problema de saúde pública e para o idoso representa um risco adicional por associar-se direta e indiretamente a outras doenças letais.^{7,9} Ela tem relação com a hereditariedade, entretanto, sua etiologia se deriva do sedentarismo ou diminuição progressiva da energia gasta em atividades físicas, ocupacionais e da vida diária, além do consumo de uma dieta rica em gorduras, de origem animal, açúcar e alimentos refinados.^{10,11} Numa pesquisa realizada com 196 idosos em Veranópolis-RS, Da Cruz et al¹² encontraram

uma prevalência de obesidade similar á de países desenvolvidos, além de sua associação com fatores de risco ser de alta prevalência na população de mulheres.

Quanto a localização do tecido adiposo, a obesidade pode ser classificada em andróide e ginecóide, o tipo andróide é mais comum nos homens e nas mulheres após a menopausa e a gordura se deposita principalmente na região abdominal, o tipo ginecóide é mais prevalente nas mulheres antes da menopausa e a gordura se localiza principalmente na metade inferior do corpo.¹³

O diagnóstico é dado através do índice de massa corporal (IMC), pela relação cintura/quadril (RCQ) e pela medida do perímetro da cintura, além de exames laboratoriais², o IMC é largamente usado como indicador nutricional, porém em idosos do IMC apresenta dificuldades em função do decréscimo de estatura, acúmulo de tecido adiposo, redução da massa corporal magra e diminuição da quantidade de água no organismo.¹⁴ Por isso alguns estudos vem questionando o ponto de corte do IMC para definição de sobrepeso em idosos.

2. CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

O ganho de peso associada a outras doenças tem sido objeto de estudos onde os indivíduos com ganho de peso máximo de 10 a 20%, a prevalência de diabetes correspondeu a 4%; quando o ganho de peso se situou em torno de 40 a 50%, esta prevalência aumentou para 20%. Ganhos superiores a 50% representaram uma ocorrência de diabetes de quase 30%.¹⁵ A relação entre o excesso de adiposidade e a ocorrência de doença cardiovascular foi destacada no estudo de Framingham, em 26 anos de acompanhamento de uma casuística composta por 5.206 homens e mulheres com idade entre 35 e 84 anos. Seu estudo concluiu que o peso teve valor preditivo em relação à incidência de doença coronariana e morte decorrente desta patologia e de insuficiência cardíaca, independentemente de idade, níveis de colesterol, pressão arterial sistólica, tabagismo, hipertrofia do ventrículo esquerdo e intolerância à glicose.¹⁶

Outro fator importante associado a obesidade é a dislipidemia. As lipoproteínas são as proteínas que transportam os lipídeos séricos, duas classes de lipoproteínas tem grande importância para o fator de risco da obesidade e doenças associadas que são: as lipoproteínas de baixa densidade ligada ao colesterol (LDL-colesterol) e a de alta densidade ligada ao colesterol (HDL-colesterol), pois concentrações baixas de HDL-colesterol e elevadas de LDL-colesterol são prejudiciais a saúde. O LDL-colesterol está implicado na formação da placa aterosclerótica, e, no entanto, o HDL-colesterol está provavelmente envolvido na regressão da placa. A relação entre o colesterol total e o HDL-colesterol é possivelmente o indicador de risco mais preciso para a doença arterial coronária.^{17,18}

A lipoproteína de densidade muito baixa ligada ao colesterol (VLDL-colesterol) vem sendo cada vez mais implicada como fator de risco da doença arterial coronária, porém ainda necessita de mais estudos.^{17,18}

O American College of Sports Medicine (ACSM) publicou um parecer, em 1994, concluindo que a maioria dos pacientes com doença arterial coronária deveria iniciar programas de exercícios personalizados para obtenção de uma saúde física e emocional ideal. Esses programas devem ser concentrados na modificação dos fatores de risco utilizando dieta, drogas e exercícios para controlar distúrbios dos lipídios séricos e a hipertensão arterial sistêmica. Com a abordagem da reabilitação é possível se observar uma discreta regressão da doença e uma menor incidência de ruptura da placa aterosclerótica, que é uma das principais causas de infarto do miocárdio.¹⁷ Em geral, todos os estudos preliminares mostram que, para cada redução de 1mg/dl de colesterol das lipoproteínas de baixa densidade no plasma, ocorre uma redução aproximada de 2% na taxa de mortalidade por cardiopatia aterosclerótica. Por conseguinte, as medidas preventivas irão se mostrar de grande valia na redução da incidência de ataques cardíacos.¹⁹

Em um estudo realizado na Paraíba onde utilizou-se 21 indivíduos do sexo masculino verificou-se que um grupo submetido a atividade aeróbica durante 2 meses, com frequência

de 3 vezes por semana, foi possível verificar a diminuição de colesterol total, LDL-colesterol, triglicerídeos e manutenção dos valores de HDL-colesterol. Concluindo que a atividade física regular e orientada é um importante pilar de controle e prevenção das dislipidemias.²⁰

Envelhecimento saudável e atividade física são dois conceitos fortemente associados pois manter-se ativo retarda os efeitos do envelhecimento e resulta numa melhor qualidade de vida. A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, portanto voluntária, que resulte num gasto energético, acima dos níveis de repouso. Inclui desde as AVDs (atividades da vida diária) até as atividades esportivas e de lazer como dança, caminhadas, entre outros. Já a aptidão física pode ser definida como a capacidade que um indivíduo possui para realizar atividades físicas.²¹

É relevante salientar que, mesmo na ausência de aumento de peso corporal, há um aumento na quantidade de gordura corporal que acompanha o envelhecimento. Esse aumento implica uma significativa diminuição no número de fibras musculares de contração rápida. Em mulheres, principalmente, com a atividade física regular, o tecido adiposo se distribui de maneira mais homogênea, pelo gasto de energia dispensado, podendo interferir na auto-estima e melhorando assim a qualidade de vida.²²

Outro aspecto importante e que se deve ter em mente é que para se alcançar efeitos benéficos da atividade física, a participação regular e contínua nos devidos programas é fundamental, podendo ser rapidamente revertidos pelo retorno à inatividade. Portanto, cada vez mais, podemos avaliar que os idosos estão preocupados com a saúde, embora tenham aqueles que ainda não se cuidam, mas a maioria tem a consciência que o corpo saudável traz uma vida mais longa e longe de problemas patológicos. Atividades leves e moderadas, passeios, viagens, cursos, todos são exemplos de atividade física que podem ser seguidas pelos idosos, sempre acompanhadas por um profissional da área da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da obesidade mostrou a complexidade dos problemas de saúde contemplando as doenças de cada segmento em particular. Apesar de se tratar de uma condição clínica individual, é vista, cada vez mais, como um sério crescente problema de saúde pública. O excesso de peso predispõe o organismo há uma série de doenças.

No entanto é importante destacar que a obesidade é uma doença na qual a reserva natural de gordura aumenta até o ponto que passa há estar associada a certos problemas de saúde ou ao aumento da taxa de mortalidade. Contudo, é indispensável a avaliação clínica e nutricional para identificar as alterações biológicas que não são decorrentes do processo de envelhecimento normal ou em decorrência da obesidade.

Por fim, a atividade física é recomendada no combate contra a obesidade, retardando os efeitos do envelhecimento resultando numa melhor qualidade de vida. A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, portanto voluntária, que resulte num gasto energético, acima dos níveis de repouso, prevenindo assim que se agravem as conseqüências da obesidade na vida do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública [periódico na internet]. 1997 Apr [citado 2009 Aug 27] ; 31(2): 184-200. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200014&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89101997000200014.
2. Cabrera MAS., Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. Arq Bras Endocrinol Metab [periódico na Internet]. 2001 Out [citado 2009 Ago 27] ; 45(5): 494-501. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000500014&lng=pt. doi: 10.1590/S0004-27302001000500014
3. WHO Consultation on Obesity. Obesity: Prevention and Managing: The Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June 1997.
4. Monteiro CA, Mondini L, Medeiros de Souza AL, Popkin BM. The nutrition transition in Brazil. Eur J Clin Nutr 1995; 49: 105-13.
5. Eberwine D. Globesity: the crisis of growing proportions. The magazine of the Pan American Health Organization 2002; 7:4.
6. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA.. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. Arq. Bras. Cardiol. [periódico na Internet]. 2008 Jul [citado 2009 Ago 27]; 91(1): 1-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300001&lng=pt. doi: 10.1590/S0066-782X2008001300001.
7. Cabrera MAS. Abordagem da obesidade em pacientes idosos. In: Jacob Filho W, organizador. Promoção da saúde do idoso. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p. 93-108.
8. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation Group on Obesity. Geneva; 1998.
9. Schieri R. Epidemiologia da obesidade. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998.
10. Monteiro CA, Mondini L, Costa R L. Mudanças na composição e adequação da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). Rev Saúde Pública 2000; 34 (3): 251- 8.
11. Marques APO., Arruda IKG. de, Espírito Santo ACG, Raposo MCF., Guerra MD, Sales TF. Prevalência de obesidade e fatores associados em mulheres idosas. Arq Bras Endocrinol Metab [periódico na Internet]. 2005 Jun [citado 2009 Ago 27] ; 49(3): 441-448. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000300017&lng=pt. doi: 10.1590/S0004-27302005000300017
12. Da Cruz IBM, Almeida MSC, Schwanke CHA, Moriguchi EH. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. Rev. Assoc. Med. Bras. [periódico na Internet]. 2004 Abr [citado 2009 Ago 28] ; 50(2): 172-177. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200034&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-42302004000200034.
13. Monteiro CJ. Obesidade: diagnóstico, métodos e fundamentos. In: Harpen A, et al, organizador. Obesidade. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
14. Santos DM, Sichert R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2005 Abr [citado 2009 Ago 27] ; 39(2): 163-168. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200004&lng=pt. doi: 10.1590/S0034-89102005000200004.
15. Harris MI. Impaired glucose tolerance in the US population. Diabetes Care 1999; 12(2): 464 – 474.
16. Bouchard C. Atividade física e obesidade. São Paulo: Manole, 2003.
17. Wilmore JH, Costill DL. Fisiologia: do esporte e do exercício. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2001.
18. Gersh BJ, Braunwald E, Rutherford, JD. Doença da artéria coronária. In: Tratado de Medicina Cardiovascular. 5ª ed. v.2. São Paulo: Roca; 1999.
19. Guyton, Hall. Tratado de Fisiologia Médica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

20. Passos CS. et al. Influência de um programa de exercícios aeróbicos nas taxas séricas de colesterol e triglicerídeos. In: Congresso Internacional de Fisioterapia, 2003, Fortaleza, Anais... Fortaleza: FIC; 2003.
21. Okuma SS. O idoso e a Atividade Física: Fundamentos e Pesquisa. 2^a ed. Campinas: Papyrus; 1998.
22. Meirelles MEA. Atividade Física na Terceira Idade: uma abordagem sistêmica. Rio de Janeiro: Sprint; 1997.

IMPACTO NEUROPSICOLÓGICO EM IDOSOS SAUDÁVEIS SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Adriana Cristine Fonseca Mozzambani¹; Cristiane de Paula Felipe²; Simone Ferro Pataro³

¹Professora e coordenadora do programa de estimulação cognitiva no age vida ativa na maturidade. Neuropsicóloga e mestre em neurociências pela Universidade Federal de São Paulo.

²Coordenadora geral do age vida ativa na maturidade, neuropsicóloga e especialista em gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo.

³Assistente social do age vida ativa na maturidade, mestranda em ciências da saúde pelo IAMSPE e especialista em gerontologia pela USP.

Correspondências para:

Adriana Cristine Fonseca Mozzambani. Rua Josefina Arnoni, 271, Tremembé, São Paulo, SP, Brasil. Tel.: (11) 2262-3661 / (11) 9919-4868 / fax. 3554-3661. E-mail: a.mozzambani@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: No processo de envelhecimento podem ocorrer *déficits* cognitivos que afetam o bem estar e a qualidade de vida das pessoas. Pensando no impacto deste fenômeno, o presente trabalho teve por objetivo a criação de um programa de estimulação cognitiva para idosos saudáveis e avaliar o desempenho através de testes neuropsicológicos. **Metodologia:** O projeto de estimulação cognitiva possui 3 oficinas e duração aproximada de 8 meses, composto de aulas teóricas expositivas, jogos e exercício diversos. Os idosos foram avaliados em dois momentos: pré e pós-oficinas através de testes neuropsicológicos. Os testes selecionados para este estudo foram: 1) mini exame do estado mental; 2) fluência verbal – categoria animais e; 3) teste do desenho do relógio. **Resultados e Conclusões:** Nossos dados sugerem que houve benefícios no desempenho dos idosos após o programa de estimulação. Pudemos observar aumento de habilidades cognitivas no teste mini exame do estado mental e na fluência verbal.

Descritores: Envelhecimento, Memória, Prevenção, Cognição, Neuropsicologia.

ABSTRACT

Objective: In the aging process may occur cognitive deficits that affect the well being and quality of life? Thinking of the impact of this phenomenon, this study aimed to establish a program of cognitive stimulation for healthy elderly and assess performance through neuropsychological tests. **Methods:** The project of cognitive stimulation has three workshops and last approximately eight months, consisting of expository lectures, games and various exercises. We evaluated elderly at two moment's pre and post workshops through neuropsychological tests. The tests selected for this study were: 1) Mini Mental State Examination, 2) verbal fluency - animal category, 3) clock drawing test. **Results and Conclusions:** Our records suggest that there are benefits on performance of elderly people after the stimulation program. We observed an increase in cognitive abilities on the mini mental state examination test and verbal fluency.

Keywords: Aging, Memory, Prevention, Cognition, Neuropsychology.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno crescente, segundo a Anasp (Associação Nacional dos Servidores da Previdência e da Seguridade Social, 1988), estima-se que a população acima dos 60 anos cresce em média 3,5% ao ano e, poderá quadruplicar entre 2000 e 2050, atingindo 25% da população em 2050.

O conceito de envelhecimento bem sucedido define que a velhice é caracterizada pelo bom funcionamento físico e cognitivo, pelo envolvimento com a vida, pela ausência de doenças incapacitantes e pelo controle de doenças crônicas¹.

Dentre vários fatores importantes para se obter qualidade de vida, também é necessário o desenvolvimento do potencial cerebral, que é responsável pela manutenção da vida, emoções, capacidade de raciocínio e solução de problemas. A memória também exerce importância sobre a autonomia e independência na vida cotidiana.

O cérebro é capaz de melhorar seu desempenho quanto mais for utilizado, independente do fator idade. A perda da memória não estaria relacionada apenas às alterações anátomo-fisiológicas, mas também, à diminuição do exercício cognitivo e da motivação no processo de aprendizagem e memória².

O desafio da neurociência atual é fazer a diferenciação entre o envelhecimento normal do cérebro e o envelhecimento patológico. Apesar de nascermos com cerca de cem bilhões de neurônios estima-se que cerca de cem mil morrem a cada dia, estas perdas podem ser compensadas através do fortalecimento das sinapses. Esta plasticidade é fundamental à medida que envelhecemos, pois, há profundas alterações nos neurotransmissores que comprometem importantes funções do cérebro como memória e raciocínio.

O envelhecimento predispõe a diversas condições de adoecimento, com repercussão sobre a capacidade funcional, dentre estas, os transtornos cognitivos que levam a *déficits* atencionais e de memória³.

À medida que envelhecemos, assim como o corpo, o cérebro também apresenta lentificação da condução nervosa; se estimularmos as reservas cognitivas talvez haja possibilidade de adaptar estratégias de compensação, possibilitando ao idoso um desenvolvimento cognitivo mais eficaz.

Uma explicação para as alterações de memória no envelhecimento se refere a *déficits* na recordação, no momento da evocação. Com o avançar da idade haveria uma diminuição na

força de ligação das conexões entre nódulos cerebrais, ficando mais lentas e o nível da ativação dos nódulos estaria menor. Entretanto, estes *déficits* seriam compensados se as conexões fossem freqüentemente ativadas, ou se os nódulos recebessem ativação de múltiplas conexões⁴.

O cérebro funciona através de estímulos que chegam do ambiente, estas informações se transformam em descargas elétricas passadas de neurônio para neurônio através das sinapses. Com exercícios de estimulação cerebral talvez seja possível fortalecer estas sinapses melhorando o desempenho em determinadas tarefas, aproveitando o potencial cognitivo em funções como memória, criatividade, raciocínio, fazendo com que os idosos fiquem mais suscetíveis ao aprendizado.

Pesquisas recentes sobre treinamento de memória evidenciam que a memória permanece plástica mesmo em idades avançadas, e até certo ponto, o desempenho de idosos pode ser aprimorado⁵.

No Brasil, é necessário desenvolver estudos sobre os benefícios que programas de treinamento cognitivo trazem aos idosos. O envelhecimento induz a inatividade e a pouca requisição de processos cognitivos pode acelerar a degeneração psicobiológica⁶.

As capacidades físicas e mentais podem ser estimuladas, mantidas e até mesmo recuperadas quando a perda for causada por falta de atividade, ou predomínio de atividades pouco desafiadoras no cotidiano¹.

Levando em consideração a queixa dos idosos de declínio cognitivo em importantes funções como memória, atenção e raciocínio criamos um programa de estimulação para pessoas acima de 50 anos visando prevenção, melhor qualidade de vida, independência e autonomia. Os idosos foram pré - avaliados através de testes neuropsicológicos e, após o programa foram re-avaliados para verificar se houve alterações no desempenho.

As pesquisas atuais apontam para a concepção das potencialidades, ou seja, a capacidade de reserva cognitiva pode ser mobilizada ou melhorada com treinamento⁷.

Quando as pessoas fortalecem seu cérebro por meio de exercícios mentais, experimentam melhora da memória, pensam com mais agilidade e captam com mais eficiência conceitos mais abstratos⁸.

OBJETIVOS

Construção de um programa de estimulação para idosos acima de 50 anos visando prevenir declínios em importantes funções cognitivas e analisar modificações nas habilidades mentais através de testes neuropsicológicos após 30 aulas.

MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

O enfoque do trabalho foi de uma pesquisa do tipo piloto observacional, os idosos foram examinados em dois momentos, com intervalo aproximado de 8 meses. Os critérios de inclusão foram: ter mais de 50 anos e apresentarem queixas de *déficits* na memória, atenção e/ou raciocínio.

Foram excluídos os sujeitos que faziam uso de álcool e outras drogas; portadores de lesões cerebrais; portadores de esquizofrenia e outras doenças psiquiátricas; portadores de demências.

O programa foi composto por 30 aulas de 1h e 30 minutos, dividido em 3 oficinas com duração aproximada de 8 meses. O trabalho oferece aulas teóricas, jogos que estimulam funções cognitivas, aprendizagem de estratégias compensatórias para memória de curto prazo e exercícios que beneficiam funções como: as diversas memórias, atenção, concentração, lógica, raciocínio, abstração entre outras funções executivas.

O presente projeto teve por base a teoria de otimização seletiva com compensação. É um processo que abrange todo o curso da vida, por causa da perda nas capacidades de reserva com o envelhecimento é necessário selecionar domínios críticos da vida para serem preservados, então ocorrerá o desafio de procurar novos caminhos compensatórios. Este

modelo representa uma exemplificação da adaptação às condições da velhice, as quais incluem domínio e progresso⁷.

Os testes neuropsicológicos foram aplicados no momento da inscrição do sujeito na oficina I (etapa pré-oficina), e ao término de todas as etapas, ou seja, após 30 aulas foram re-aplicados (etapa pós-oficina).

A aplicação ocorreu nos consultórios do Age - vida ativa na maturidade respeitando sigilo profissional. O Age é um programa que oferece atividades voltadas à cultura, lazer e saúde proporcionando às pessoas acima de 50 anos uma vida ativa na maturidade, de modo que possam se exercitar e desenvolver novos conhecimentos e habilidades.

Os instrumentos foram aplicados individualmente pelo pesquisador treinado iniciando com o teste mini exame do estado mental, padronizado para a população brasileira⁹, que se refere à coleta de dados agrupados em categorias como: 1) orientação tempo – espacial (10 pontos); 2) retenção de dados (3 pontos); 3) atenção através de cálculos matemáticos (5 pontos); 4) memória de curto prazo (3 pontos); 5) linguagem e comando (8 pontos); 6) habilidade visuoespacial (1 ponto). O escore pode variar de 0 a 30 pontos, geralmente possui ponto de corte 24, escores abaixo deste valor indicam possíveis casos de demência¹⁰.

Para avaliação da memória semântica optamos pelo teste de fluência verbal - categoria animal¹¹. A memória semântica é o conhecimento geral sobre o mundo dos fatos, das palavras. O teste consiste na avaliação de categorias semânticas pré-definidas, como por exemplo, animais. Solicita-se ao sujeito que enumere o máximo de animais ("bichos") em 1 minuto cronometrado. A pontuação mínima obtida por idosos com 8 anos ou mais de escolaridade e analfabetos é, respectivamente, 13 e 9.

O teste do desenho do relógio também fez parte da triagem cognitiva pela sua simplicidade. Avalia a compreensão, memória, noção espacial, abstração, planejamento, concentração e habilidades visuoespaciais. Consiste em solicitar ao paciente desenhar os números do relógio marcando determinada hora. O teste é considerado completo quando o

paciente desenha todos os números do relógio, especialmente bem distribuídos e os ponteiros marcando (11:10). O teste não é cronometrado, esta avaliação é utilizada em diversas línguas e contextos. A Interpretação do teste se refere a: 0 pontos - inabilidade absoluta de representar o relógio; 1 ponto - o desenho tem algo a ver com o relógio, mas com desorganização visuo-espacial grave; 2 pontos - desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso; 3 pontos – distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora; 4 pontos - Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos; 5 pontos - relógio perfeito¹².

Quanto aos aspectos éticos, para todos os sujeitos foi esclarecido a participação no estudo sem obrigatoriedade, sem benefícios diretos, os objetivos, sigilo dos dados pessoais e apresentado termo de consentimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os idosos que participaram das oficinas concluíram ensino superior e obtiveram 28 pontos no teste mini exame do estado mental pré-oficina demonstrando bom desempenho em diversas habilidades cognitivas, entretanto, a maioria apresentou prejuízo na recordação de palavras que representam a categoria memória de curto prazo neste instrumento.

Os múltiplos sistemas mnemônicos podem ser independentemente afetados pelo envelhecimento, o declínio ocorre principalmente na memória de curto prazo. A recordação é dificultada ou propensa a erros impedindo acesso ao alvo principal, o mecanismo de inibição do processamento de informações se torna ineficiente com o envelhecimento¹³.

Observamos aumento de 1 ponto no teste mini exame do estado mental após o término das oficinas, ou seja, de 28 para 29. Este resultado, segundo relatos e pós teste sugerem que os sujeitos aplicaram estratégias mnemônicas aprendidas durante o processo de estimulação. Este aumento denota que os idosos colocaram em prática a estratégia de associação livre

criando histórias que pudessem facilitar a recordação das palavras, minimizando as dificuldades apresentadas anteriormente através de mecanismos adaptativos. O envelhecimento bem sucedido admite perdas e mecanismos compensatórios a estas perdas¹⁴.

Uma pesquisa investigou o efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis sobre o teste mini exame do estado mental aplicado antes e após a estimulação. Os resultados mostraram que houve um aumento de 27,5 pontos no período pré para 28,0 no período pós, ou seja, houve melhora no desempenho cognitivo em idosos após estimulação⁶.

O treinamento de estimulação cognitiva pode compensar as perdas de memória decorrentes do envelhecimento, indicando haver uma plasticidade no funcionamento cerebral em idosos¹⁵.

Num estudo realizado por Baltes¹⁶, idosos e jovens receberam treinamento de memória e foi possível observar um ganho no desempenho de ambos os grupos após a otimização de habilidades, corroborando pesquisas sobre plasticidade cognitiva. Apesar da aquisição de novas informações ser mais lentificada em idosos devido ao envelhecimento, este entre outros estudos demonstram que após estimulação cognitiva, os idosos podem aprender novas habilidades¹⁷.

Outras pesquisas mostram que intervenções envolvendo técnicas de memorização podem gerar efeitos positivos e duradouros em idosos, principalmente se empregadas em grupo¹⁸.

Quanto ao teste do desenho do relógio não houve alterações relevantes. No teste de fluência verbal observamos que os idosos enumeraram 15 animais na etapa pré-oficina aumentando para 19 animais na etapa pós-oficina.

Durante todo o processo estimulamos a memória semântica visando prevenir declínios nesta importante função através de jogos e exercícios focados. As memórias declarativas semânticas contêm informações a respeito do ambiente que nos rodeia e da qual somos capazes de lembrar sem saber como, quando e/ou onde a adquirimos¹⁹. Esta memória é co-

participação partilhada do significado de uma palavra, que possibilita às pessoas manterem conversas devido o conhecimento geral que possuem do mundo, envolvendo conceitos atemporais²⁰.

Pesquisas apontam que pode haver efeitos positivos no desempenho cognitivo de idosos quando ocorre uma estimulação continuada, podendo contribuir na prevenção do declínio de determinadas funções³.

A teoria de otimização cognitiva comporta a noção de potencialidades, limites e condições de equilíbrio entre ganhos e perdas. Trabalhos desenvolvidos em oficinas de memória têm abordagem teórico-vivencial, priorizam a assimilação de conhecimentos e estimulação mental, bem como, a construção de novas estratégias cognitivas que proporcionam uma melhoria das condições de saúde. Esta teoria se revela como um caminho de prevenção e adiamento do declínio em importantes funções, favorecendo a autonomia e conquista de melhor qualidade de vida³.

Programas de treinamento de memória promovem aprimoramento de habilidades na velhice e, talvez possam remediar perdas mnemônicas decorrentes da idade indicando plasticidade neuronal²¹.

CONCLUSÃO

Nossos dados sugerem que houve melhora no desempenho cognitivo dos idosos submetidos à estimulação, devido aumento na pontuação dos testes mini exame do estado mental e fluência verbal. As oficinas de estimulação cognitiva talvez possam proporcionar orientação e aprendizagem para o enfrentamento dos idosos às dificuldades cognitivas que têm impacto na vida diária.

Há um crescimento do número de idosos saudáveis na população brasileira formando neste cenário a necessidade de programas que objetivam prevenção de declínios cognitivos e melhora da qualidade de vida. Outros estudos podem ser realizados para verificar a melhora

do desempenho em funções cognitivas através de testes neuropsicológicos em idosos saudáveis submetidos a programas de estimulação.

REFERÊNCIAS

1. Rowe JW, Kahn RL. The structure of successful aging. In: Successful aging. New York: Dell Publishing, 1998; p. 36-52.
2. Lee PM. Pense melhor, viva melhor: um guia prático de ginástica cerebral. Trad. Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Salamantra, 1989.
3. Guerreiro T, Caldas CP. Memória e demência: (re) conhecimento e cuidado. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.
4. Salthouse TA. Theoretical perspectives on cognitive aging. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1991.
5. Stigsdotter NA, Backman L. Long-term maintenance of gains from memory training in older adults: Two 3.5-year follow-up studies. *Journal of Gerontology*. 1993, 48(5): 233-237.
6. Souza NJ, Chaves EC. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis, 2005; 39(1): 13-19. *titivo: potencialidades e limites*
7. Baltes PB. Envelhecimento cognitivo: potencialidades e limites. Trad. Anitas L. Neri. São Paulo, *Revista de Gerontologia*, 1994 mar; 2(1).
8. Goldman R, Klatz R, Berger L. A saúde do cérebro - estratégias antienvelhecimento para a memória, a concentração e a criatividade em todas as idades. Rio de Janeiro, Campus, 1999.
9. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatric.*, 1994; 52(1):1-7.
10. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *JAGS* 1992; 40(9): 922-935.
11. Spreen O, Benton AL. Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia (NCCEA). Victoria: University of Victoria, 1977.
12. Shulman KI, Gold DP, Cohen CA, Zucchero CA. Clock - drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1993; 8: 487-496.
13. Cohen G. Memory and learning in normal aging, in: Woods RT (ed.), *Handbook of the Clinical Psychology of Aging*. Chichester: John Wiley e Sons, 1996; 43-58.
14. Baltes MM. Successful ageing. In: Ebrahim S, Kalache A (Ed.). *Epidemiology in old age*. London: BMJ Publish Group, 1996.
15. Stigsdotter NA, Backman L. Multifactorial memory training with older adults: how to foster maintenance of improved performance. *Gerontology*, 2000; 35: 260-267.
16. Baltes, Smith Kliegl. Testing-the-limits and the study of age differences of a mnemonic skill. In: *Developmental Psychology*, 1989; 25: 247-256.
17. Brigman D, Cherry KE. Age and skilled performance: contributions of brain and cognition, 2002; 50: 242-256.
18. Yassuda MS. Memória e o envelhecimento saudável. In: Freitas EV, et.al., *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
19. Lent R. *Neurociência da mente e do comportamento*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.
20. Miranda ACD, Nunes IH, Silveira RM, Fialho FAP, Santos N, Machado EAC. A importância da memória de trabalho na gestão do conhecimento. *Ciências e Cognição*, 2006; 9: 111-119.
21. Lasca VB. *Treinamento de memória no envelhecimento normal: efeitos de um programa aplicado a idosos*. Campinas, SP, 2003.