

U
n
A
T
I

REVISTA
AMAZONENSE DE
GERIATRIA E
GERONTOLOGIA
*Amazon Journal of
Geriatric and
Gerontology*

Volume 6. Número 1. jan-jun / 2015



ISSN 1983-6929



**REVISTA AMAZONENSE
DE
GERIATRIA E
GERONTOLOGIA**
*Amazon Journal of Geriatric and
Gerontology*

Volume 6. Número 1. jan-dez / 2014-2015.



UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

Editor / Editor

Euler Esteves Ribeiro

Editores Associados / Associated Editors

Claudio do Carmo Chaves

Ivana Beatrice Mânica da Cruz

Editor Executivo / Executive Editor

Terezinha Lima Silva

Assessoria Executiva/ ExecutiveBoard

Carlos Augusto Hossaine do Nascimento

Kennya Marcia Mota

Stella Regina Folhadela Torres

Terezinha Lima Silva

Grupo de Assesores Científicos /

ScientificAdvisoryBoard

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 Moriguchi – IGG/ PUC/RS

Colaborações / Contributions

Jefferson de Souza

Marcia Batista Santoro

José Maria Affonso Holanda

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. Universidade Aberta da Terceira Idade

(UnATI/UEA). Av. Brasil, s/n. Compensa.

CEP: 90610-000 Manaus /AM. Telefone: (92) 98121 6435.

E-mail: unatiterezinha@gmail.com

Governador do Estado do Amazonas

JOSÉ MELO DE OLIVEIRA

Vice-Governador do Estado do Amazonas

JOSÉ HENRIQUE OLIVEIRA

Reitor da Universidade do Estado do

Amazonas

CLEINALDO DE ALMEIDA COSTA

Vice-Reitor da Universidade do Estado do

Amazonas

MÁRIO AUGUSTO BESSA DE

FIGUEIREDO

Pró-Reitor de Administração

MARCOS ANDRÉ FERREIRA ESTÁCIO

Pró-Reitor de Planejamento

FABIANA LUCENA OLIVEIRA

Pró-Reitor de Graduação

LUCIANO BALBINO DOS SANTOS

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

VALTEIR MARTINS

Pró-Reitor de Extensão e Assuntos

Comunitários

ANDRÉ LUÍS NUNES ZOGAHIB

Diretor da UnATI/UEA

EULER ESTEVES RIBEIRO

Projeto Gráfico, Capa e Editoração Eletrônica.

Renan Gomes Moraes

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte, nos termos da Lei No. 9.610/98 que regulamenta os direitos autorais e conexos.

FICHA CATALOGRÁFICA

Categoria: Coleções de Estatísticas

Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia

Amazon Journal of Geriatric and Gerontology

Manaus – Amazonas, 2015

Universidade do estado do Amazonas, Escola Superior de Saúde, Universidade Aberta da Terceira Idade.

Centro de Referência, Documentação e Informação.

– Manaus, v. 6 n 1 (jan-dez,2014- 2015). Semestral

Resumos em Português e Inglês.

ISSN 1983-6929 (versão impressa)

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

CDU 612.67(05)

Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI). Av. Brasil, s/n. Compensa. CEP: 90610-000

Manaus /AM. Telefone: (92) 98121 6435. E-mail:

unatiterezinha@gmail.com

SUMÁRIO

Página 7 _____
Editorial

Página 9 _____
Deficiência de Ácido Fólico e Vitamina B12 em Idosos. Folic Acid And Vitamin B12 Deficiency In Elderly
Fabiana Henriques Goularte, Samilla Roversi Guiselli, Paula Engroff, Luísa Scheer Ely, Geraldo Attilio De Carli.

Página 27 _____
La Epidemiología del Envejecimiento en América Latina y el Caribe
The Epidemiology of Aging in Latin America and the Caribbean
Maria Luiza de Andrade Picanço Meleiro, Selma Barboza Perdomo, Natálie Picanço de Medeiros

Página 45 _____
Prevalência de Osteopenia-Osteoporose em Idosas, Participantes das Atividades da UnATI/UEA, na Cidade de Manaus-Amazonas
Santoro, Marcia Batista Silva-Lima, Terezinha, Nascimento, Vanusa.

Página 63 _____
Prognóstico do Mal de Alzheimer em Idosos Futuros da Cidade De Manaus
Juliana Batista Lima, Silva-Lima, Terezinha, Marcia Batista Santoro, Euler Esteves Ribeiro, Vanusa Nascimento, Kennya Mota, Ivana Cruz.

Página 83 _____
Envelhecimento e Qualidade de Vida Familiar no Âmbito da Universidade da Terceira Idade, em Manaus.
COSTA, Michelle Silva; RIBEIRO, Euler Esteves; SILVA, Adan Renê Pereira; PRAIA, Raquel de Souza; ARAÚJO, Arthenize Riame Praia; NETA, Inez Siqueira Santiago; RIBEIRO, Ednéia Aguiar Maia; OZORES, Juliana Maria Brandão

Página 103 _____
A Importância da Assistência Domiciliar como ferramenta de subsídio para o projeto Saúde em Casa que assiste o idoso acima de 70 anos longevo. ARAÚJO, Arthenize Riame Praia; RIBEIRO, Ednéia Aguiar Maia; PRAIA, Raquel de Souza; OZORES, Juliana Maria Brandão; NETA, Inez Siqueira Santiago; COSTA, Michelle Silva.

EDITORIAL

Perspectivas Futuras para o Envelhecimento que se Anuncia

Envelhecer é privilégio. Contudo se desde bem cedo, ainda bem jovem a escola e a sociedade instrumentalizarem os cidadãos com os recursos que são fundamentais para o aprendizado do processo natural do envelhecimento, fazendo com que jovens conscientizados da necessidade de não transgredir as regras, cuidando do estilo de vida, com certeza irão envelhecer sem desvios da sua saúde, e como o envelhecimento se deve à aceleração da morte celular, teremos o prolongamento da capacidade de se multiplicar destas células, ultrapassando a velha esperança de vida destas. Assim a vida poderá vir a se prolongar com qualidade: saúde, memória preservada, equilíbrio, humor mantido, sexualidade presente e ativa, sono inabalado, vivendo com prazer e promovendo prazer a todos ao seu redor.

A melhor parte é que isso não é sonho. Em 2009 os Cientistas americanos Elizabeth H. Blackburn, Jack W. Szostak e Carol W. Greider foram laureados com o prêmio Nobel de fisiologia e medicina, por terem solucionado o problema da replicação das pontas do DNA. Graças a eles, isso significa, que hoje é possível, sabermos qual o mecanismo utilizado pelas células para impedir o encurtamento dos cromossomos, por uma enzima denominada de Telomerase. São enzimas estruturadas do DNA, que cada vez que as células se multiplicam os cromossomos se encurtam, até chegar o momento que este encurtamento não permita mais multiplicação desta célula

e com isto acontecer o fenômeno de “apoptose” que é a morte celular e quando a maioria das células entram em apoptose, a finitude chega.

Apesar do processo de envelhecimento e morte serem muito mais complexos, a descoberta acima é um importante eixo, já que com a Telomeras e controlada, teoricamente as células não entrariam mais em apoptose e a finitude deixará de existir! Viveremos para sempre? Assim, apostamos que neste século a "IMORTALIDADE" pode ser uma possibilidade.

Quem viver verá!

Dr. Euler Esteves Ribeiro M.D. PhD
Geriatra e Gerontologo

DEFICIÊNCIA DE ÁCIDO FÓLICO E VITAMINA B₁₂ EM IDOSOS FOLIC ACID AND VITAMIN B₁₂ DEFICIENCY IN ELDERLY

Fabiana Henriques Goularte¹, Samilla Roversi Guiselli¹, Paula Engroff², Luísa Scheer Ely², Geraldo Attilio De Carli³

¹ Graduanda da Faculdade de Farmácia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul;

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

³ Professor do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Correspondências para: Fabiana Henriques Goularte Endereço: Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. Av. Ipiranga, 6690 3º andar – Jardim Botânico, 90610-000 / Porto Alegre / RS. Telefone: (51) 3320-3000 Ramal: 2660. E-mail: fabihgou@hotmail.com

RESUMO

O ácido fólico e a vitamina B₁₂ são micronutrientes essenciais para a saúde humana, sendo sua deficiência relacionada a diversas patologias. O ácido fólico exerce importante papel no desenvolvimento do sistema nervoso central, no metabolismo de neurotransmissores e na preservação da memória com o avanço da idade. Sua carência pode causar anemia megaloblástica, alterações bioquímicas, aumento do fator de risco para doenças cardiovasculares, entre outros. A vitamina B₁₂, além de facilitar o metabolismo do ácido fólico, é necessária para todas as células que sintetizam o DNA. A sua deficiência pode causar neuropatia periférica, anomalias hematológicas e alterações do estado mental. As modificações fisiológicas que ocorrem no envelhecimento, o uso de medicamentos e doenças crônicas

são fatores que predisõem ao aumento no risco da deficiência destas vitaminas. Visando a relevância destes micronutrientes na população idosa, este trabalho revisa a importância das vitaminas B₉ e B₁₂ e as consequências na saúde do idoso. Essa revisão permitiu concluir que é fundamental manter os níveis normais de vitamina B₁₂ e ácido fólico para a prevenção das patologias associadas a estas deficiências no paciente idoso.

Descritores: Deficiência de Vitamina B₁₂; Deficiência de Ácido Fólico; Idoso.

ABSTRACT

The folic acid and vitamin B₁₂ are essential micronutrients for human health, with its deficiency related to several diseases. Folic acid has an important role in the development of central nervous system, metabolism of neurotransmitters and the preservation of memory with increasing age. Its deficiency may cause megaloblastic anemia, biochemical changes, increased risk factor for cardiovascular diseases, among others. Vitamin B₁₂, besides facilitating the metabolism of folic acid is necessary for all cells which synthesize the DNA. Its deficiency may cause peripheral neuropathy, hematological disorders and altered mental status. The physiologic modifications that occur during aging, drug use and chronic diseases are factors that predispose to increased risk of deficiency of these vitamins. Aiming the relevance of these micronutrients in the elderly population, this study reviews the importance of vitamins B₉ and B₁₂ and the consequences on the health of the elderly. This review concluded that it is essential to maintain normal levels of vitamin B₁₂ and folic acid for prevention of diseases associated with these deficiencies in the elderly.

Keywords: Vitamin B₁₂ Deficiency; Folic Acid Deficiency; Aged.

INTRODUÇÃO

A baixa ingestão diária de vitamina B₁₂ (cobalamina) e vitamina B₉ (ácido fólico ou folato) vem se tornando um problema de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, agravada ainda mais na população

idosos¹. Estima-se que a prevalência da carência de vitamina B₁₂ na população idosa tem uma variação entre 5-25%^{2,3}.

Evidências clínicas apontam que todas as vitaminas do complexo B têm participação fundamental no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. Elas atuam de diferentes formas e em diversos sistemas enzimáticos, mas sempre participam como coenzimas na ativação de inúmeros processos metabólicos. Dentre elas as vitaminas B₁₂ e B₉ são micronutrientes essenciais para a saúde humana, sendo sua deficiência relacionada não somente com anemia macrocítica, mas também com outras doenças como a demência, neuropatia periférica, degeneração subaguda combinada e doenças cardiovasculares⁴⁻⁶. O metabolismo do folato e da vitamina B₁₂ está intimamente correlacionado⁷. Ambas são necessárias para a metilação da homocisteína em metionina e para outras reações de metilação envolvendo o metabolismo de neurotransmissores. Postula-se que um defeito no processo de metilação seja o motivo central para a base bioquímica dos distúrbios neuropsiquiátricos dessas deficiências vitamínicas. Enquanto a deficiência de folato geralmente causa depressão, a deficiência de vitamina B₁₂ está associada à neuropatia periférica. Ambas causam demência e deficiência cognitiva, doenças comuns em idosos⁸. Portanto esse artigo tem como objetivo realizar uma revisão sobre a deficiência de folato e vitamina B₁₂ e suas principais consequências na saúde dos idosos.

Ácido Fólico

O ácido fólico participa da síntese de purinas e pirimidinas, compostos utilizados na formação do DNA. As coenzimas do folato são

essenciais para a transformação de unidades monocarbonadas e para maturação das hemácias e dos leucócitos na medula óssea⁹.

O folato é absorvido de fontes alimentares, como vegetais verdes folhosos, legumes, amendoim e milho^{7,8}. É encontrado nos alimentos na forma de poliglutamato e transformado em monoglutamato na mucosa intestinal, e nesta forma é absorvido no intestino delgado^{4,5,9}. A deficiência de ácido fólico está associada a uma ingestão alimentar insuficiente, às doenças de má absorção intestinal, ao uso abusivo de álcool, à anemia hemolítica, à psoríase, ao aumento da proliferação celular, à doença hepática, à nutrição parenteral prolongada e ao uso de determinados medicamentos¹⁰.

Os níveis baixos de folato estão associados a um nível elevado de homocisteína plasmática, atualmente considerada um fator de risco independente para doenças cardiovasculares. Esse nível elevado de homocisteína apresenta uma taxa de prevalência de 28 a 42 % em várias populações com doença cardiovascular e carregam risco elevado para doença vascular oclusiva prematura⁸.

Concentrações elevadas de homocisteína no cérebro estão associadas com risco aumentado de lesão cerebrovascular e neurotoxicidade. Vários são os mecanismos propostos para explicar essa relação, tais como: prejuízo da vasodilatação endotélio-dependente, inibição da enzima óxido nítrico sintetase, promoção da peroxidação lipídica, prejuízo do potencial antioxidativo celular, aumento da agregação plaquetária, inibição dos anticoagulantes naturais, ativação da apoptose neuronal e estresse oxidativo aumentado¹¹. Tchantchou & Shea¹² verificaram associação entre a deficiência do ácido fólico e a atrofia do córtex cerebral em idosos portadores da doença

de Alzheimer. O ácido fólico exerce importante papel no desenvolvimento do sistema nervoso central, no metabolismo de neurotransmissores e na preservação e integridade da memória com o avanço da idade.

A carência de ácido fólico pode causar anemia megaloblástica em curto espaço de tempo, leucopenia no hemograma, alterações bioquímicas, gerando anormalidades na transferência de unidades de carbono, que tem como principal consequência a hiper homocisteinemia, um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, e a hipometilação do DNA, podendo resultar em consequências deletérias incluindo o aumento de doenças crônicas. A primeira manifestação ocorre nas células da medula que tem sua morfologia alterada^{5,13}. A deficiência de ácido fólico também pode estar associada a sintomas depressivos seguidos de demência e neuropatia periférica. Baixos níveis de folato e seus derivados estão correlacionados à gravidade e a duração desses sintomas⁸.

Vitamina B₁₂

A vitamina B₁₂ é uma coenzima para funções fisiologicamente importantes nos seres humanos⁹. Além de facilitar o metabolismo do ácido fólico é necessária para todas as células que sintetizam o DNA, incluindo as células hematopoiéticas e nervosas. A síntese da vitamina B₁₂ não é realizada pelos humanos, portanto são completamente dependentes da dieta para sua obtenção¹⁴. As principais fontes alimentares são carnes, leite ou produtos lácteos e ovos. No estômago a vitamina B₁₂ forma um complexo com o fator intrínseco e este alcança o íleo distal, liga-se aos receptores na superfície das células epiteliais da mucosa, penetrando nestas células⁹.

A deficiência de vitamina B₁₂ pode apresentar diferentes graus de severidade que variam desde condições leves como cansaço, neuropatia sensorial, glossite atrófica e anomalias hematológicas como macrocitose e hipersegmentação de neutrófilos, até condições mais severas, incluindo anemia hemolítica, pancitopenia, esclerose combinada da medula espinhal, neuropatia periférica e alterações do estado mental¹⁵⁻²². Estima-se que 80 a 90% dos pacientes com deficiência de vitamina B₁₂ desenvolvem alterações neurológicas, se não tratados²³.

A prevalência de deficiência de vitamina B₁₂ aumenta com a idade, e a causa mais comum é a má absorção. A anemia perniciosa, a gastrite atrófica^{8,24}, o crescimento bacteriano excessivo no intestino delgado, o mau funcionamento do íleo, além do uso de certos medicamentos (metformina)²⁴(neomicina, cloreto de potássio, ácido para-aminossalicílico) e álcool⁸, podem resultar em deficiência de vitamina B₁₂. Outras causas são remoção cirúrgica do antro do estômago (pacientes gastrectomizados), tratamento crônico com medicamentos para gastrite e úlceras pépticas (bloqueadores H₂ ou inibidores da bomba de prótons) e infecções por *Helicobacter pylori*⁸.

A anemia perniciosa é um transtorno familiar sistêmico caracterizado por hematopoiese megaloblástica e neuropatia. Ela é um transtorno auto-imunológico caracterizado por atrofia das células parietais do estômago, que resulta na incapacidade de secretar fator intrínseco que é necessário para se ligar especificamente à vitamina B₁₂ extraída dos alimentos⁸.

Ácido fólico e vitamina B₁₂ no envelhecimento

Inúmeras pesquisas têm surgido a fim de discutir a importância de alguns metabólitos que teriam valores diminuídos com o envelhecimento. Allen 2009²⁵, observou que há uma correlação entre o envelhecimento e o declínio de níveis plasmáticos de vitamina B₁₂ a tal ponto que cerca de 20% daqueles com 60 anos apresentaram insuficiência desta vitamina.

Para muitos pesquisadores, doenças crônicas e inflamatórias, uso simultâneo de múltiplos medicamentos, sangramento gastrointestinal imperceptível, bem como situação econômica desfavorável, inabilidade física para compra e preparo das refeições, alcoolismo e desconhecimento do valor nutricional dos alimentos seriam outros fatores, reconhecidos como desencadeantes de inadequação e deficiência nutricional^{26,27}.

Alterações fisiológicas nas etapas de digestão, absorção e metabolismo do ácido fólico e da vitamina B₁₂, com o envelhecimento, podem resultar em prejuízos ao estado de saúde. Ainda que não haja comprovação, a redução da acidez no estômago e o conseqüente aumento do pH gástrico podem prejudicar a absorção do ácido fólico pelas células epiteliais e afetar diretamente a secreção do fator intrínseco e captação orgânica de vitamina B₁₂²⁸⁻³¹.

Os idosos estão sob o risco de desenvolver deficiência pré-clínica de vitamina B₁₂ por causa da perda do fator intrínseco e da absorção deficiente⁸. Portanto, é imperativo que a deficiência de vitamina B₁₂ seja ativamente rastreada e tratada a fim de prevenir danos neurológicos permanentes.

A ação da vitamina B₁₂ no organismo é muito ampla, e sua dosagem sérica é um exame laboratorial importante na avaliação do paciente idoso, já

que permite o diagnóstico da deficiência antes do aparecimento da anemia e dos sintomas neurológicos¹⁷.

Os valores séricos considerados como deficiência do nível de vitamina B₁₂ para idosos são menores que 148 pmol/L^{24,32-36}, no caso do folato são considerados os valores menores que 7 nmol/L^{6,10,37}

Estudos sobre ácido fólico e vitamina B₁₂ em idosos

Em estudo realizado no Chile por Sanchez et al.³⁷, em uma amostra de 1.028 idosos, 12% apresentaram déficit de vitamina B₁₂, número superior aos relatados em estudos estrangeiros e inferior ao encontrado em outros estudos de menor tamanho realizados nesse mesmo país. Clarke et al.¹⁰, no Reino Unido, mostraram que entre 3% e 28% dos adultos de 65 anos ou mais apresentaram valores menores de vitamina B₁₂. No Chile, Olivares et al.³⁸ informaram que, em maiores de 60 anos, 50,5% dos homens e 33,1% das mulheres apresentavam déficit de vitamina B₁₂.

O estudo de *Framingham*, demonstrou que em Framingham, Massachusetts, 12% dos idosos apresentavam deficiência de vitamina B₁₂¹⁷.

Andrès et al.³⁹, em estudo realizado com mais de 300 pacientes idosos com diagnóstico de deficiência de cobalamina, observaram que 60% a 70% dos idosos tinham deficiência de vitamina B₁₂ em virtude da má-absorção de cobalamina ingerida.

No Brasil, a prevalência de deficiência de vitamina B₁₂ foi demonstrada por Xavier et al.⁴⁰, em um estudo realizado em 2010 na cidade de Campinas (SP), com 500 sujeitos que tinham idade entre 30 e 59 anos e idade igual ou superior a 60 anos. Os autores puderam observar uma

prevalência de deficiência de vitamina B₁₂ entre a faixa etária dos 30-59 anos de 6,4% e naqueles com 60 anos ou mais de 7,2%.

O *Normative Aging Study* demonstrou baixo desempenho cognitivo nas habilidades de reprodução espacial em homens entre 54 e 81 anos de idade, cujos níveis elevados de homocisteína total estavam significativamente correlacionados a baixas concentrações de folato e de vitamina B₁₂⁸.

Um estudo longitudinal realizado na Suécia, em 370 pessoas saudáveis com idade média de 75 anos, mostrou que a baixa concentração nos níveis séricos de folato e/ou cobalamina, dobrou o risco de desenvolver Alzheimer durante os 3 anos de acompanhamento⁷.

Flicker e colaboradores⁴¹ em 2004 avaliaram os níveis de B₁₂, homocisteína e folato em 299 homens com 75 anos ou mais e em 273 mulheres com 70 anos ou mais, na cidade de Perth, Austrália. A deficiência de vitamina B₁₂ foi diagnosticada em 14% dos homens e em 6% das mulheres. Foram observadas concentrações de homocisteína acima do normal em 24% dos indivíduos em ambos os sexos. Os níveis de folato abaixo do normal ocorreram em 1% dos homens e em 1% das mulheres.

Johnson e colaboradores⁴², em 2003 nos Estados Unidos, ao investigarem a frequência de hiper-homocisteinemia e de deficiência de vitamina B₁₂ em idosos, verificaram que, dos 103 pacientes avaliados, 23,3% apresentavam níveis séricos de vitamina B₁₂ deficientes. Esta foi predominante associada com uma baixa cognição, anemia, e hiper-homocisteinemia.

Wahlin e colaboradores⁴³ examinaram os níveis séricos de vitamina B₁₂ e folato em uma amostra de 961 indivíduos suecos com idade entre 35 e

80 anos e encontraram uma prevalência de 2,1% de déficit de folato. Neste estudo os autores relatam que o percentual de déficit de folato permanecia estável em todas as faixas etárias ao contrário dos níveis de vitamina B₁₂ que apresentaram uma tendência crescente nos grupos etários mais idosos.

Clarke e colaboradores¹⁰ avaliaram em 2004 no Reino Unido, a prevalência de déficit de B₁₂ e ácido fólico em uma amostra de 3.511 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e encontraram valores indicativos de déficit de folato em cerca de 5% daqueles com idade até 74 anos e cerca de 10% nos idosos com mais de 75 anos.

Em estudo com uma coorte de 499 idosos não comprometidos, com idade entre 70 e 79 anos, Kado e colaboradores⁴⁴ em 1995, encontraram níveis reduzidos de folato e este parece ser um fator de risco para o declínio cognitivo, podendo ser minimizado pela ingestão de folato. Em um estudo de seguimento de 4 anos com 112 idosos com idade média de 74 anos dos quais 70 tinham diagnóstico de doença de Alzheimer, Revaglia e colaboradores⁴⁵ encontraram que níveis baixos de folato estavam associados a um risco aumentado para demência.

Um estudo realizado por Elzen et al.⁶ em 1999, nos habitantes de Leiden, na Holanda, analisaram uma população de 423 idosos com 85 anos de idade ou mais. Eles observaram que a deficiência de folato e a hiperhomocisteinemia estavam associados com o desenvolvimento de anemia. Deste modo a investigação dos níveis séricos de homocisteína também pode auxiliar no diagnóstico de deficiência de ácido fólico.

Recomendações alimentares

As recomendações dos nutrientes essenciais, para pessoas idosas, devem objetivar manter o estado ótimo da função fisiológica e prevenir as doenças e desordens dependentes da idade. A dieta normal contém entre 5 µg e 30 µg de vitamina B₁₂ por dia com a maior parte originária de alimentos de origem animal. Os vegetarianos estritos que também evitam os laticínios podem se tornar deficientes em vitamina B₁₂ devido à dieta⁸.

Recomendações de cotas alimentares preconizadas pela Dietary Reference Intakes e também pelas novas recomendações americanas, definidas como nível de consumo alimentar suficiente para satisfazer as necessidades de quase todo indivíduo saudável, compreendido na faixa etária acima de 60 anos de idade é de 400 µg/dia de folato e 2,4 µg de vitamina B₁₂^{46,47}. As Tabelas 1 e 2 mostram a quantidade de vitaminas em alguns alimentos.

Tabela1: Conteúdo de folato nos alimentos - por porção padrão de alimento. Adaptado de Cozzolino⁴⁸.

Alimentos	Peso (g)	Folato (mcg)
levedo de cerveja	16	626
fígado de boi cozido	100	220
lentilha	99	179
feijão preto cozido	86	128
espinafre cozido	95	103
amendoim	72	90
folhas de couve cozidas	90	88
alface romana	56	76
beterraba cozida	85	68
abacate	100	62
espinafre picado	30	58

mamão papaya	140	53
brócolis picado cozido	85	52
folha de mostarda cozida	70	51
amêndoa	78	50
gérmen de trigo	14	50
arroz branco cozido	79	48
ervilha verde cozida	80	47
feijão cozido	127	45
banana	118	35
salmão cozido	100	34
laranja pequena	96	29
kiwi	76	29
pão branco	30	29
couve-flor	62	28
morango fresco	152	27
vagem de ervilha cozida	80	26
milho cozido	75	25
ovo cozido	48-50	20
repolho verde cru ou cozido	75	15
leite	245	12

Tabela 2: Conteúdo de vitamina B₁₂ nos alimentos - por porção padrão de alimento. Adaptado de Cozzolino⁴⁹.

Alimentos	Peso (g)	Vitamina B₁₂ (mcg)
Bife de fígado cozido	100	112
Mariscos no vapor	100	99
Coração cozido	100	14
Salmão cozido	100	2,8
Carne bovina cozida	100	2,5

Atum cozido	100	1,8
Camarão cozido	100	1,5
Iogurte com pouca gordura	245	1,4
Leite desnatado	245	0,93
Leite integral	245	0,87
Queijo cheddar	28,4	0,24

Em 1996, a Food and Drug Administration (FDA) regulamentou a fortificação de cereais como farinha, arroz, massa e milho com 140 µg de ácido fólico por 100 g de produto com objetivo de reduzir o risco de defeitos do tubo neural em recém nascidos. Após essa regulamentação, foi observado um aumento nas concentrações de folato sérico e redução nas concentrações de homocisteína em 350 adultos e idosos participantes do Framingham Offspring Study⁴⁶.

Tratamento

No tratamento da deficiência da vitamina B₁₂, que não seja por deficiência alimentar, recomenda-se a administração intramuscular na dose de 1000 µg por semana, durante um mês, seguida de uma injeção na mesma dose por mês, pelo resto da vida¹⁷. Doses entre 125 e 500 µg/dia podem ser administradas em casos de deficiência nutricional ou má-absorção¹⁷. A reposição oral tem sido proposta, já que 1% da vitamina B₁₂ ingerida é absorvida livremente²¹⁻²³.

Caso seja diagnosticada uma deficiência de ácido fólico, o tratamento habitualmente consiste na suplementação do mesmo⁵⁰. Mas deve-se ter cuidado na administração de ácido fólico em pacientes anêmicos e com

deficiência de vitamina B₁₂, pois além de corrigir a anemia, pode piorar a disfunção neurológica^{1,8}.

CONCLUSÃO

Manter níveis normais de vitamina B₁₂ e ácido fólico em pacientes idosos é fundamental para o desenvolvimento de uma boa saúde mental. Por isso é importante que sejam feitos exames laboratoriais frequentes e avaliação médica, pois um diagnóstico precoce permite um tratamento eficaz, amenizando os danos causados pela falta dessas vitaminas.

REFERÊNCIAS

1. Clarke R. Vitamin B12, folic acid, and the prevention of dementia. *N. Engl. J. Med.* 2006;354(26):2764-2772.
2. Scientific Advisory Committee on Nutrition (SACN). Folate and disease prevention (Report). London: Food Standards Agency (UK); 2006. [citado 9 jan 2012]. Disponível em: http://www.sacn.gov.uk/pdfs/folate_and_disease_prevention_report.pdf.
3. Varela-Moreiras G, Murphy MM, Scott JM. Cobalamin, folic acid, and homocysteine. *Nutrition Reviews.* 2009;67(1):69–72.
4. Uehara SK, Rosa G. Associação da deficiência de ácido fólico com alterações patológicas e estratégias para sua prevenção: uma visão crítica. *Ver. Nutr.* 2010; 23(5):881-894.
5. Coussirat C. Prevalência de deficiência de vitamina B12 e ácido fólico e sua associação com anemia em idosos atendidos em um hospital universitário. [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010.

6. Elzen WPJ, Westendorp RG, Frölich M, Ruijter W, Assendelft WJJ, Gussekloo J. Vitamin B12 and Folate and the Risk of Anemia in Old Age. The Leiden 85-Plus Study. *Arch. Intern. Med.* 2008;168(20):2238-2244.
7. Löck J. News and Views on Folate and Elderly Persons. *J. Gerontol. A. Med. Sci.* 2003;58(A):354-361.
8. Beattie B. L., Louie V. Y. Nutrição e Envelhecimento. In Gallo JJ; Busby-Whitehead J; Rabins PV; Silliman RA; Murphy JB. *Assistência ao Idoso Aspectos Clínicos do Envelhecimento.* 5º ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan S.A.; 2001;241-258.
9. Fairbanks VF, Klee GG. Aspectos Bioquímicos da hematologia. In Burtis CA; Ashwood ER. *Tietz Fundamentos de Química Clínica.* 4º ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan S.A.; 1998;699-702.
10. Clarke R, Evans JG, Schneede J, Nexo E, Bates C, Fletcher A, et al. Vitamin B12 and folate deficiency in later life. *Age and Ageing* 2004; 33(1):34–41.
11. Schdey P. Homocisteína e transtornos psiquiátricos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004;26(1):50-56.
12. Tchanchou F, Shea TB. Folate deprivation, the methionine cycle, and Alzheimer's disease. *Vitam. Horm.* 2008;79:83-97.
13. Noronha MGPB. Níveis Plasmáticos de Ácido Fólico, Cobalamina e Concentração de Homocisteína em Idosos de Idade Avançada. [dissertação]. Portugal: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto; 2010.
14. Kelly NDG. The coenzyme forms of vitamin B12: toward an understanding of their therapeutic potential. *Altern. Med. Rev.* 1997;2:459-471.
15. Dharmarajan TS, Adiga GU, Norkus EP. Vitamin B12 deficiency. Recognizing subtle symptoms in older adults. *Geriatrics.* 2003;58:30-38.
16. Andrès E, Affenberger S, Vinzio S, Kurtz JE, Noel E, Kaltenbach G, et al. Food-cobalamin malabsorption in elderly patients: clinical manifestations and treatment. *Am. J. Med.* 2005;118(10):1154-1159.
17. Futterleib A, Cherubini K. Importância da vitamina B12 na avaliação clínica do paciente idoso. *Sci. Med.* 2005;15(1):74-78
18. Andrès E, Kaltenbach G, Noblet-Dick M, Noel E, Vinzio S, Perrin AE, et al. Hematological response to short-term oral cyanocobalamin

- therapy for the treatment of cobalamin deficiencies in elderly patients. *J. Nutr. Health. Aging.* 2006;10:3-6.
19. Carmel R, Sarrai M. Diagnosis and management of clinical and subclinical cobalamin deficiency: advances and controversies. *Curr. Hematol.* 2006;5:23-33.
 20. Andrès E, Vidal-Alaball J, Federici L, Lidove O, Zimmer J, Kaltenbach G. Update of Food-Cobalamin Malabsorption and Oral Cobalamin Therapy. *The Open Gen and Intern. Med. J.* 2009;3:4-10.
 21. Toh BH, van Driel IR, Gleeson PA. Pernicious anemia. *N. Engl. J. Med.* 1997; 337(20):1441-1448.
 22. Andres E, Loukili NH, Noel E, Kaltenbach G, Abdelgheni MB, Perrin AE, et al. Vitamin B12 (cobalamin) deficiency in elderly patients. *Cmaj.* 2004;171(3):251-259.
 23. Roach ES, McLean WT. Neurologic disorders of vitamin b12 deficiency. *Am. Fam. Physician.* 1982;25(1):111-115.
 24. Tangney CC, Tang Y, Evans DA, Morris MC. Biochemical indicators of vitamin B12 and folate insufficiency and cognitive decline. *Neurology.* 2009; 72:361–367.
 25. Allen LH. How common is vitamin B-12 deficiency?. *Am. J. Clin. Nutr.* 2009;89:693–696.
 26. Carvalho Filho ET, Papaléo Netto, M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994.
 27. Chernoff, R. Geriatric nutrition. Maryland: Aspen Publishers. 1999.p.518.
 28. Allen, LH, Casterline J. Vitamin B12 deficiency in elderly individuals: diagnosis and requirements. *Am. J. Clin. Nutr.* 1994;60:12-14.
 29. Charlton KE, Kruger M, Labadarios D, Wolmarans P, Aronson I. Iron, folate and vitamin B12 status of an elderly South African population. *Eur. J. Clin. Nutr.* 1997;51:424-430.
 30. Regland B, Blennow K, Gergard T, Koch-Schmidt AC. The role of the polymorphic genes apolipoprotein E and methylenetetrahydrofolate reductase in the development of dementia of the Alzheimer type. *Demen. Geriatric. Cog. Disorders.* 1999;10:245-251.
 31. Russell, R.M. New views on the RDAs for older adults. *J. Am. Diet. Assoc.* 1997;97:515-518.

32. Sarari AS, Farraj MA, Hamoudi W, Essawi TA. Helicobacter pylori, a causative agent of vitamin B12 deficiency. *J. Infect. Dev. Ctries.* 2008;2(5):346-349.
33. Snow CF. Laboratory diagnosis of vitamin B12 and folate deficiency: a guide for the primary care physician. *Arch. Intern. Med.* 1999;159(12):1289-1298.
34. Lindgren A, Kilander A, Bagge E, Nexø E. Holotranscobalamin: a sensitive marker of cobalamin malabsorption. *Eur. J. Clin. Invest.* 1999; 29(4):321-329.
35. Moretti R, Torre P, Antonello RM, Cattaruzza T, Cazzato G, Bava A. Vitamin B12 and folate depletion in cognition: a review. *Neurol. India.* 2004;52(3):310-318.
36. Carmel R, Green R, Rosenblatt DS, Watkins D. Update on cobalamin, folate, and homocysteine. *Am. Soc. Hematol. Educ. Program.* 2003;62-81.
37. Sánchez H, Albala C, Hertrampf E, Verdugo R, Lavados M, Castillo J L, et al. Déficit de vitamina B-12 en adultos mayores: ¿Un problema de salud pública en Chile?. *Rev. Med. Chile.* 2010;138:44-52.
38. Olivares M, Hertrampf E, Capurro MT, Wegner D. Prevalence of anemia in elderly subjects living at home: role of micronutrient deficiency and inflammation. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2000; 54(11):834-839.
39. Andr`es E, Vogel T, Federici L, Zimmer J, Ciobanu E, Kaltenbach G. Cobalamin Deficiency in Elderly Patients: A Personal View. *Curr. Gerontol. Geriatr. Res.* 2008;2008:848267.
40. Xavier JM, Costa FF, Annichino-Bizzacchi JM, Saad ST. High frequency of vitamin B12 deficiency in a Brazilian population. *Public. Health. Nutr.* 2010;13(8):1191-1997.
41. Flicker LA, Vasikaran SD, Thomas J, Acres JG, Norman PE, Jamrozik K, et al. Homocysteine and vitamin status in older people in Perth. *Med. J. Aust.* 2004;180:539-540.
42. Johnson MA, Hawthorne NA, Brackett WR, Fischer JG, Gunter EW, Allen RH, et al. Hyperhomocysteinemia and vitamin B-12 deficiency in elderly using Title IIIc nutrition services. *Am. J. Clin. Nutr.* 2003;77(1):211–220.
43. Wahlin A, Backman L, Hultdin J, Adolfsson R, Nilsson LG. Reference values for serum levels of vitamin B12 and folic acid in a

- population-based sample of adults between 35 and 80 years of age. *Health. Nutr.* 2002;5(3):505-511.
44. Kado DM, Karlamangla AS, Huang M, Troen A, Rowe JW, Selhub J, Seeman TE. Homocysteine versus the vitamins folate, B6, and B12 as predictors cognitive function and decline in older high- functioning adults: MacArthur Studies Successful Aging. *Am. J. Med.* 2005;118(2):161-167.
 45. Ravaglia G, Forti P, Maioli F, Martelli M, Servadei L, Brunetti N. et al. Homocysteine and folate as risk factors for dementia and Alzheimer disease. *Am. J. Clin. Nutr.* 2005;82(3):636-643.
 46. Venâncio LS, Burini RC, Yoshida WB. Tratamento dietético da hiper-homocisteinemia na doença arterial periférica. *J. Vasc. Bras.* 2010; 9(1):28-34.
 47. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes (DRI) for thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and coline. Washington: National Academy Press; 2000. [citado 25 set 2011]. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309065542>.
 48. Mafra D, Cozzolino SMF. Ácido Fólico. In Cozzolino SMF. Biodisponibilidade de nutrientes. 2º ed. São Paulo (SP): Manole; 2007;390–391.
 49. Mafra D, Cozzolino SMF. Vitamina B12 (cobalamina). In Cozzolino SMF. Biodisponibilidade de nutrientes. 2º ed. São Paulo (SP): Manole; 2007;403.
 50. Manual Merck, edição de saúde para a família. Biblioteca Médica online. [citado 18 jan 2012]. Disponível em: <http://www.manualmerck.net/?id=180&cn=1386>.

**LA EPIDEMIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA
LATINA Y EL CARIBE**
**THE EPIDEMIOLOGY OF AGING IN LATIN AMERICA AND THE
CARIBBEAN**

Maria Luiza de Andrade Picanço Meleiro ¹, Selma Barboza Perdomo ²,
Natálie Picanço de Medeiros ³

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Profesora de la Universidad Nilton Lins; Doctoranda en Educación – Universidad Católica de Santa-Fe, Argentina. Miembro del Grupo de Pesquisa em Ciências da Saúde de la Universidade do Estado do Amazonas.

² Profesora de la Universidade do Estado do Amazonas – UEA; Doctoranda en Educación – Universidad Católica de Santa-Fe, Argentina. Miembro del Grupo de Pesquisa em Ciências da Saúde de la Universidade do Estado do Amazonas

³ Académica del 8º período del curso de medicina de la Universidade Federal do Amazonas – UFAM; miembro de la Liga Amazonense de Geriatria e Gerontologia do Amazonas.

Correspondências para:

Maria Luiza de Andrade Picanço Meleiro

Al. Thales Loureiro s/n. Cond. Residencial Alphaville Manaus 1 Casa 9 Quadra B.
Cep. 69037-107

Bairro: Ponta Negra (92) 99102-0477 – luizapmeleiro@hotmail.com

RESUMEN

En el siglo XX se experimentó grandes avances para la ciencia del envejecimiento. La América Latina y el Caribe, se encuentran en plena transición demográfica, y, ciertamente se producirán en las próximas décadas cambios significativos que exigirán por parte del gobierno sociedad la

adopción de nuevas formas para enfrentamiento a la nueva realidad que se espera. El objetivo de este artículo es describir y demostrar la epidemiología del envejecimiento en América Latina y Caribe trayendo algunas informaciones estadísticas sobre el proceso de envejecimiento de la población de la región así como algunas características socio demográficas de las personas de edad y sus hogares. Para fundamentar esa reflexión se buscó datos estadísticos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – CELADE (2009), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y del Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2012). En conclusión, se observa que el fenómeno del envejecimiento acontece de forma desigual cuando comparados con el crecimiento económico de América latina. La población latino americana pasa por una transición epidemiológica y es necesario, por tanto, conocer todos los matices que envuelve esa temática para una efectiva actuación.

Palabras clave: envejecimiento en Latinoamérica, epidemiología del envejecimiento, adultos mayores

ABSTRACT

In the twentieth century great strides in the science of aging were observed. Latin American and Caribbean are in the midst of a demographic transition and certainly in coming decades will require significant changes to society by the government to adopt new ways of confronting the new reality that is expected. The aim of this article is to describe and demonstrate the epidemiology of aging in Latin America and Caribbean presenting some statistics about the aging process of that population and some sociodemographic characteristics of older people and their places. To support this reflection was sought statistical data of the Latin American and Caribbean Demographic - CELADE (2009), Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics-IBGE (2012). To conclude, it appears that the aging phenomenon occurs unevenly when compared to economic growth in Latin America. The Latin American population goes through an epidemiological transition and must therefore know all the nuances that surrounds this subject in the way to achieve effective performance.

Keywords: aging in Latin America, epidemiology of aging, seniors

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la civilización el proceso de envejecimiento ha preocupado la humanidad. Para Leme (1996)¹, pocos problemas han merecido tanta atención y preocupación del hombre como el envejecimiento.

En el siglo XX, sin duda, se experimentó grandes avances para la ciencia del envejecimiento. Tanto ocurrió por parte de la humanidad el interés en estudiar e investigar el tema como también la presión pasiva sobre el desarrollo de este campo en función del aumento considerable del número de ancianos en todo el mundo (Netto, 2002)².

La América Latina y el Caribe, se encuentran en plena transición demográfica, y, ciertamente se producirán en las próximas décadas cambios significativos que exigirán por parte del gobierno y de toda la sociedad la adopción de nuevas formas para enfrentamiento a la nueva realidad que se espera.

El objetivo de este artículo es describir y demostrar la epidemiología del envejecimiento en América Latina y Caribe trayendo algunas informaciones estadísticas sobre el proceso de envejecimiento de la población de la región así como algunas características sociodemográficas de las personas de edad y sus hogares.

El proceso de envejecimiento en los países desarrollados ocurrió tiempos después de ellos hubieren adquirido patrones elevados de vida, reducido las desigualdades sociales y económicas e implementado un número

de estrategias institucionales para compensar los efectos de las desigualdades. El desarrollo social y económico en América del Norte y Europa Septentrional y Occidental ya estaba determinado cuando las demandas de una sociedad que envejecía (y aún las preocupaciones sobre eso) fueron reconocidas. Eso significa que los países desarrollados primero se quedaron ricos y después envejecieron;

En el Brasil observase un fenómeno distinto a ese una vez que la población está envejeciendo pero la economía no sigue en mismo ritmo, es decir, nosotros estamos nos quedando viejos antes de quedarnos ricos e eso tras consecuencias directas sobre la calidad de vida de los adultos mayores.

En casi todos los países de América Latina y Caribe, un proceso de envejecimiento comienza a ocurrir en medio de economías frágiles, niveles altos de pobreza, desigualdades sociales y económicas y, contrayendo más que expandiendo, el acceso a los servicios y recursos colectivamente financiados (Palloni; Peláez, 2003)³.

La población latinoamericana y caribeña ha experimentado un aumento considerable en la cantidad de adultos mayores¹ durante las últimas décadas. En todos los países de la región este fenómeno se ha desarrollado; en algunos más, en otros menos, pero lo cierto que ha es que en todos ellos esta es la realidad.

¹Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la llamada tercera edad difiere entre los países desarrollados y países en desarrollo. En los primeros son consideradas ancianas las personas con 65 años o más, en cuanto en los países en desarrollo como es el caso de los países de América Latina y Caribe, son considerados adultos mayores aquellos con 60 años o más. Esa definición fue establecida por la ONU, en 1982, por medio de la Resolución 39/125, por ocasión de la Primera Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento de la Población.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo basado en datos estadísticos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – CELADE (2009)⁴, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y del Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2012)⁵, además de las percepciones de las autoras acerca del tema abordado.

La obtención de los datos se realizó por medio de investigación y análisis de los documentos antes mencionados y las reflexiones fueron basadas en capítulos de libros y artículos teniendo como criterio de inclusión aquellos que contemplaran el tema.

Datos del Envejecimiento en América Latina y Caribe

Según las estadísticas del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), en 2000, la población regional de 60 años y más era de 43 millones de personas y en 2025 este número será de 100,5 millones, lo que definitivamente modificará a estructura demográfica en toda la región y las personas de edad adquieren una mayor representación numérica. Para 2050, en tanto, la población latinoamericana y caribeña de esta edad podría llegar a los 183,7 millones de personas conforme demostrado en el cuadro abajo.

PAÍSES	1975	2000	2025	2050
Argentina	2.971.006	4.941.660	7.749.566	12.476.798
Bolivia	264.090	537.452	1.191.151	2.786.304

Brasil	6.541.030	14.031.549	35.076.146	63.117.213
Cuba	928.847	1.635.230	2.918.713	3.733.718
México	3.320.844	7.342.634	18.444.019	35.262.511
Paraguay	156.619	344.727	869.057	1.815.323
República Dominicana	233.602	638.708	1.509.370	2.729.130
Uruguay	399.476	569.632	746.032	988.086
Barbados	33.000	35.000	81.000	99.000
Jamaica	173.000	258.000	420.000	620.000
Puerto Rico	272.000	597.000	1.025.000	1.327.000
América Latina y el Caribe	20.986.036	42.920.967	100.452.132	183.688.194

**Quadro 1: AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS):
POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, 1975-2050 - (En cantidad)**

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELAD) - División de Población de la CEPAL

La tendencia mundial refleja en toda América latina y Caribe, pero en esta última ocurre de manera bien más acentuada. Entre 1975 y 2000 el porcentaje de la población de 60 años y más pasó de un 6,5% a un 8,2% en la región y para el año 2025 se espera que esta cifra sea cercana al 15%. Esa realidad hará con que este grupo tenga mucho más relevancia y notoriedad.

Las pesquisas apuntan que la población de personas de edad presentará aproximadamente el 24% de personas en toda a América Latina y en el Caribe, de esta manera una en cada cuatro personas tendrá 60 años o más. El proceso de envejecimiento es tan claro para la región que el aumento del número absoluto de adultos mayores está acompañado de mayor peso relativo en toda América Latina y Caribe.

La mayoría de los países de América latina y Caribe presentará en 2050 población de adultos mayores superior a 20% y casi 50% de ellos estarán arriba del promedio regional, o sea, la proporción de personas mayores de 60 años será superior a 24% en 2050. Destakes para Martinica, Barbados, Cuba, Uruguay, Puerto Rico y Chile. Ya los países con el envejecimiento más tardío, se destacan, Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay y Bolivia con tasas a partir y inferior a 18%, conforme demostrado en el cuadro siguiente.

PAÍSES	POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS	PAÍSES	POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS
Martinica	40,60	Guatemala	13,00
Antillas Neerlandesas	39,80	Haití	15,70
Cuba	37,50	Bolivia	16,70
Barbados	36,40	Honduras	17,20
Puerto Rico	30,00	Guyana Francesa	17,50
Chile	28,20	Paraguay	18,00
Uruguay	26,50		
México	26,80		
Argentina	24,70		
Brasil	24,60		
América Latina y el Caribe	24,30		24,30

Quadro 2: AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELAD) - División de Población de la CEPAL, "Estimaciones y proyecciones de población" , [en línea]= www.eclac.cl/celade_proyecciones/basedatos_BD.htm.

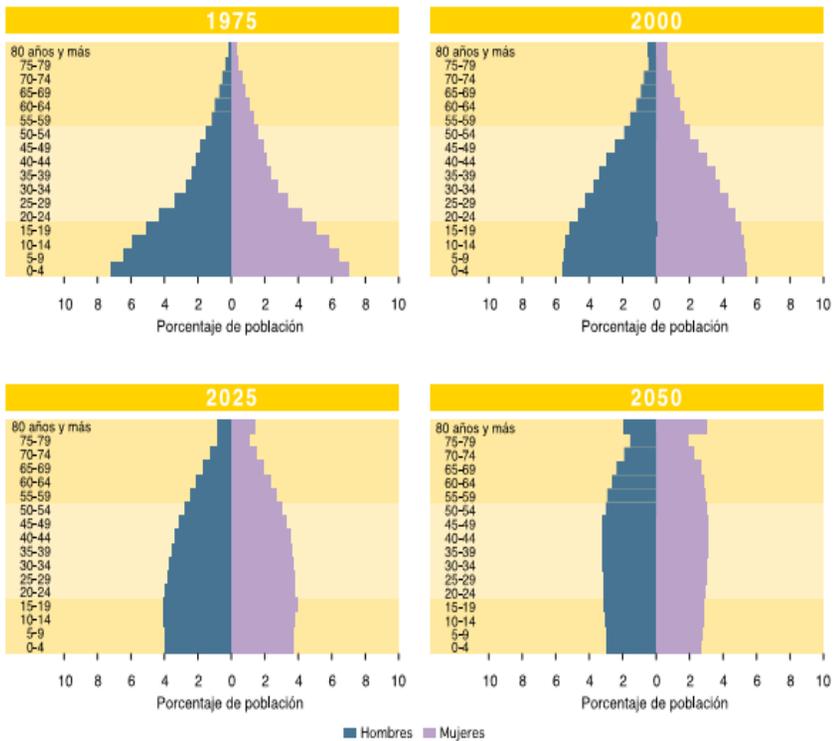
Otro factor relevante debe ser considerado en el fenómeno de envejecimiento mundial e, en especial, en la América Latina: la disminución de la fecundidad en los años sesenta y comienzos de los setenta son apuntados por los investigadores como la principal fuerza remodeladora de las estructuras demográficas latinoamericanas. Sin embargo, el envejecimiento de la población obedece a tendencias demográficas históricas. La esperanza de vida en la región tuvo grande impacto a partir de la reducción de las tasas de mortalidad infantil en la década de 1950 añadido también por la reducción de la mortalidad infantil.

Para Ribeiro (1998)⁶, además de la disminución de la fecundidad, de la natalidad y de la caída de la mortalidad precoz de los adultos, otros factores contribuyen para la elevación de la expectativa de vida, como la mejoría en las condiciones de saneamiento básico y, sobre todo por los avances de la medicina: trasplantes, quimioterapia, radioterapia, diagnósticos de alta calidad y precisión, antibióticos, vacunas, etc., además de descubrimientos de nuevas drogas que, ciertamente propician a los ancianos vivan cada vez más y con más salud.

Según alude Tamer (1999)⁷, se hizo evidente el desafío técnico y científico en torno a la temática de la vejez, no sólo bajo la perspectiva médica de salud o económica, pero también en las dimensiones social, política, cultural y pedagógica. Los cambios demográficos impactaron de manera significativa los diversos grupos que conforman la estructura etaria de la población, disminuyendo la proporción de la población de menor edad y el consecuente aumento de la población de los adultos mayores.

Los gráficos abajo demuestran que la cantidad de adultos mayores (60 a años o más) serán prácticamente similares a los totales de menor edad, en América Latina, lo que “*en definitiva traerá consigo un envejecimiento paulatino de la población y una reducción del nivel de reemplazo de los grupos etarios*” (CELADE, 2009).

AMÉRICA LATINA: DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LA POBLACIÓN POR EDADES Y SEXO, 1975-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base del cuadro A.3 del anexo.

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – cuando hizo sus estudios en 2009² clasificó los países de América latina y Caribe en cuatro grupos distintos. El primero denominó de Envejecimiento Insipiente y hace parte: Belice, Bolivia, Guatemala, la Guayana Francesa, Haití, Honduras, Nicaragua y el Paraguay. En esos países los niveles de fecundidad son relativamente altos (más de 3 hijos por mujer) y el índice de envejecimiento es inferior a 17%. Segundo el estudio, estos países se encuentran en la fase inicial del proceso de envejecimiento.

Lo segundo, compuesto por 15 países es denominado Envejecimiento Moderado. En ellos, el índice de envejecimiento está entre el 20% y el 32%, y las tasas de fecundidad son más bajas, (entre 3 y 2,3 hijos por mujer) Hacen parte de este grupo: las Bahamas, el Brasil, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Guyana, Jamaica, México, Panamá, el Perú, la República Dominicana, Santa Lucía, Suriname y la República Bolivariana de Venezuela.

El grupo denominado de Envejecimiento Moderadamente Avanzado es compuesto de cinco países: las Antillas Neerlandesas, la Argentina, Chile, Guadalupe y Trinidad y Tobago. La característica principal en este grupo es

²El estudio fue elaborado en el contexto de las recomendaciones de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, adoptada en la primera Conferencia regional intergubernamental sobre este tema, realizada en Santiago en 2003.

El documento denominado El envejecimiento y las personas de edad – Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe, preparado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL con el propósito de brindar información estadística sobre el proceso de envejecimiento de la población de la región y las características sociodemográficas de las personas de edad y sus hogares.

El documento, con aproximadamente 70 páginas ofrece información accesible y comprensible para diversos tipos de usuarios a la vez que tratase de un significativo aporte al tema del envejecimiento de la población que los países de la región comienzan a integrar en las respectivas agendas de política pública

que el índice de envejecimiento es de 51% a 33% y las tasas de fecundidad oscilan entre 2,5 y 1,7 hijos por mujer.

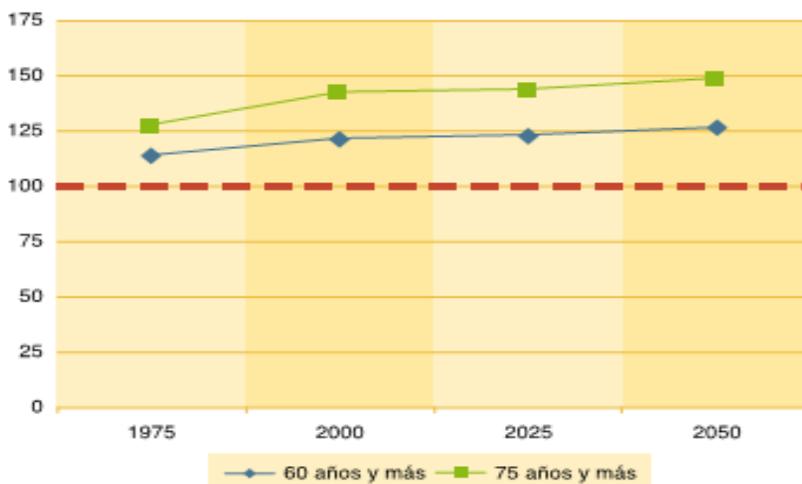
Por último, el grupo llamado de Envejecimiento Avanzado es compuesto por Barbados, Cuba, Martinica, Puerto Rico y el Uruguay. Estos países son los más envejecidos de América Latina y Caribe y presentan los mayores índices de envejecimiento, (superior a 65%), así también las menores tasas de fecundidad.

El estudio también prevé que en las próximas décadas el porcentaje de aumento del índice de envejecimiento en los países que componen el primero grupo sea más elevado persistiendo la heterogeneidad del proceso de envejecimiento en todos los países de la región.

Cuando el asunto es género, las estadísticas apuntan que hay 121,7 mujeres de 60 años y más para cada 100 hombres de la misma edad. Los últimos censos demuestran que el Uruguay, la Argentina y Chile son los países con los mayores índices (entre 130 y 140 mujeres para cada 100 hombres). Guatemala y Panamá presentan la menos variación.

Cuanto mayor es la edad, tanto mayor también es la cantidad de mujeres en relación a los hombres en toda a América Latina y el Caribe. En las personas mayores de 75 años de la región, hay 142 mujeres para cada 100 hombres, conforme véase en el gráfico abajo.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RELACIÓN DE FEMINIDAD DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDADES, 1975-2050 (Mujeres por cada 100 hombres)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base del cuadro A.6 del anexo.

Otro cambio interesante que ocurre en la región es que la población económicamente activa de edad avanzada aumenta rápidamente. Esas estructuras ha modificado en toda la región aunque que la intensidad sea diferente entre los países, dependiendo del grado de envejecimiento de cada uno de ellos.

En la década de 1990, la población económicamente activa de América Latina creció a un ritmo de aproximadamente seis millones de personas, de las cuales, casi el 55% eran menores de 40 años. En los próximos decenios se proyecta una expansión de aproximadamente 4,7 millones de personas al año. De ellas, el 61% tendrá entre 40 y 64 años y un 17% será de 65 años y más.

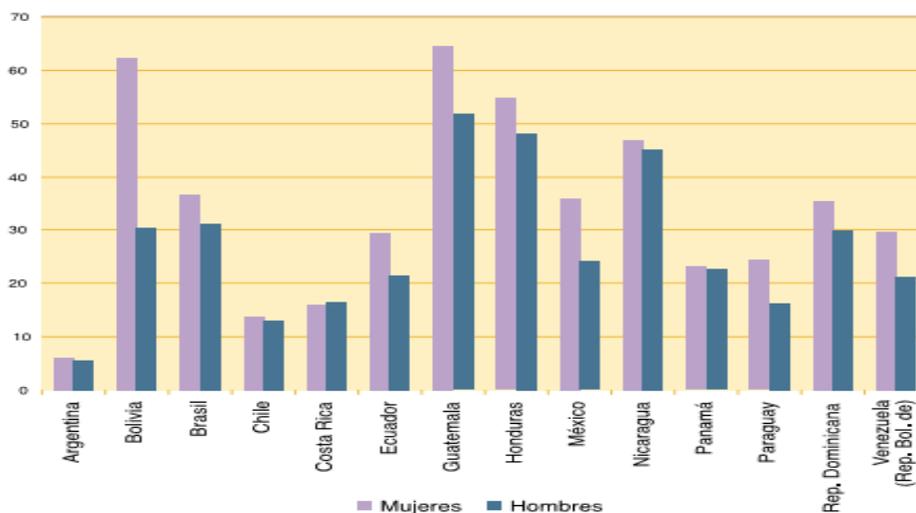
Es también evidente la disminución de la población económicamente activa formada por jóvenes abajo de 24 años en toda América Latina y Caribe..

Cuando el asunto es el nivel educativo, aún tenemos muy poco lo que conmemorar. Los Adultos Mayores de América Latina y Caribe tienen un bajo nivel educativo, lo que es más evidente entre las mujeres.

En toda la región, las tasas de analfabetismo en la vejez son elevadas, superando a 15% en la mayoría de los países. En países como Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua esa tasa oscila entre el 30% y 50%.

En toda a América Latina y Caribe las mujeres exhiben las cifras más altas de analfabetismo, como muestra el gráfico abajo. Eso está asociado de entre otros factores, a las condiciones de pobreza, menores oportunidades laborales, menos ingresos a pensiones y a las jubilaciones.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA DE ANALFABETISMO DE LAS PERSONAS DE EDAD, SEGÚN SEXO, CENSOS DE 2000
(Por cien)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base del cuadro A.10 del anexo.

El estudio del CELADE también hace referencia a la incidencia de la pobreza en la población de edad avanzada. Fue verificado que más de 30% de los adultos mayores son considerados pobres en América Latina y Caribe. En algunas regiones como Honduras, la República Dominicana, Guatemala, el Paraguay y El Salvador, más de 40% de la población de edad más avanzada se encuentra por debajo de la línea de pobreza³.

La indigencia es otro factor preocupante en la región. Con excepción de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, más de 30% de la población más vieja de los demás países es formada por viejos indigentes.

Sin embargo, ocurre también la situación en que en muchos hogares pobres, las personas de edad realizan una contribución significativa al ingreso familiar. Obviamente que esta contribución depende sobre todo de la cobertura de la seguridad social de cada país.

En Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, donde menos de 25% de los hogares en que las personas de edad realizan un aporte elevado son pobres. Mientras que en El Salvador, Honduras y la República Dominicana, más de 40% de estos hogares se encuentran bajo la línea de pobreza.

La cobertura de las pensiones y de las jubilaciones es baja en la mayoría de los países de América Latina y Caribe. El sistema de pensiones y jubilaciones beneficia menos de 50% de la población de adultos mayores en

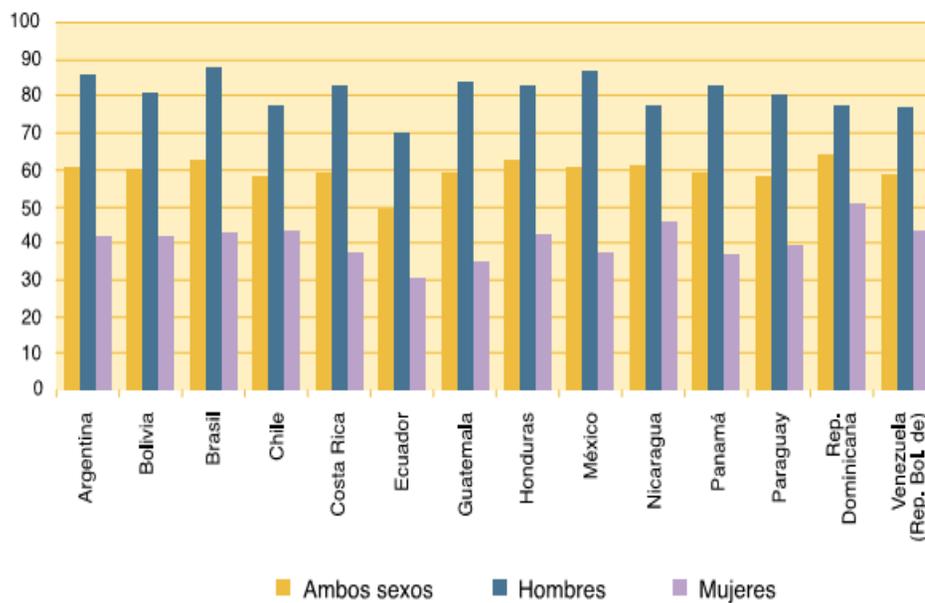
³ El método de estimación de la pobreza y la pobreza extrema o la indigencia utilizado por la CEPAL se ha descrito en diversas publicaciones institucionales. Véase, por ejemplo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama Social de América Latina, 2002-2003 (LC/G.2209-P), Santiago de Chile, agosto de 2003, capítulo I.

tola la región. En las zonas rurales el problema aún es más acentuado, donde esta cifra es inferior a 20%.

Otro dato interesante apuntado en los estudios es que en América Latina y Caribe hay una alta proporción de personas de edad avanzada ejerciendo la jefatura del hogar. Eso ocurre en la mayoría de los países dónde más de 50% de los hogares tienen un adulto mayor como jefe.

Aún que haya más jefes hombres, se observa, sin embargo, el aumento considerable de la presencia femenina en la jefatura, como es el caso de algunos países como República Dominicana, Nicaragua, Chile e Venezuela, donde más del 40% de los hogares son comandados por mujeres, mientras que en Brasil, México, Argentina, Guatemala y otros, la presencia masculina es muy significativa, conforme demostrado en el cuadro abajo donde algunos de ellos superan a los 80% de presencia masculina.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): PERSONAS DE EDAD QUE EJERCEN LA JEFATURA DEL HOGAR, POR SEXO, CENSOS DE 2000
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base del cuadro A.19 del anexo.

CONSIDERACIONES FINALES

Concordamos con Maus (2003)⁸ que afirma que por a través de datos estadísticos se puede realizar una lectura fiable, aunque parcial, de fenómenos, cambios y hechos sociales. Analizar tales datos corresponde a estudiar el envejecimiento bajo la óptica demográfica y estadística, para entonces, los localizas en el contexto histórico y social, pudiendo, de esa forma, comprender la totalidad del fenómeno.

Como hemos visto hasta ahora, el proceso de envejecimiento en América Latina y Caribe es algo innegable. Todas las cifras indican que la región va a experimentar en los próximos quince años el mayor “boom” poblacional de las personas de edad de su historia.

Como consecuencia de esta realidad, los encargados de formular normas, así como planificar y administrar los programas y servicios, necesitan de más informaciones para la toma de decisiones.

Hay que pensarse, además, en estrategias sociales y comunitarias para mejoría de la calidad de vida de esa población anciana. ¿Que adelanta añadir años a la vida? Es necesario añadir calidad a los años vividos y, para eso, es imprescindible planificación e inversión gubernamental, sobre todo en la promoción de educación y salud con vistas al envejecimiento digno de la población latino americana.

Para Faijer (2009)⁹, el conocimiento estadístico acerca del proceso de envejecimiento y la situación de las personas de edad es decisivo para la planificación, implementación y seguimiento de la políticas públicas, además su importancia reside en las fuertes repercusiones de este fenómeno en el desarrollo de los países de la región y en la amplia variedad de sectores en los que incide.

En síntesis, se observa que el fenómeno del envejecimiento acontece de forma desigual cuando comparados con el crecimiento económico de América Latina.

La realidad es que las personas envejecen, pero de forma desigual. La población latino americana pasa por una transición epidemiológica y es

necesario, por tanto conocer todos los matices que envuelve esa temática para una efectiva actuación.

REFERENCIAS

1. Leme, LEG. A gerontologia e o problema do envelhecimento: Visão histórica. In Netto MP. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 13-25.
2. Netto, MP. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo em termos básicos. In Freitas EV, (org) Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 2-12.
3. Palloni, A, Peláez, M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão, ML, Duarte, YAO (org). O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p.13-32
4. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL - Naciones Unidas, Santiago de Chile; 1999.
5. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. [2012 feb 20]; Disponible en: //ibge.gov.br
6. Ribeiro, EE. Envelhescência: envelhecer bem e com qualidade! Rio de Janeiro: UnATI-UERJ; 2008.
7. Tamer, NL. Calidad y equidad en la educación de los adultos mayores. EA, Escuela Abierta: revista de Investigación Educativa. 1999, nº3; 103-132..
8. Maus, M. Relações reais e práticas entre a psicologia e a sociologia. IN: Sociologia e Antropologia. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Cosac Naify. 2003. p. 315-344.
9. Faijer, DJ. Presentación. In El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL – Naciones Unidas, Santiago de Chile; 2009. p.9.

PREVALENCIA DE OSTEOPENIA-OSTEOPOROSE EM IDOSAS, PARTICIPANTES DAS ATIVIDADES DA UNATI/UEA, NA CIDADE DE MANAUS-AMAZONAS

Santoro, Marcia Batista 1, Silva-Lima, Terezinha², Nascimento, Vanusa³

¹ Gerontóloga da Universidade Aberta da Terceira Idade (UEA);

² Doutora em Ciências Políticas e Sociais e Gerontóloga da UnATI/UEA (Universidade de Artes y Ciencias Sociales – Chile);

³ Enfermeira e Gerontóloga da Universidade Aberta da Terceira Idade. (UEA)

Correspondências para: Marcia Batista Santoro

Rua Monsenhor Coutinho, 402, Centro – Manaus - Amazonas

(92) 9 8407 1919 – unatimarcia@gmail.com

RESUMO

O envelhecimento humano é um fato e não mais um fenômeno. O indivíduo idoso hoje deverá ser analisado de forma abrangente de modo que suas dimensões sejam visualizadas como partes de um todo que o forma ao longo de sua existência. **Objetivo:** Relacionar a prevalência de osteoporose/osteopenia em mulheres adultas residentes na área urbana de Manaus, com a prática regular de exercícios físicos, participantes de atividades na UnATI/UEA. **Metodologia:** Pesquisa diagnóstica com o propósito de observar as atuais condições sociais de saúde óssea das idosas que frequentam as atividades da UnATI/UEA, em Manaus (AM), a partir da aplicação de questionário com dados sócio-econômico, de saúde e ambientais, seguido da realização do exame de Ultrassonometria do Calcâneo (USQ), para auxiliar o diagnóstico de osteoporose. **Resultados:** Nas pesquisadas que apresentaram resultados alterados de osteoporose/osteopenia, 68,87% praticavam exercícios físicos regularmente. Nas que resultaram algum processo de perda óssea, 62,24%, disseram praticar regularmente uma atividade física. Entre as pesquisadas que praticavam atividade física 63,03% estavam com os resultados positivos para osteoporose/osteopenia e entre as sedentárias 55,95% estavam em processo de perda óssea, não sendo possível, por falta de mais elementos relacionar

como causa-efeito a osteoporose/osteopenia e o sedentarismo. **Conclusão:** A atividade física é um importante prognosticador da saúde óssea, entretanto para uma conclusão mais precisa há necessidade de aprofundar o estudo em questão para verificar o tempo (quando e quanto tempo) que as pesquisadas realizam suas atividades física, para obter resultados mais satisfatórios e mais completos.

Palavras Chave:Envelhecimento, Osteoporose, Osteopenia, Atividade física

ABSTRACT

Human aging is a fact and no longer a phenomenon. The elderly should be analyzed in a comprehensive manner so that its dimensions are viewed as parts of a whole that way throughout its existence. **Objective:** To correlate the prevalence of osteoporosis/osteopenia in adult women living in the urban area of Manaus, with the regular practice of physical exercises, participating in activities UnATI / UEA. **Methodology:** Research diagnosis for the purpose of observing the current social conditions of bone health of elderly who attend activities UnATI / UEA, Manaus (AM), based on a questionnaire with socio-economic, health and environmental followed the examination of Ultrasonometria calcaneal (USO), to assist the diagnosis of osteoporosis; identify the level of bone mineralization, and increase awareness of the elderly to the problem. The completion of the examination followed the criteria set by the National Osteoporosis Foundation (NOF) recommends that the exam for all Caucasian women from the age of 65. The research was extended to women from 50 years, taking into account the high rate of osteopenia and osteoporosis in this age group found in Amazonas state, regardless of risk factors. **Results:** In surveyed who had abnormal results of osteoporosis / osteopenia, 68.87% practiced physical exercises regularly. Which resulted in some process of bone loss, 62.24% said they regularly practice a physical activity. Among those surveyed who were physically active were 63.03% with positive results for osteoporosis / osteopenia between sedentary and 55.95% were in the process of bone loss, that isn't possible, for more information related as cause and effect osteoporosis / osteopenia and sedentary lifestyle. **Conclusion:** Physical activity is an important predictor of bone health, however for a more accurate conclusion is needed for further, to check the time (when and how long) the surveyed

perform physical activities, so as to reach a more satisfactory results and more complete.

Keywords: Aging, Osteoporosis, Osteopenia, physical activity

INTRODUÇÃO

O tempo organiza nossa vida. Cada fase é marcada pelo desenvolvimento de um “papel adequado de atuação” . No entanto o tempo não é somente cronológico. O tempo pode ser relativizado quando falamos em tempo biológico, psicológico, social e legal. O tempo biológico vai marcar as alterações funcionais do organismo com o passar dos anos, desse modo, a idade biológica de um organismo está diretamente ligada ao potencial funcional de seus sistemas circulatório, ósseo, endócrino, muscular, etc. O tempo psicológico está vinculado a capacidade de um ser diante de tarefas relacionadas a ambientes e pessoas. É a capacidade adaptativa dos sujeitos. Os papéis sociais que desempenhamos ao longo da existência são a base no tempo social, cuja importância pode ser ainda mais marcante na fase idosa.

O tempo legal nos impõe normas, direitos e deveres. No caso dos idosos, a idade laboral, ou seja, a que marca o início do direito a aposentadoria pode ser um fator determinante no envelhecimento bem sucedido.

Os números do crescimento da osteopenia/osteoporose na terceira idade, assustam, mormente quando é sabido que as maiores vítimas desta morbidade são as mulheres. A Osteoporose é uma doença metabólica. A manifestação clínica mais frequente é a queda, cujas conseqüentes fraturas

deixam dores nos ossos e articulações. Exercícios físicos como caminhar, dançar, entre outros esportes realizados com regularidade, ao menos três vezes por semana, observados os limites de suporte do próprio peso e a força exercida pelos músculos nos membros inferiores e coluna, vão aumentar a força muscular sobre os ossos dando o necessário estímulo para o aumento e a manutenção do tecido ósseo. Assim, o estudo a seguir pretende identificar a relação de osteoporose/osteopenia com a presença da atividade física regular em uma das fases da vida: a fase onde as pessoas estão idosas. Também serão abordadas questões relevantes no processo de envelhecimento humano em relação a osteoporose/osteopenia e atividade física, para ao final, concluir com os dados de pesquisa, a relação entre idosas praticantes de atividade física regular e a doença osteoporose/osteopenia.

Pesquisa diagnóstico com o propósito de observar as atuais condições sociais de saúde óssea das idosas que frequentam as atividades da UnATI/UEA, em Manaus (AM), a partir da aplicação de questionário com dados sócio-econômico, de saúde e ambientais, seguido da realização do exame de Ultrassonometria do Calcâneo (USO), para auxiliar o diagnóstico de osteoporose; identificar o nível de mineralização óssea; e aumentar a conscientização das idosas para o problema. A realização do Exame obedeceu a critérios definidos pela National Osteoporosis Foundation (NOF) que recomenda a realização do exame para todas as mulheres caucasianas a partir dos 65 anos de idade. A população do estudo foi à totalidade (300) de mulheres no grupo etário a partir dos 50 anos, desde que pós-menopausicas, residentes nos bairros da cidade de Manaus e frequentadoras das atividades da UNATI/UEA. Destas apenas 249, compareceram para o estudo. A

pesquisa foi estendida a mulheres a partir de 50 anos, tendo-se em vista o alto índice de osteopenia e osteoporose encontrado nesse grupo etário no Estado do Amazonas, independentemente dos fatores de risco.

O Envelhecimento humano, deixa nos dias de hoje de ser um fenômeno para ser um fato incontestável. No Amazonas, segundo a contagem populacional realizada pelo IBGE em 2010, a população do Estado é de 3.350.773 habitantes. A população com 60 anos ou mais, distribuída nos 62 municípios, é de 6,3%, ou aproximadamente 20.000 habitantes. Ainda 0,8% estão na faixa de 80 anos ou mais. Em Manaus, local da pesquisa em questão, são 152.467 idosos e em 2030 serão mais de 600.000, segundo projeções feitas a partir do Censo IBGE, 2010.¹

O envelhecimento humano e seus processos há muito preocupam a civilização. No entanto, o estudo da Gerontologia ganhou ênfase com pesquisas e estudos científicos a partir do século XX. O “envelhecimento não é o simples passar do tempo”.² O envelhecimento é um processo que se desenvolve ao longo da vida e que está ligado a uma série de alterações interligadas sejam biológicas, cognitiva, culturais, econômicas, emocionais e até espirituais. O ciclo vital humano pode ser dividido em variáveis normativas e não-normativas. As variáveis normativas são aquelas que afetam os indivíduos ou um grupo de maneira similar e podem ser subdivididas em idade e de coorte ou de história. As variáveis normativas de idade referem-se ao período etário onde se incluem eventos biológicos e sociais comuns a um grupo de pessoas, como por exemplo, a puberdade, a inclusão escolar, a menopausa e também a aposentadoria. As variáveis de coorte ou de história são àquelas comuns a um grupo de indivíduos que por

compartilharem um mesmo momento histórico acabam também por comungarem das mesmas influências. Por fim as variáveis não-normativas referem-se a eventos específicos na vida de cada indivíduo, que podem ser biológicos, como doenças, ou opções pessoais como o a inclusão de atividade física em seu cotidiano³.

Desse modo o envelhecimento pode ser compreendido não somente como um marco cronológico, mas como um conjunto de fatores de gênero, classe social, saúde, educação, personalidade, história passada, espiritualidade e contexto sócio-econômico que vão influenciar e até direcionar o processo. No processo de envelhecimento humano é necessário que se analise o indivíduo com suas multiplicidades dimensionais já que o envelhecimento não pode ser observado somente pelas dimensões biológicas ou psicológicas, mas sim como um todo.⁴ Inicialmente a dimensão biológica refere-se aos aspectos físicos do corpo: anatomia, a fisiologia, os sistemas muscular, digestivo, ósseo, hormonal, respiratório, as funções e disfunções dos diversos órgãos, a inter-relação desses sistemas. Nessa dimensão serão estudadas e relacionadas à formação de nossas reservas posteriormente ao nosso processo de envelhecimento. O envelhecimento do sistema ósseo é observado nessa dimensão, já que a atividade física regular ao fazer parte do modo de vida humano estará diretamente relacionada às condições ósseas e musculares.

A dimensão social está ligada aos aspectos da vida em grupo, enfocando os fatores econômicos, políticos, ideológicos e culturais. Esta dimensão inclui, necessariamente, a interação e, conseqüentemente, todos os fenômenos que acontecem na interação entre pessoas e grupos. As

necessidades de associação, de uma vida social estão aqui incluídas. A dimensão psicológica refere-se aos aspectos ligados à personalidade do ser humano, manifestada no comportamento motivado por fatores conscientes e inconscientes. Incluem-se nesta dimensão o pensamento, a memória, os raciocínios o contato e a expressão de sentimentos, emoções, desejos, vontades, necessidades de segurança, de autoestima, de realização.⁵

A dimensão espiritual é citada aqui por estar relacionada ao sentimento de pertencer ao mundo, de ser uma parte do Universo. “Com o acúmulo de evidências de que a espiritualidade, assim como as práticas religiosas, contribuem para o bem-estar na velhice, mais gerontólogos passaram a incluir esse tópico nos estudos sobre o envelhecimento”⁶.

O estudo abordará exatamente o que pode ser relativizado no envelhecimento, pela ocorrência de um fator externo, no caso, atividade físico. Escolheu-se como relação entre a Osteoporose/Osteopenia e atividade física, como objeto para demonstrar que as dimensões humanas e as variáveis do processo de envelhecimento humano estão intrinsecamente ligadas entre si.

O Sistema Ósseo e o Envelhecimento

Para tratar de sistema ósseo e envelhecimento é importante saber que existem mecanismos de retardamento que se acentuam com o avanço da idade.⁷ A razão principal para se reagir mais lentamente a estímulos enquanto se envelhece, é que o sistema nervoso central é menos capaz de processar a informação com a rapidez da juventude. Contudo, a resposta lenta, seja ela cognitiva ou física, é particular a cada indivíduo. Se durante o processo de

envelhecimento tem-se também um declínio ósseo, a capacidade de reação aos estímulos físicos também estará comprometida, no entanto a manutenção dessa capacidade física pode ser ampliada frente a um programa de atividades contínuo⁸.

Para a realização de atividades físicas é necessário força muscular e ossos íntegros. Os músculos são o motor que produz a ação. Durante o envelhecimento a força desse motor diminui gradualmente e as perdas são especialmente evidentes nas extremidades inferiores do corpo, entre as fibras de “contração rápida”, onde se encontram os músculos que exercem maior força de contração. A perda de massa muscular formada por fibras individuais vai perdendo seu poder de regeneração, no entanto, existem formas de intervenção para fazer que a maioria delas de conserve⁹.

Osteopenia

A fase inicial de desmineralização óssea ou massa óssea reduzida é caracterizada como **osteopenia** e pode-se dizer que é o estágio inicial ou anterior a osteoporose. Vários fatores de risco estão associados à osteopenia e conseqüentemente com a osteoporose, como: idade avançada (+ de 65 anos), história prévia de fratura, imobilização prolongada, baixo peso, gênero feminino, hereditariedade caucasiana, variáveis genéticas e ambientais (falta de atividade física, consumo abusivo de álcool, cafeína, tabagismo e drogas), baixa ingestão de cálcio, estado menstrual (menopausa precoce, menarca tardia ou amenorréias), doenças endócrinas, uso contínuo de certos medicamentos como: corticoesteróides, anticonvulsivantes, ou metotrexate.⁹

Osteoporose

Á diminuição da densidade óssea ocasionando ossos mais porosos, quebradiços e frágeis denomina-se **osteoporose (OP)**. É uma doença assintomática e normalmente só é diagnosticada após fraturas devido a demora na regeneração óssea ou nos resultados de densitometria óssea (DO). Muitos são os fatores que poderão influenciar no seu aparecimento: genética, estilo de vida, a quantidade de exercícios que fazemos e o a boa alimentação (considerando para os ossos cálcio e vitamina D) que tivemos ao longo da vida. ¹⁰Somam-se a esses fatores outros dois de grande importância: o gênero e a etnia. As mulheres brancas são mais propensas a terem ossos menos densos e a diminuição do estrógeno durante a menopausa acelera as alterações ósseas daí o motivo das mulheres terem uma perda óssea muito maior do que os homens. Diferentemente das muitas fissuras que se encontram nas fraturas de ossos jovens, os ossos porosos são frágeis e quebradiços e tendem-se ao rompimento total, daí a dificuldade da restauração óssea em pessoas idosas podendo uma queda, trazer consigo consequências mais graves como a incapacidade prolongada levando a perda progressiva da autonomia e conseqüentemente da independência para as atividades da vida diária¹¹.

Ultrasonometria Óssea (USO) Calcâneo

Foi nos anos 80 que Heaney¹² demonstra pela primeira vez a importância do uso da máquina de calcâneo como predictor de fraturas de

stress em cavalos de corrida, corroborada nos anos seguintes por diversos autores em estudos transversais, que confirmaram a validade deste exame.

Em estudo transversal e prospectivo, para avaliar mulheres pré e pós-menopáusicas com a Ultrasonometria do Calcâneo e compará-lo com resultados obtidos com a Densitometria Óssea (DO) de coluna e fêmur foram estudados a atenuação do som (BUA); a velocidade do som (SOS) e o índice quantitativo de ultra-som (QUI) em 293 mulheres com mais de 35 anos de idade, sendo 114 pré-menopáusicas e 173 pós-menopáusicas, das quais 100 foram submetidas a DO duoenergética. Os resultados mostraram que houve uma diminuição significativa ($p < 0,0001$) dos índices ultra sonométricos na pós-menopausa em relação à pré-menopausa. Foi demonstrado ainda que houve uma correlação positiva significativa entre a ultrasonometria e a densitometria ($r = 0,57$ a $0,62$; $p < 0,0001$). Os autores relatam que a USO é parcialmente dependente da massa óssea ($R^2 = 0,32$ a $0,34$) e concluem que as alterações ósseas induzidas pela menopausa e pela osteoporose são detectáveis pela ultra-sonometria e que a ultra-sonometria é um bom método de screening populacional para osteoporose¹³. Alguns autores concluem que provavelmente a ausência de correlação expresse diferenças estruturais entre as áreas analisados, ou a diversidade de transdutores e equipamentos contribua para reduzir as correlações encontradas entre os métodos.

Atividade Física Regular

Atuando tanto na prevenção quanto no tratamento da osteoporose e osteopenia a atividade física regular pode diminuir as dificuldades dos idosos em suas atividades diárias e proporcionar um envelhecimento muito mais

bem sucedido. Segundo a Estratégia Global para Dieta, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial de Saúde, é recomendado que indivíduos se envolvam em níveis adequados de atividade física e que esse comportamento seja mantido para a vida toda. Diferentes tipos, frequência e duração de atividade física são requeridos para diferentes resultados de saúde, idade e condicionamento. Pelo menos 30 minutos de atividade física regular, de intensidade moderada, na maioria dos dias da semana, reduz o risco de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de cólon e mama.¹⁴

Estudos sugerem que há uma forte relação entre a Densidade Mineral óssea com a força muscular entre outras variáveis, como a composição corporal. Assim, independente do tipo de exercício físico os indivíduos com maior força muscular e maior massa magra são menos suscetíveis aos desgastes ósseos, apesar da gordura estar relacionada com a massa óssea, por ser metabólica e envolver fatores hormonais. Ainda estes autores sugerem mais estudos devido à heterogeneidade de resultados atualmente obtidos^{2,3}.

Um programa ideal de prática física deverá incluir exercícios aeróbicos de baixo impacto e fortalecimento muscular. No caso dos idosos a caminhada é o exercício mais apropriado para prevenir osteoporose/osteopenia com um tempo aproximado de 40 minutos precedidos de aquecimento e com alongamento ao final. Deve ser observada a frequência cardíaca e preferencialmente o idoso deve ter sido avaliado por um médico e complementado com o teste de esforço. Também o exercício físico não deverá ser o substituto do apropriado tratamento medicamentoso.

Os resultados obtidos na pesquisa permitem definir um perfil das mulheres que participaram da investigação, onde foram observados dados sobre faixa etária, naturalidade, escolaridade, moradia e renda, conforme Tabela 001, sobre o Perfil Sócio Demográfico das pesquisadas.

Tabela 001. Perfil Sócio Demográfico das idosas participantes das Atividades, da UnATI/UEA (2012)

CARACTERÍSTICAS	PARTICIPANTES		CARACTERÍSTICAS	PARTICIPANTES	
	N	%		N	%
SEXO	N	%	MORADIA	N	%
Masculino	0	0	Própria	197	79,12%
Feminino	249	100%	Alugada	26	10,44%
IDADE (em anos)	N	%	Cedida ou Invadida	21	8,43%
50-64	145	58,23%	Outras	5	2,01%
65 ou mais	104	41,77%	ESCOLARIDADE	N	%
NATURALIDADE	N	%	Alfabetizado	7	2,81%
Amazonas	196	78,71%	Analfabeto	242	97,19%
Acre	6	2,41%	EDUCAÇÃO ESCOLAR	N	%
Espírito Santo	1	0,40%	Menos que 8 anos	80	32,79%
Maranhão	11	4,42%	De 8 a 12 anos	87	35,66%
Pará	17	6,83%	Mais que 12 anos	77	31,56%
Pernambuco	2	0,80%	RENDA SUFICIENTE PARA AS NECESSIDADES	N	%
Piauí	1	0,40%	SIM	163	65,46%
Rio de Janeiro	1	0,40%	NÃO	86	34,54%

			RENDA (em SM)		
				N	%
Rio Grande do Norte	2	0,80%			
Rondônia	2	0,80%	1-2 SM	97	49,49%
Roraima	3	1,20%	3-5 SM	71	36,22%
São Paulo	2	0,80%	> 5 SM	28	14,29%

Fonte: Pesquisa da Promoção a Saúde UnATI/UEA 2012

Os resultados encontrados permitem ainda inferir que 58,23% das mulheres adultas pesquisadas estão em uma provável fase menopáusicas (pré/pós), visto que este quantitativo pertence à faixa etária entre 50-64 anos.

O perfil das pesquisadas apontam para mulheres adultas naturais do Amazonas (78,71%), das quais 87,19% são alfabetizadas e mostra um equilíbrio em seus graus de educação escolar quando 32,79% tem menos que 8 anos em bancos escolares; 35,66%, freqüentaram a escola de 8 a 12 anos; e as que freqüentaram mais de 12 anos os bancos escolares foram 31,56% das pesquisadas. Quando se trata da situação econômica, 49,49% das pesquisadas informaram que recebiam de 1 a 2 salários mínimos. As que recebem de 3 a 5 salários mínimos contam 36,22% das pesquisadas e recebendo de 5 a mais salários mínimos são 14,29%, como renda declarada para sustentar suas necessidades. A propósito deste sentimento de ter renda suficiente para cobrir suas necessidades 65,46% das pesquisadas, disseram que sim, são capazes de se manter com o que recebem.

Quando se trata da informação sobre moradia a grande maioria, 79,12% revelaram residir em casa própria o que não corrobora com o nível de renda informado.

Tabela 002. Prevalência de osteoporose/osteopenia e Atividade Física. (2012)

Classificação do Calcâneo	Frequen		Atividade Física	Frequen	
	cy	Percent		cy	Percent
PENIA-POROSE	151	60,64%	Prática Regular	165	66,24%
NÃO PENIA-POROSE	98	39,36	Sedentária	84	33,73

Fonte: Pesquisa UnATI/UEA - 2012

Após a coleta e análise dos dados, verificou-se que 62,24% das mulheres que tiveram o resultado do exame de calcâneo normal para osteoporose/osteopenia praticavam atividade física regular e 37,76% não praticavam atividade física regular. Segundo a literatura o exercício físico é a melhor estratégia para combater a osteopenia e consequentemente a osteoporose, uma vez que melhora as funções orgânicas e diminui a extensão das perdas que se produzem em razão do processo de envelhecimento. Fortificando ossos, músculos e articulações o exercício físico indiretamente pode auxiliar na sua regeneração ao melhorar a função cardiovascular e permitir que chegue mais sangue a esses pontos. ¹

Das mulheres cujo exame apontou para osteoporose/osteopenia, 68,87% praticavam atividade física e 31,13% não praticavam atividade física.

Tabela 003 - Relação entre a prevalência de osteoporose/osteopenia e Atividade Física.

EXAME DE CALCÂNEO	ATIVIDADE FISICA		Total
	SIM	NAO	
2-Normal	61	37	98
Row %	62,24%	37,76%	100,00%
1-Penia-Porose	104	47	151
Row %	68,87%	31,13%	100,00%

Fonte: Pesquisa UnATI/UEA - 2012

Entre as pesquisadas com normalidade no exame do calcâneo, 62,24% praticavam regularmente uma atividade física, enquanto que 37,76% eram sedentárias. Já as que apresentaram resultados alterados de osteoporose/osteopenia, 68,87% praticavam exercícios físicos regularmente, enquanto que 31,13% eram sedentárias. De acordo com a literatura muitos são os fatores que poderão influenciar no aparecimento da osteoporose: genética, estilo de vida, a quantidade de exercícios que fazemos e o a boa alimentação (considerando para os ossos cálcio e vitamina D) que tivemos ao longo da vida¹⁵. No caso da pesquisa, a prática regular de exercício físico aparece nas mulheres com osteoporose/osteopenia, no entanto não se sabe se a prática se iniciou após o diagnóstico ou tardiamente.

Tabela 004 - Relação entre a Atividade Física e prevalência de osteoporose/osteopenia.

EXAME DE CALCÂNEO	ATIVIDADE FISICA	
	SIM	NÃO
2-Normal	61	37
Col %	36,97%	44,05%
1-Penia-Porose	104	47
Col %	63,03%	55,95%
Total	165	84
Col %	100,00%	100,00%

Fonte: Pesquisa UnATI/UEA - 2012

Entre as pesquisadas que praticavam atividade física 36,97% tiveram resultado normal para osteoporose/osteopenia enquanto que 63,03% estavam com os resultados positivos para osteoporose/osteopenia. **Das sedentárias 55,95% estavam em processo de perda óssea.** O que pode não relacionar como causa-efeito, nesses casos, a osteoporose/osteopenia e o sedentarismo,

apesar de que, não se dispõe de dados suficientes para aferir se a presença da qualidade da atividade física se era realmente uma prática regular e anterior ao diagnóstico. Definir qual o tipo de exercício físico é o ideal para aumentar a massa óssea, em qualquer idade é de grande valia na prevenção e tratamento da osteoporose. Associar Densidade Mineral Óssea (DMO) com composição corporal e força muscular tem demonstrado uma melhoria nos parâmetros densitários no tecido ósseo².

Já as que não praticavam exercícios físicos regularmente, 44,05% tiveram resultados normais para osteoporose/osteopenia, enquanto que 55,95% estavam com os resultados para osteoporose/osteopenia, alterados.

Observando os números da pesquisa foi possível identificar a incidência de osteoporose/osteopenia nas mulheres pesquisadas. No entanto a relação da doença com atividade física não foi totalmente mensurável, tendo em vista o número considerável de mulheres com osteoporose/osteopenia e que também mantinham um programa regular de atividade física, sem entretanto ser definida a carga e o tipo de atividade praticada.

CONCLUSÃO

Quanto à pesquisa verificou-se que um número prevalente de mulheres com resultados positivos para osteoporose/osteopenia (63,03%) tinham atividades físicas regulares. Portanto, isso demonstra que necessariamente a incidência de osteoporose/osteopenia não está vinculada a prática de atividade física regular. Portanto não foi possível afirmar que a prática regular de atividade física esteja diretamente relacionada a uma menor

incidência de osteoporose/osteopenia, pois seriam necessárias mais informações sobre a qualidade da atividade física referida por essas idosas. Conclui-se finalmente que a atividade física é um importante prognosticador da saúde óssea, entretanto para uma conclusão mais precisa há necessidade de aprofundar o estudo em questão para verificar o tempo (quando e quanto tempo) que as pesquisadas despendem realizando atividade física, para resultados mais satisfatórios e mais completos.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Contagem da população Brasileira Rio de Janeiro, 2010.

1 **HAYFLICK, L.** *Como y por qué envejecemos.* Barcelona: Editorial Herder.1999.

2 **BALTES, P.***Life Span development and Behavior.* (Vol. 2). New York: Academic Press. 1979.

3 **RIBEIRO, E. E.** *Envelhescência.* Rio de Janeiro: UnATI/UERJ. 2008.

4 **NERI, Anita Liberasso.** Teorias Psicológicas do Envelhecimento: Percurso Histórico e Teorias atuais. In **TRATADO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA.** Elizabeth Viana de Freitas...[et al.].- 2 ed.b Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

5 **SOMMERHALDER Cinara e GOLDSTEIN, Lucila L.** O Papel da Espiritualidade e da Religiosidade na Vida Adulta e na Velhice. In **TRATADO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA.** Elizabeth Viana de Freitas...[et al.].- 2 ed.b Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

6 **PAPALÉO NETO, Matheus.** O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In **TRATADO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA.** Elizabeth Viana de Freitas...[et al.].- 2 ed.b Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

7 **SALTHOUSE, T.** Theories of Cognition. In: V. B. Schaie, *Handbook od Theories of Aging* (pp. 196-208). New York: Springer Publishing Co.1999.

8 **WELLFORD, A.T.**Motor Performance. In: Birren, G. e Schaie K.(Eds). *Handbook of Psychology of aging.* New York. 1977.

¹⁰ Paixão JR. CM, Reichenheim M.E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):7-19, jan-fev, 2005.

¹¹ **WHITBOURNE, S. K y WEINSTOCK, C.** "Adult Development". Holt, Rinehart and Winston. New York. 1979.

¹² <http://www.herniadedisco.com.br/doencas-da-coluna/osteopenia-e-osteoporose/> Guarniero e Oliveira (2004) e o Ministério da Saúde (2002:515).

¹³ **MENDES PEREIRA**, Silva Regina e **MENDONÇA**, Laura Maria Carvalho de. Osteoporose e Osteomalacia. In **TRATADO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**. Elizabeth Viana de Freitas...[et al.].- 2 ed.b Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

¹⁴ **PAYER, L**, Culture and Medicine. Holt Paperback, New York 1996 .

¹⁵ **HEANEY RP, AVIOLI LV, CHESNUT CH III, LAPPE I, RECKER RR, BRANDENBURGER GH.** Osteoporotic bone fragility: detection by ultrasound transmission velocity. *JAMA*, 1989.

¹⁶ **BAUER DC, GLUER CC, GENANT HK, STONE K.** Quantitative ultrasound and vertebral fracture in postmenopausal women. *J Bone Miner Res*, 1995; 10: 353-358.

¹⁷ **HANS D, DARGENT-MOLINA P, SCHOTT AM, et al.** Ultrasonographic heel measurements to predict hip fracture in elderly women: the EPIDOS prospective study. *Lancet*, 1996; 348:511-514.

¹⁸ **BADALOTTI, Mariangela.** Ultra-sonometria de calcâneo em mulheres pré e pós-menopáusicas comparação com densitometria óssea. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 1998, vol.20, n.4, pp. 225-225. ISSN 0100-7203.

PROGNÓSTICO DO MAL DE ALZHEIMER EM IDOSOS FUTUROS (2030) DA CIDADE DE MANAUS

Juliana Batista Lima¹, Silva-Lima, Terezinha², Marcia Batista Santoro³, Euler Esteves Ribeiro⁴, Nascimento, Vanusa⁴, Mota, Kenya⁵, Folhadela, Stella⁶, Cruz, Ivana⁷

¹Psicóloga e Gerontóloga – Angatu Clínica Psicológica;

²Doutora em Ciências Políticas e Sociais e Gerontóloga (UnATI/UEA) (Universidade de Artes y Ciencias Sociales – Chile);

³Gerontóloga da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UEA);

⁴Doutor em Gerontologia e Geriatria. Diretor da UnATI/UEA;

⁵Enfermeira e Gerontóloga da Universidade Aberta da Terceira Idade. (UEA);

⁶Doutoranda em Gerontologia Clínica – UFSM (RS)

⁷Doutora em Biogenética . Laboratório de Biogenômica, Departamento de Morfologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria.

Correspondências para: Juliana Batista Lima

Rua Rio Içá, 14 - Ns. das Graças, Manaus - AM, 69053-100 - **Telefone:**(92) 3584-684– julianablina@hotmail.com

RESUMO

No Amazonas, segundo a contagem populacional realizada pelo IBGE em 2010, a população estimada para o Estado é de 3.350.773 habitantes.. Investigações de base populacional, sobre estilo e condições de vida são raras e quase inexistentes na região Norte do país, o que por si justifica o incremento de pesquisas desse porte. **OBJETIVO:** Estimar a prevalência do Mal de Alzheimer em idosos futuros a partir de evidências autorreferidas de Stress e Depressão em envelhescentes residentes na zona urbana da cidade de Manaus, na atualidade. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa Transversal correlacional/causal de diagnóstico que tem como propósito observar as atuais condições sociais de saúde dos indivíduos que serão idosos a partir do ano de 2030. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos pesquisados,

39,0% já foram diagnosticados com estresse; 9,2% diagnosticados com depressão. Sobre o estado de Depressão dos pesquisados verificou-se que 9,6% dos indivíduos, por vários dias tinham tido pouco interesse ou pouco prazer em realizar suas atividades. Deprimido ou sem perspectiva (13,3%); Tiveram dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormir mais do que de costume 15,2%; Se sentiram cansado/a ou com pouca energia 18%; Tiveram falta de apetite ou vontade de comer demais, 11,3%; Se sentiram mal consigo mesmo/a, ou acharam que é um fracasso ou se decepcionaram com a família ou ele mesmo, 7,4% dos indivíduos. 9,9%, disseram ter dificuldade para se concentrar nas coisas como ler jornal ou ver Televisão; Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto andando de um lado para o outro muito mais que de costume foram 6,5%; Os que pensaram em se ferir de alguma maneira, ou que seria melhor estar morto/a, chegam a 4,9%; e os que tiveram alguma dificuldade, por causa de seus problemas referidos na tabela para realizar o seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas chegaram a 10,8%. Para o desenvolvimento do Mal de Alzheimer são considerados fatores de risco: estresse, hipertensão arterial, depressão, diabetes, obesidade, tabagismo e sedentarismo. Tais fatores consistem em hábitos modificáveis, que, se forem controlados a tempo, podem retardar o surgimento da doença (Alzheimer's Disease International, 2009). A educação, nesse sentido, surge como importante aliada na prevenção das doenças e no próprio diagnóstico e cuidado da pessoa portadora de Doença de Alzheimer. **CONCLUSÃO:** o estudo conclui que os dados encontrados na pesquisa quando comparados às pesquisas em nível nacional e internacional já demonstra que a população que está envelhecendo na Cidade de Manaus, já desponta com potencial de risco para o Mal de Alzheimer, como um pano de fundo para o cenário já a partir de 2030, já que elevado número de indivíduos sem interesse de realizar qualquer atividade física, além do alto número de indivíduos portadores de Stress, Depressão como doenças autorreferidas, são precursoras do Mal de Alzheimer. Não sendo esta, entretanto, a única causa. Conclui ainda que a cura e uma prevenção definitiva para o Mal de Alzheimer ainda não existe, apesarde pesquisas estarem em andamento por todo o planeta.

ABSTRACT

In the Amazon, according to the population count conducted by IBGE in 2010, the estimated population for the state is 3.350.773 habitants. Based population investigations on style and living conditions are rare and almost non-existent in the north of the country, which by itself justifies the increase of research of this size. To estimate the prevalence of Alzheimer's disease in future seniors from self-reported evidence of Stress and Depression in young adults lived in the city of Manaus, today. **METHODOLOGY:** This is a Cross research correlational / causal diagnosis that aims to observe the current social health status of individuals who will be seniors from the year 2030. **RESULTS AND DISCUSSION:** Of the respondents, 39.0% have been diagnosed with stress; 9.2% diagnosed with depression. About Depression status of respondents found that 9.6% of subjects for several days had had little interest or little pleasure in doing their activities. Depressed or dead-end (13.3%); Had difficulty falling asleep or staying asleep or sleeping more than usual 15.2%; They felt tired / a or low energy 18%; They had no appetite or desire to overeat, 11.3%; Felt bad about yourself / a, or thought is a failure or disappointed with your family or himself, 7.4% of subjects. 9.9% said they had trouble focusing on things such as reading the newspaper or watching TV; Slow to move or talk, about other people perceive or the opposite - being so busy / walking to or restless from one side to the other much more than usual were 6.5%; Those who thought of getting hurt in some way, or it would be better to be dead / a, amount to 4.9%; and those who had some difficulty because of their problems referred to in the table to do their job, take care of things at home or to relate to people reached 10.8%. For the development of Alzheimer's disease are considered risk factors: stress, hypertension, depression, diabetes, obesity, smoking and physical inactivity. These factors consist of modified habits, which are supervised in time, can delay the onset of the disease (Alzheimer's Disease International, 2009). Education in this sense emerges as an important ally in disease prevention and proper diagnosis and care of the person carrier of Alzheimer's disease. **CONCLUSION:** the study concludes that the data found in research compared to research at national and international level already shows that the aging population in the city of Manaus, is shaping with potential risk for Alzheimer's disease, as a backdrop for the scenario starting in 2030, as large numbers of individuals with no interest to perform any physical activity, and the high number of

individuals with Stress, Depression and self-reported diseases, they are precursors of Alzheimer's disease. However this is not, the only concerned. It also concludes that a definitive cure and prevention for Alzheimer's disease does not yet exist, although studies are underway around the globe.

INTRODUÇÃO

Envelhecer é uma consequência do nascimento e um processo natural da maioria dos seres vivos, independente de espécie. Hoje, entretanto, com os excessos do culto a beleza e a boa forma, envelhecer assusta¹. A ideia do “para sempre jovem” transita com frequência no imaginário dos indivíduos, principalmente, porque tal concepção vem sendo fortemente arraigada na sociedade, ser velho é cair em desuso.

Embora esta constatação possa parecer extremista, de fato se verifica a marginalização e o preconceito para com a pessoa idosa², formas essas de pensamento e ação que precisam ser revistas e mudadas, tendo em vista que o mundo está envelhecendo e que, brevemente, seremos uma sociedade predominantemente de idosos.

Deixa-se claro esta questão, pois no contexto analisado pelo presente estudo, que discorre acerca da Doença de Alzheimer entre a população idosa, tais fatores contribuem negativamente para perspectivas de cenários futuros. Desse modo, apesar de a maioria das pessoas temerem o envelhecimento, se faz imprescindível a compreensão de que é possível chegar a uma idade mais avançada de forma saudável e ativa^{1,11}.

Nesse sentido, vale destacar que para além do próprio bem-estar dos indivíduos, medidas educativas e preventivas poderiam contribuir para a redução dos gastos com saúde pública, principalmente, aqueles com a saúde dos envelhecidos³, uma vez que a qualidade de vida aumentada contribui para a minimização da incidência de doenças.

O envelhecimento é temido, diante desse contexto, por seus efeitos no corpo humano, tendo em vista que com o passar dos anos, o indivíduo se torna mais frágil e suscetível, o que varia de organismo para organismo. Por essa perspectiva, a Doença ou Mal de Alzheimer figura como a mais temida entre as enfermidades crônico-degenerativas, sendo inclusive apelidada de o “mal do século”³. Não obstante, constitui o tipo mais comum de demência e sua incidência é mais habitual entre a população idosa, sendo raros os casos da Doença de Alzheimer em jovens.

O portador do Mal de Alzheimer (MA) perde, de modo gradativo, a noção de tempo e espaço¹. Portanto, o temor existente com relação à Doença de Alzheimer é plenamente válido e inquestionável, levando-se em consideração que, como uma espécie de ladrão de memórias, a Doença de Alzheimer tem se tornado um problema de saúde pública e um desafio de proporções consideráveis aos governos, encontrando-se no ranking das doenças de maior prevalência entre os idosos.

Exatamente por tais averiguações é que se originou o interesse pelo

estudo da temática, visando responder quais as perspectivas de abrangência da ocorrência da Doença de Alzheimer entre a população de idosos a partir de 2030 na cidade de Manaus, tendo com base o atual cenário. Para isso, a pesquisa ouviu 2500 indivíduos de ambos os sexos com idade entre 30 e 59 anos (envelhecentes), residentes na cidade.

Com esse intuito, objetiva-se traçar um diagnóstico hipotético da prevalência do Mal de Alzheimer nos idosos da cidade de Manaus a partir de 2030, com base nos resultados obtidos na pesquisa de campo, valendo-se da revisão dos marcadores teóricos acerca do, tendo em vista uma prospecção evolutiva do quadro da doença na cidade.

É um dos produtos da pesquisa **“Marcadores sociais de envelhecimento e qualidade de vida do idoso de 2030 da zona urbana de Manaus-Am”**, realizado pela Universidade do Estado do Amazonas, via Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UEA) com o apoio financeiro da Fundação de Apoio a Pesquisa do Amazonas (FAPEAM) e Coordenado pela Profa. Dra. Terezinha Lima Silva cujo objetivo foi estimar o perfil de saúde e de qualidade de vida do idoso a partir do ano de 2030, da área urbana da cidade de Manaus, em função do estilo atual de vida, suas relações sociais e familiares, o grupo étnico, o ambiente de floresta e o estágio de seu envelhecimento^{5,6}.

Os dados basais da pesquisa evidenciam o perfil do pesquisado, definindo lhes o gênero, a raça, a cor, a naturalidade, a situação conjugal e a sua religião, conforme Tabela 1 a seguir:

Tabela 1. Distribuição segundo a frequência do gênero, idade, raça/cor, naturalidade situação conjugal e religião dos indivíduos na faixa etária de 30 a 59 anos na zona urbana da cidade de Manaus - AM.

Variáveis (n = 2500)	f_i	%
Gênero		
Masculino	1208	48,3
Feminino	1292	51,7
Idade		
30 --- 39	1180	47,2
40 --- 49	811	32,4
50 --- 59	509	20,4
Média ± DP	41,7 ±	
Raça/Cor		
Parda	1725	69,1
Branca	471	18,8
Negra	181	7,2
Indígena	56	2,2
Outra	67	2,7
Naturalidade		
Manaus	1448	57,9
Interior do AM	506	20,2
Outro Estado	541	21,6
Outro País	5	0,2
Situação conjugal		
Casado	1137	45,5
União estável	455	18,2
Solteiro	684	27,4

Viúvo	61	2,4
Separado	96	3,8
Divorciado	67	2,7
Religião		
Católico	1360	54,4
Evangélico	941	37,6
Sem religião	126	5,0
Outra	66	2,6
Umbanda	7	0,4

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Silva, Lima. T. Pesquisa Marcadores Sociais de Envelhecimento e qualidade de vida do idoso futuro da zona urbana de Manaus-Am (2013).

A concentração etária da pesquisa deu-se na faixa etária entre 30 e 39 anos, proporcional aos dados de concentração populacional do IBGE (2010), despontando essa faixa com 47,2% do total dos indivíduos. A faixa etária entre 40 e 49 anos, foi contemplada com 32,4% , e 20,4% dos pesquisados estavam na faixa de 50 a 59 anos o que confirma a proporcionalidade da amostra com relação à população da Cidade de Manaus.

A cor predominante entre os pesquisados foi a parda (69,1%), cor também predominante nesta linha dos trópicos. Indivíduos da cor Branca foram 18,8%; de cor Negra 7,2%; Indígenas com 2,2% ao contrário do que se espera os indígenas não são afeitos ao estilo urbano e sua predominância nestas áreas são reduzidas como mostra a pesquisa.

Os 57,9% dos indivíduos eram nativos da Cidade de Manaus, contra 20,2% de indivíduos migrados do interior do Estado e 20,6% de outros

estados brasileiros. O número de estrangeiros por estes lados é ínfimo com 0,2% da população residente. Predominou a indicação de indivíduos casados, com 45,5% e de 18,2% vivendo em união estável. Seguiu-se uma proporção de 27,4% de solteiros, como pontos relevantes. Apesar do grande crescimento das religiões evangélicas (37,6%), o catolicismo ainda predomina na cidade de Manaus, com 54,4% dos indivíduos.

Tabela 02. Distribuição segundo os problemas de saúde, dos indivíduos na faixa etária de 30 a 59 anos na zona urbana da cidade de Manaus - AM.

Variáveis (n = 2500)	f_i	%
Alguma vez um médico ou profissional de saúde disse ao Sr.^a que tem ou teve		
Estresse	976	39,0
Problemas Estomacais	461	18,4
Hipertensão	459	18,4
Obesidade	375	15,0
Problemas no fígado	240	9,6
Depressão	229	9,2
Artrite/Artrose	212	8,5
Diabetes	171	6,8
Problemas cardíacos	158	6,3
Osteopenia/Osteoporose	102	4,1
Problema de Próstata	58	2,3
Derrame (AVC)	48	1,9
Câncer	13	0,5
Outros	351	14,0

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Silva, Lima. T. Pesquisa Marcadores Sociais de Envelhecimento e qualidade de vida do idoso futuro da zona urbana de Manaus-Am (2013).

Dos pesquisados, chama a atenção a quantidade de indivíduos que já foi alguma vez diagnosticado com ESTRESSE e DEPRESSÃO que são enfermidades com potencial de proximidade com o Mal de Alzheimer futuro. Destes indivíduos perfazendo De todos os arguídos 39% disseram ter em seu histórico de vida o Estresse e 9,2%, Depressão, como enfermidades autorreferidas.

Tabela 03. Distribuição segundo a frequência das variáveis da avaliação de depressão nos indivíduos na faixa etária de 30 a 59 anos na zona urbana da cidade de Manaus - AM.

Variáveis (n = 2500)	f_i	%
Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas		
Nenhuma vez	2033	81,3
Vários dias	241	9,6
Mais da metade dos dias	182	7,3
Quase todos os dias	44	1,8
Se sentiu “pra baixo” deprimido ou sem perspectiva		
Nenhuma vez	1897	75,9
Vários dias	333	13,3
Mais da metade dos dias	232	9,3
Quase todos os dias	38	1,5
Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormir mais do que de costume		
Nenhuma vez	1854	74,2
Vários dias	382	15,2
Mais da metade dos dias	149	6,0
Quase todos os dias	115	4,6
Se sentir cansado/a ou com pouca energia		
Nenhuma vez	1562	62,5

Vários dias	452	18,0
Mais da metade dos dias	299	12,0
Quase todos os dias	187	7,5
Falta de apetite ou comendo demais		
Nenhuma vez	1899	76,0
Vários dias	282	11,3
Mais da metade dos dias	200	8,0
Quase todos os dias	119	4,8
Se sentir mal consigo mesmo/a, ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a		
Nenhuma vez	2201	88,0
Vários dias	185	7,4
Mais da metade dos dias	89	3,6
Quase todos os dias	25	1,0
Dificuldade para se concentrar nas coisas como ler jornal ou ver Televisão		
Nenhuma vez	2015	80,6
Vários dias	248	9,9
Mais da metade dos dias	168	6,7
Quase todos os dias	69	2,8
Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto que você fica andando de um lado para o outro muito mais que de costume		
Nenhuma vez	2161	86,4
Vários dias	163	6,5
Mais da metade dos dias	140	5,6
Quase todos os dias	36	1,4
Pensar em se ferir de alguma maneira, ou que seria melhor estar morto/a		
Nenhuma vez	2242	89,7
Vários dias	123	4,9
Mais da metade dos dias	109	4,4

Quase todos os dias	26	1,0
Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar o seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as		
Nenhuma dificuldade	2080	83,2
Alguma dificuldade	270	10,8
Muita dificuldade	119	4,8
Extrema dificuldade	31	1,2

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Silva, Lima. (2013). T. Pesquisa Marcadores Sociais de Envelhecimento e qualidade de vida do idoso futuro da zona urbana de Manaus-Am.

Nos resultados sobre o estado de Depressão dos pesquisados verificou-se que 9,6% dos indivíduos, por vários dias tinham pouco interesse ou pouco prazer em realizar suas atividades.

Se sentiram “pra baixo” deprimido ou sem perspectiva (13,3%) dos pesquisados; Tiveram dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormir mais do que de costume 15,2%; Se sentiram cansado/a ou com pouca energia 18%; Tiveram falta de apetite ou vontade de comer demais, 11,3; Se sentiram mal consigo mesmo/a, ou acharam que é um fracasso ou se decepcionaram com a família ou ele mesmo, 7,4% dos indivíduos.

9,9%, disseram ter dificuldade para se concentrar nas coisas como ler jornal ou ver Televisão; Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto andando de um lado para o outro muito mais que de costume foram 6,5%; Os

que pensaram em se ferir de alguma maneira, ou que seria melhor estar morto/a, chegam a 4,9%; e os que tiveram alguma dificuldade, por causa de seus problemas referidos na tabela para realizar o seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas chegaram a 10,8%.

Tabela 04. Distribuição segundo a frequência das variáveis da avaliação de qualidade de vida dos indivíduos na faixa etária de 30 a 59 anos na zona urbana da cidade de Manaus - AM.

Variáveis (n =)	f_i	%
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão		
Nunca	1293	51,7
Algumas vezes	927	37,1
Frequentemente	210	8,4
Muito frequentemente	49	2,0
Sempre	21	0,8

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Silva, Lima. T. Pesquisa Marcadores Sociais de Envelhecimento e qualidade de vida do idoso futuro da zona urbana de Manaus-Am (2013).

A Tabela acima mostra, em parte, dados sobre a Avaliação da Qualidade de Vida, que quase a metade dos pesquisados já teve alguma vez um episódio de sentimentos negativos, mau humor, ansiedade e depressão, se somarmos os que disseram, “algumas vezes”, “frequentemente”, “muito frequentemente” e “sempre”, perfazendo um total de 48,30% o que leva a se pensar em que tipo de sociedade os indivíduos estão vivendo e, em que, esta sociedade está metamorfoseando seus indivíduos.

A concentração etária da pesquisa deu-se na faixa entre 30 e 39 anos, proporcional aos dados de concentração populacional, na Zona Urbana da Cidade de Manaus, conforme dados do IBGE (2010), despontando essa faixa com 47,2% do total dos indivíduos o que confirma a proporcionalidade da amostra com relação à população da Cidade de Manaus.

A idade é um fator importante no contexto do estudo do Alzheimer. Neste caso a pesquisa mostrou que 51,7% dos indivíduos são do sexo feminino. Pesquisas indicam que o MA costuma se manifestar entre 60 a 65 anos, porém, essa média de incidência recua para as faixas entre os 35 e os 60 anos¹⁰, conforme a característica de enfermidade epidemiológica se concretiza e se apresenta para o futuro da humanidade.

Muitos estudos sugerem que o Mal de Alzheimer afeta mais a população feminina. Contudo, tal verificação pode induzir ao erro, como apontam outras pesquisas, pois, as mulheres, enquanto grupo, possuem uma estimativa de vida maior, o que leva a deduzir que se os homens vivessem por um maior período de tempo, e não morressem de outras doenças, conseqüentemente, o número da população masculina a sofrer de DA seria próximo ou igual ao das mulheres¹⁰.

Não foram evidenciados dados expressivos que relacionem a cor, a raça e o estilo urbanos que inferissem aportes significativos como fatores de risco para o desenvolvimento do MA. Também não se chegou a conclusão que fatores geográficos ou climáticos (ambientais) tenham ligação com o

desenvolvimento do Mal de Alzheimer, logo, a regionalidade não é um fator determinante^{10,2}.

Do mesmo modo, a situação conjugal não tem qualquer relevância ao desenvolvimento do Mal de Alzheimer. Entretanto, aqueles indivíduos que sofrem com a doença e contam com o apoio de seus familiares e seus cônjuges, possuem uma qualidade vida melhor⁶.

Com relação à opção religiosa, buscou-se averiguar a religiosidade dos indivíduos participantes da entrevista, pois como se pode averiguar nos últimos marcadores obtidos por pesquisas antropológicas e sociais, a religião e a fé são grandes aliadas do ser humano em suas batalhas pessoais .De modo geral, a fé tem características únicas e move os indivíduos a estados de superação. No caso da Doença de Alzheimer, verificou-se não haver estudos correlatos, porém, manter a crença em algo maior ajuda os pacientes a lidar com os problemas que vão se desenrolando no decorrer da doença, principalmente, se a pessoa é religiosa desde a idade mais tenra².

Para o desenvolvimento do Mal de Alzheimer são considerados fatores de risco: estresse, hipertensão arterial, depressão, diabetes, obesidade, tabagismo e sedentarismo. Tais fatores consistem em hábitos modificáveis, que, se forem controlados a tempo, podem retardar o surgimento da doença². A educação, nesse sentido, surge como importante aliada na prevenção das doenças e no próprio diagnóstico e cuidado da pessoa portadora de Doença de Alzheimer.

O conhecimento dos sinais e sintomas permite não somente um diagnóstico precoce, mas também possibilita um cuidado mais humanitário, além de reduzir as cargas de estresse a serem enfrentadas pelos familiares e cuidadores dos indivíduos com a doença já instalada². O se sentir fragilizado no ato de cuidar², conforme se observou, é uma constante entre aquelas pessoas que se dedicam a esses pacientes, porém, existem atualmente redes de apoio aos familiares e cuidadores, como a ABRAZ⁶, que, possui uma sede regional.

A educação – o conhecimento - é de suma importância no contexto dessa doença também em função de desmitificar crendices, como por exemplo, a contagiosidade do MA, pois, sabe-se comprovadamente que não se trata de uma doença transmissível^{2,4}. A quantidade de anos reservados em bancos escolares, ou de estudos formais, parece ser a maior proteção ao risco do MA, já que há evidências que a plasticidade neuronal pode estar relacionada ao processo de regeneração cerebral.

Os níveis de estresse e depressão encontrados na população pesquisada levam a se considerar que a liberação do cortisol nos estados de estresse que destroem células produzindo moléculas de radicais livres^{2,3}, podem ser importantes precursores do Mal de Alzheimer, que junto ao quantitativo de indivíduos que disseram mostrarem-se deprimidos, com perturbação do humor e sentimento de exclusão (13%) tem sido, frequentemente, apontados em pesquisas recentes como fatores de risco

⁷(Carretta, 2012).

Pesquisas demonstram que pessoas mais velhas que tem sintomas de depressão estão mais propensas a desenvolver demência se comparadas a indivíduos sem os sintomas depressivos, isso porque a depressão está vinculada a altos níveis de cortisol, que podem vir a danificar o hipocampo, o que potencializa o risco de demência². Ao longo da doença, os sintomas depressivos são intensificados e observados em até 40-50% dos pacientes, já os casos de transtornos depressivos atingem de 10-20% dos casos⁷(Carretta, 2012).

CONCLUSÕES

O Mal de Alzheimer se tornou uma das principais preocupações em termos de saúde pública da população idosa, principalmente, por se tratar de um distúrbio neurodegenerativo progressivo e fatal, e tem como característica uma deterioração cognitiva e da memória, comprometendo progressivamente as atividades cotidianas, apresentando ainda uma gama de outros sintomas neuropsiquiátricos e alterações comportamentais. O Mal de Alzheimer, sem dúvida, é degenerativo e findado, indiscutivelmente, com a memória dos indivíduos portadores.

É um fato que ao envelhecer, grande parte das pessoas reclama com maior frequência de perda de memória, mais corriqueira na forma de

esquecimentos acerca de situações ocorridas no dia a dia. Na verdade o risco mais conhecido e aceito na comunidade científica como predictor do Mal de Alzheimer é a idade.

O estudo preocupou-se com a prevalência da doença no cenário regional, buscando identificar perspectivas da prevalência do MA a partir de 2030. Como pensar em proteção dos indivíduos para a doença implica em fatores multifatoriais sujeitos ao estilo de vida que o indivíduo cultivou durante sua história de vida; a prática de atividades físicas; o tipo de dieta mantida; a saúde emocional; a prática educacional, comprovadamente um fator de proteção do Alzheimer; e a questão genética o estudo conclui que os dados encontrados na pesquisa quando comparados às pesquisas em nível nacional e internacional já demonstra que a população que está envelhecendo na Cidade de Manaus, já desponta com potencial de risco para o Mal de Alzheimer, como um pano de fundo para o cenário já a partir de 2030, já que elevado número de indivíduos sem interesse de realizar qualquer atividade física, além do alto número de indivíduos portadores de Stress, Depressão como doenças autorreferidas, são precursoras do Mal de Alzheimer. Não sendo esta, entretanto, a única causa.

Conclui ainda que a cura e uma prevenção definitiva para o Mal de Alzheimer ainda não existe, apesar de pesquisas estarem em andamento por todo o planeta, como a equipe do Dr. Andres Lozano (2012), no Canadá².

O Mal de Alzheimer, com suas perspectivas de futuro para a humanidade, é uma das enfermidades que mais assustam as sociedades pelo seu nível de comprometimento individual, familiar e econômico.

Neste trabalho foi possível observar que a população da Zona Urbana de Manaus, não está, como as demais sociedades, livre desta enfermidade que se avizinha.

A intenção desse trabalho foi levantar o debate e mostrar que a sociedade está vulnerável e isso foi demonstrado quando se observa os níveis de stress e depressão e de baixa escolaridade autorreferidos nestes indivíduos.

As recomendações que o trabalho evidencia, não para uma prevenção, já que ainda não se tem evidências concretas de que exista um fator de proteção para o Mal de Alzheimer já é possível se afirmar que fatores como a Dieta Alimentar, a Educação, os Exercícios Físicos, a condição Econômica e Socioambiental, conjuntamente, se trabalhados equilibradamente certamente funcionarão como redutores de risco para esse importante Mal.

Finalmente recomenda-se que somente com a consciência de que são hábitos saudáveis como: a prática de atividades físicas, alimentação saudável, controle do peso, não fumar, consumir bebidas alcoólicas em pequenas quantidades, manter-se ativo mentalmente (ler, estudar), ter boas relações e realizar exames médicos periodicamente, continua sendo a

melhor forma para prevenção não só o Mal de Alzheimer como também outras doenças.

REFERÊNCIAS

¹ Correa, Marieles Rodrigues. Cartografias do Envelhecimento na Contemporaneidade: Velhice e Terceira Idade. São Paulo. Cultura Acadêmica. 2009.

²Vono, Zulmira Elisa. *O bem no mal de Alzheimer*. São Paulo : Senac São Paulo, 2009.

³Filho, Wilson Jacob e Kikuchi, Eliana Lika. *Geriatría e gerontologia básicas*. Rio de Janeiro : Elsevier, 2012.

⁴Cayton, Harry, Warner, James e Graham, Nori. *Tudo sobre doença de Alzheimer*. São Paulo : Andrei, 2000.

⁵Paixão JR. CM, Reichenheim M.E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):7-19, jan-fev, 2005.

⁶ABRAZ, Associação Brasileira de Alzheimer. ABRAZ. [Online] 2013. [Citado em: 10 de Novembro de 2013.] <http://abraz.org.br/>

⁷Camargo, Izabel Eri. *Doença de Alzheimer*. Porto Alegre : AGE, 2003.

⁸Hendrie HC, Hall KS, Ogunniyi A, Gao S. Alzheimer's disease, genes, and environment: the value of international studies. Can J Psychiatry. 2004 Feb;49(2):92.

⁹*Perspectivas atuais na prevenção*. Carretta, Marisa Basegio e Scherer, Sabrina. 1, Porto Alegre : s.n., 2012, Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento, Vol. 17, pp. 37-57.

¹⁰ [www.alert-online.com/br/news/health/portal/Cura de Alzheimer cada vez mais perto](http://www.alert-online.com/br/news/health/portal/Cura_de_Alzheimer_cada_vez_mais_perto). Citado em: 23 de janeiro de 2014

¹¹Cayton, Harry, Warner, James e Graham, Nori. *Tudo sobre doença de Alzheimer*. São Paulo : Andrei, 2000.

ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA FAMILIAR NO ÂMBITO DA UNIVERSIDADE DA TERCEIRA IDADE EM MANAUS

COSTA, Michelle Silva¹; RIBEIRO, Euler Esteves²; SILVA, Adan Renê Pereira³; PRAIA, Raquel de Souza⁴; ARAÚJO, Arthenize Riame Praia⁵; NETA, Inez Siqueira Santiago⁶; RIBEIRO, Ednéia Aguiar Maia⁷; OZORES, Juliana Maria Brandão⁸

¹ Assistente Social, discente do Curso de Pós-Graduação em Política Pública de Atenção à Família.

² Orientador do projeto Saúde em Casa, médico, doutorado em Medicina e Ciências da Saúde; diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI/UEA).

³ Mestre em Psicologia pela UFAM; especialista em História da saúde na Amazônia pela FIOCRUZ.

⁴ Enfermeira; mestrado em Ciências da Saúde pela Uniamericas (Fortaleza/CE); especialização em urgência e emergência, pela UFAM.

⁵ Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Paulista (UNIP/AM); integrante do Projeto Saúde em casa- UNATI/UEA.

⁶ Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM).

⁷ Co-orientadora do projeto Saúde em Casa, médica e especialista em Gerontologia

⁸ Chefe da equipe multidisciplinar, médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

Correspondências para:

Michelle Silva Costa, Rua São Hermes, 163 Monte das Oliveiras – Cep 69093- 817 Manaus/Amazonas. Fone: (92) 99284-1750 - E-mail: assistentemichelle@gmail.com

RESUMO

Introdução: Este artigo trata-se do tema do envelhecimento da população idosa que frequenta o espaço de convivência social - Universidade da Terceira Idade - em Manaus, referenciando as condições e a qualidade de vida conquistadas no cotidiano dessas pessoas, tomando como meta o conhecimento da influência do familiar nessa qualidade de vida e da necessidade constante de convivência que pode exercer um papel positivo ou negativo, conforme sua atuação neste convívio. **Metodologia:** Quanto ao método, utilizou-se uma extensa revisão bibliográfica baseada no Scientific Electronic Library Online, com os seguintes descritores: idoso, família e qualidade de vida. **Resultados:** Constatou-se que o núcleo familiar deve valorizar as perdas afetivas dos idosos, as necessidades individuais, o respeito pelas decisões próprias e a compreensão das limitações físicas, além de estimular o autocuidado, contribuir para a autonomia e independência desses indivíduos. **Conclusão:** O ato de ignorá-los ameaça a dignidade dos mesmos, pois o descrédito dessas necessidades pode acarretar danos irreversíveis. Não obstante, a superproteção dos familiares por medo ou amor excessivo pode acentuar o declínio cognitivo e funcional.

Descritores: Atenção Integral à Saúde do Idoso; Relações Familiares; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: This article comes from the elderly population aging issue that frequents the social living space - University of the Third Age - in Manaus, referencing the conditions and quality of life won in the daily lives of these people, having as target the knowledge of the influence of this family quality of life and the constant need for coexistence that may have a positive or negative role, as its presence in this interaction. **Methods:** As for the method, we used an extensive literature review based on the Scientific Electronic Library Online, with the following keywords: Old, family and quality of life. **Results:** It was found that the family unit should value the emotional losses of the elderly individual needs, respect for own decisions and understanding

the physical limitations, and encourage self-care, contribute to the autonomy and independence of these individuals. **Conclusion:** The act of ignoring them threatens the dignity of the same, as the discredit of these requirements can lead to irreversible damage. Nevertheless, the overprotection of the family by fear or excessive love can accentuate the cognitive and functional decline.

Descriptors: Comprehensive Health Care; Family Relations; Quality of life.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um tema abordado constantemente por estudos e análises do universo da gerontologia e da geriatria, por se tratar de um processo contínuo e irreversível que acontece para qualquer pessoa no mundo, a qualquer tempo. Com isso, ocorreu aumento da expectativa de vida das pessoas, o que é um fenômeno presente em quase todos os países do mundo, incluindo o Brasil. A prospecção para 2025 é de que teremos mais de um bilhão de homens e mulheres considerados de idade tardia¹.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2011, embora as pessoas estejam vivendo mais, a qualidade de vida não acompanha essa evolução e o envelhecimento saudável requer uma compreensão mais abrangente e adequada de um conjunto de fatores que compõem o dia a dia do idoso.

Como garante o Estatuto do Idoso, art.10 (Lei 10741, 2003), “É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis”. E isso

compreende qualidade de vida, acesso a direitos sociais, individuais, civis e políticos, de modo que a socialização, a humanização das relações com esse longo seja garantidas e ele usufrua desses direitos, de forma natural, sem empecilhos.

Ainda no mesmo artigo do Estatuto, parágrafo 3º, esse usufruto natural de seus direitos não pode passar por circunstâncias constrangedoras, “é dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”.

O Estatuto garante à pessoa idosa atendimento preferencial, imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados; fornecimento gratuito de medicamentos pelo Poder Público, especialmente os de uso contínuo; proibição de discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade; criação de cursos especiais para idosos para sua integração à vida moderna; descontos em atividades culturais, de lazer e esporte; proibição de discriminação do idoso em qualquer trabalho ou emprego; concessão de um salário mínimo mensal para os idosos acima de 65 anos que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família; gratuidade nos transportes coletivos públicos aos maiores de 65 anos.

Seguindo seu processo histórico de aperfeiçoamento do SUS, mediante a normatização via portarias ministeriais, no ano de 2006 é instituído o Pacto pela saúde que possui como documento principal a portaria

399 de 2006. Nesta nova norma, as antigas modalidades de gestão são substituídas por acordos entre esferas de governo (pactos) que visam dar um novo salto qualitativo no processo de gestão integrada do SUS ⁴.

A qualidade de vida do idoso está ligada a garantia desses direitos, à segurança do cumprimento desse respeito à pessoa idosa, seja no atendimento no órgão público ou privado, no transporte público, no acesso a cultura, esporte e lazer, no atendimento preferencial, no respeito à sua idoneidade e integridade física, bem como sua alimentação e saúde integrais ⁵.

O processo de socialização na 3ª idade é de extrema importância no envelhecimento desses longevos, o que compreende participação em grupos sociais, áreas de lazer, disponibilidade de equipe médica e psicossocial para amparo às suas necessidades, acesso a atividades culturais, espaços gratuitos de atividades voltadas para a pessoa idosa, além da socialização com o primeiro lar, a família, pilar fundamental na manutenção da qualidade de vida desses idosos ⁶.

A velhice requer o conhecimento e a convivência com esse processo complexo de envelhecimento, a participação efetiva e afetiva da família e o acesso do idoso aos seus direitos como cidadão ¹. Frente a esse cenário, a realidade do idoso abrange os aspectos da qualidade de vida, do envelhecimento, da socialização familiar e em comunidade e a necessidade de ter acesso aos aparelhos e equipamentos que favoreçam o alcance de seus direitos sociais.

Daí a importância desse estudo, desenvolvido a partir de pesquisa bibliográfica, como contribuição para a sociedade e para o meio acadêmico, uma vez que existem diversas discussões em torno da questão do idoso, no entanto, os acessos desses idosos às instituições e serviços são pouco discutidos no meio acadêmico, distanciando o conhecimento do acesso pragmático do idoso aos seus direitos sociais e aos meios de utilizá-los.

O foco do trabalho esteve voltado para que a pesquisa tivesse uma conotação pragmática da qualidade de vida do idoso, ressaltando a importância deste para a sociedade, fazendo uma analogia à práxis, em que discurso e prática se aproximam, no intuito de que a análise do discurso da qualidade de vida na terceira idade e a socialização familiar não se tornem discussões contemporâneas evasivas, mas que possam contribuir para o esclarecimento e o conhecimento em torno dos aparelhos de acesso aos direitos sociais da pessoa idosa na cidade de Manaus.

MÉTODO

Desenvolvido a partir de pesquisa bibliográfica. Neste estudo, foram incluídas as análises de reflexões sobre o idoso na área de geriatria, focando principalmente a pesquisa nos aspectos sociais da questão, bem como dos direitos sociais. Foram utilizados critérios de exclusão nos artigos relacionados ao idoso, que não correspondem ao tema, não reduzindo a sua relevância como base de dados. Resenhas críticas foram feitas no decorrer da pesquisa e utilizadas como pontos de discussão no trabalho, em torno das palavras chave: idoso, família, direitos sociais e UNATI. A partir dos

achados agrupou-se os principais conceitos identificados, em 3 capítulos: o primeiro capítulo abordando a questão da qualidade de vida na 3ª idade e as condições que envolvem esse cenário; no segundo capítulo aborda-se o processo de socialização familiar e a garantia da segurança dos direitos sociais desse idoso no seu lar; o terceiro capítulo, demonstra os aparelhos de acesso aos direitos sociais da pessoa idosa existentes e as vias de acesso a esses direitos.

RESULTADOS

Foram identificados conceitos fundamentais a serem articulados na assistência ao idoso:

1. QUALIDADE DE VIDA NA 3ª IDADE

A expectativa de vida na 3ª idade é uma projeção que vem se tornando cada vez mais elevada, assim como os avanços nos estudos em torno do tema também acompanham essa evolução. O desenvolvimento natural do crescimento demográfico atesta o envelhecimento da população em todos os países, ou seja, todo aspecto a ser observado nessa população tem que evidenciar a importância das garantias de uma extensão de uma sobrevivência e uma vida com qualidade. Segundo Ribeiro,

“No Brasil, conforme dados do censo 2000 do IBGE, vivem 14.150 mulheres centenárias e 10.420 homens com um século de vida. Cientistas atribuem esta alta prevalência de idosos centenários a avanços médicos, que tratam preventivamente e efetivamente

doenças letais relacionadas á idade, ou pelo menos a retardam [...] nos diferentes contextos”. (Ribeiro, 2008, p. 45)

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença. No Brasil, a Conferência Nacional de Saúde considerou o conceito de saúde como resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acessos aos serviços de saúde.

Qualidade de vida para o idoso significa a garantia da manutenção de vínculos familiares, a importância para o idoso de estar sentindo segurança de que está colaborando e sendo útil para a história e a cultura familiar, a importância de estar presente na vida social com vizinhos e amigos e sentir-se um membro ativo e participativo. Para o idoso, qualidade de vida significa esse bom convívio com familiares, vizinhos, amigos, participar da educação de filhos e netos, vivenciar essa socialização no seu ambiente de conforto. Conforme destaca Neri:

“É importante definir que o que caracteriza lar não é somente o ambiente físico mas, especialmente, as preferências colocadas em cada espaço na forma de objetos, do design, das atividades desenvolvidas, dos relacionamentos estabelecidos e da funcionalidade. Portanto, são atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais que nos circundam no seu dia-a-dia e do qual fazemos parte. O que se entende por lar contempla também o entorno da residência,

englobando a vizinhança e suas inter-relações com os serviços e apoio disponíveis.”(Neri apud Perracine, 2011, p.221)

Para Moreira e Araújo (2005), com esforço, podemos substituir determinados hábitos negativos ou indesejáveis por outros mais saudáveis e adequados. Dada sua importância denominam “Os setes pilares da qualidade de vida”: Alimentação; Atividade Física; Sono; Trabalho; Afetividade; Sexualidade; e Lazer. Compreendendo-os como elementos indissociáveis, é o caminho para uma vida saudável.

Ao longo de sua vida, aquele cidadão esteve ativamente produzindo força de trabalho, finanças, salário e bens materiais. A economia necessária para durante a vida e, agora, no envelhecimento, para que suas condições proporcionem qualidade de vida na alimentação, na saúde, na assistência médica, em medicamentos, em equipamentos ou aparelhos necessários para dar-lhe suporte nessa fase de envelhecimento⁶.

O envelhecimento com qualidade de vida envolve aspectos multidimensionais, uma vez que se trata de um ser humano, que compreende saúde física e mental, relações familiares e sociais, relações com o trabalho e previdência, conforto e satisfação pessoal. Traz à pessoa o encerramento de um ciclo de atividade produtiva que não é aceito inicialmente pelo idoso. Há uma resistência em ver encerrado um período de atividade produtiva, de trabalho ativo, do qual ele não queria se desligar. É o período da aposentadoria que, inevitavelmente, se aproxima e tem que ser executado

para que a qualidade de vida nos aspectos financeiro e previdenciário possam ser acionados.

“Portanto, as atividades laborais na terceira idade têm essa importância, como o fechamento de um processo histórico, de encerramento das atividades profissionais, para o início de atividades laborais mais leves e desenvolvidas com foco no prazer e na satisfação pessoal relacionada ao trabalho, para que não se elimine completamente a relação do idoso com uma atividade produtiva”. (Fleck, 2008, p.41)

Valores morais também estão ligados a esse aspecto da espiritualidade, na satisfação que o idoso tem de sentir-se valorizado e útil ao praticar a caridade, a solidariedade e o altruísmo dentro de associações religiosas. Essas práticas trazem elevadas sensações de satisfação pessoal e alegria, representando um aspecto muito significativo na qualidade de vida na 3ª idade⁸.

2. SOCIALIZAÇÃO FAMILIAR

O envelhecimento da pessoa traz consigo uma diversidade de dificuldades e obstáculos que distanciam uma das maiores necessidades que o idoso tem nesse período: a socialização familiar.

A maior responsável em cuidar do idoso na sociedade é, prioritariamente, a família. Responsabilidade intransferível e prolongada até o final da vida daquele idoso. Algumas famílias optam por decidir, a partir de reuniões com os parentes envolvidos, que o melhor local para aquele ancião

deveria ser uma instituição. No entanto, há divergências com relação à vontade do idoso, que nesse momento de envelhecimento, almeja reconhecimento, gratidão, atenção, carinho, afeto e proximidade com a família, com aqueles com quem esteve junto à vida inteira, não havendo razão superior para que no momento da velhice seja colocado à margem da socialização com a família e passe a conviver com pessoas que nunca fizeram parte do seu ambiente e do seu cotidiano. Conforme Oliveira, cita-se abaixo:

“Para lidarmos com esse medo que se torna insuportável ao nosso mundo interno, precisamos uns dos outros, assegurados pela afeição que nos une nos laços familiares, comunitários e sociais. A preservação dos vínculos familiares para o entendimento e aceitação do envelhecimento para o idoso é um fator importante.” (Oliveira, 2011, p. 35)

O medo da morte, o pavor da aniquilação nos é intrínseco, como seres humanos, únicos da natureza com a consciência da própria mortalidade. A capacidade de representação da mente humana não alcança qualquer possibilidade de representar o não existente, que só pode surgir através do terror, da impotência e do desespero. A questão do envelhecimento e da morte são preocupações que fazem parte da vida das pessoas mais jovens, mediante a propagação de uma cultura e um pensamento do vigor, da vitalidade, da jovialidade, favorecendo essas faixas etárias e desmerecendo a pessoa idosa. Esses aspectos estimulam o senso coletivo de que envelhecer é sair dos padrões aceitáveis pela sociedade, é regredir a vida e aproximar-se da morte. O envelhecimento, por se tratar de um processo natural, não necessita

ser visto e vivido dessa forma, com alijamento dos idosos da vida em sociedade, da vida em família¹⁰.

A prática de familiares do uso e exploração dos benefícios de idosos aposentados e pensionistas vem se tornando uma prática incorreta e crescente, aumentando os casos de filhos e netos que assumem a procuração e administração dos cartões de benefícios de pais e avós, utilizando os recursos não para o encaminhamento de cuidados com os idosos, mas para empréstimos de bens e serviços a seu próprio favor⁸.

3. APARELHOS DE ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS

O acesso aos direitos sociais da pessoa idosa tem sido uma construção histórica da última década, de 2003 até os dias atuais. O ponto de partida para o acesso aos direitos sociais está na promulgação da Política Nacional da Pessoa Idosa em 1994, a partir da Lei 8.842 e Decreto 1.948 de julho de 1996. A Política Nacional do Idoso vem assegurar os direitos sociais dos idosos, promovendo autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade, como contraposição às práticas de alijamento e da marginalização da pessoa idosa nos grupos sociais e familiares, considerando idoso toda pessoa maior de sessenta anos de idade.

Todos os aspectos levantados nesse estudo estão discutidos e garantidos na Política Nacional dos idosos. A família, a sociedade e o estado, por exemplo, têm o dever de assegurar ao idoso todos os seus direitos de

cidadania, participação na família e na comunidade, com dignidade, bem estar e direito à vida.

O processo de envelhecimento, também elaborado na Política Nacional, é apontado como objeto de estudo necessário para o conhecimento, esclarecimento e a informação de toda sociedade sobre o que é o envelhecimento, a pessoa idosa, seus direitos sociais, a importância da socialização, do respeito à sua dignidade e a prática da discriminação da pessoa idosa considerada uma prática que fere os direitos do idoso e as leis que o amparam na sua cidadania. As formas de participação do idoso, o convívio social e familiar, a integração social também são apontados nas diretrizes principais da Política como estratégias de facilitação do acesso aos direitos sociais do idoso¹².

O primeiro gesto de acolhida e atenção prioritário ao idoso deve ser feito pela própria família, como primeiro aparelho de acesso aos direitos sociais. O ambiente familiar é o mais importante no acolhimento e acompanhamento da pessoa em processo de envelhecimento. É na família que o idoso reconhece seus filhos, seus netos e toda sua história de vida, onde consegue fazer relação com seu passado e facilitar seu entendimento do presente e do futuro. O não atendimento em asilo como encaminhamento inicial da situação de qualquer idoso é garantido por Lei. A primeira solução para a convivência do idoso em sociedade não é o asilo, não é o distanciamento dos seus parentes e amigos. Pelo contrário, a primeira iniciativa natural deve ser a da acolhida amorosa pela família. O acompanhamento afetuoso e dedicado dos filhos para com os pais e avós⁸.

É dever do Estado, no entanto, incentivar a autonomia e a independência dos idosos, para que essas garantias se tornem ações efetivas.

Dentro dessa perspectiva, em Manaus, foram criados e desenvolvidos alguns desses equipamentos de acesso aos direitos sociais da pessoa idosa, como são os casos descritos a seguir:

Centro de Atenção ao Idoso – CAIMI. Os centros CAIMI são centros de atendimento que garantem o atendimento ambulatorial do idoso, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da terceira idade e nas ações preventivas relativas às Políticas de Saúde desenvolvidas na área de abrangência do CAIMI, agindo com equipes multidisciplinares capacitadas.

Parque do Idoso – O Parque do Idoso em Manaus foi inaugurado em 2002, pela Prefeitura Municipal, instalado em uma área de 11 mil metros quadrados, em um bairro de classe média alta da capital amazonense. O Parque desenvolve vários programas de atenção à pessoa idosa, com o objetivo de preparar a pessoa para a chegada do envelhecimento com qualidade de vida, de forma saudável e prazerosa.

Programa Conviver - o objetivo do Programa Conviver, desenvolvido dentro do Parque do Idoso, é o de promover a integração das pessoas idosas e facilitar o convívio delas com a família e com a comunidade, promovendo um envelhecimento mais saudável. Executado nas dependências do Parque do Idoso, em Manaus no acompanhamento de idosos e realização

de atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associadas e de educação para a cidadania.

A Fundação de Apoio ao Idoso Dr. Thomas - surgiu em 1909, com o nome de SOCIEDADE ASILO DE MENDICIDADE DE MANAUS. Em 1932 passou a chamar-se ASILO DE MENDICIDADE “DOUTOR THOMAS”, em homenagem ao médico canadense Harold Thomas. Outra ferramenta na questão do envelhecimento em Manaus é o Núcleo de Estudo e Pesquisas sobre o Envelhecimento em Manaus.

Outro programa desenvolvido é o Proidoso, desenvolvido em nove núcleos na cidade de Manaus. Nestes espaços, os idosos contam com atividades de esporte e lazer acompanhadas por coordenadores, supervisores formados em Educação Física e agentes esportivos. A proposta do programa é descentralizar as atividades gratuitas oferecidas no Parque Municipal do Idoso, facilitando o acesso da população de áreas mais periféricas às práticas e equipamentos de acesso aos direitos do idoso.

E durante esse percurso foi introduzido a Universidade Aberta da Terceira Idade no Amazonas, agregada a Universidade Estadual do Amazonas – UEA, onde inserindo as ações estratégicas da saúde do idoso às políticas públicas pactuadas na portaria 399 de 2006, conforme citado acima, e durante 08 (oito) anos foi gestado um setor onde viabilizava todas essas ações e, principalmente os espaços de convivência e os referidos CAIMI's onde era e ainda é realizado uma série de possibilidades para o desenvolvimento da sua integração social e cultural com profissionais

qualificados, através de programas de educação gerontológica, extensão e saúde, cursos de alimentação saudável, atividade física, consciência corporal, coral integração dança coreográfica, dança de salão, direito e cidadania, envelhecimento saudável, espiritualidade, etiqueta, dentre outros cursos e oficinas que proporcionam ao longo uma gama de oportunidades de socialização e acompanhamento profissional em seu processo de envelhecimento saudável.

Devido esse espaço conquistado por essa Instituição, e já em prédio próprio, foi solicitado, pelo Diretor presidente Dr. Euler Ribeiro, ao Governador do Estado, a transformação em Fundação, onde aguarda em votação na Assembleia, previsto para o ano de 2016, a criação através de Lei assinada pelo governador e votada pela Assembleia.

Em Manaus, os resultados têm se mostrado eficazes, com o apoio governamental e não governamental à essas iniciativas, fundações, ações de apoio e proteção à pessoa idosa: UNATI/UEA, CAIMI – Centro de Atenção ao Idoso, Fundação Dr. Thomas, Parque do Idoso, Programa Pró-Idoso, Conviver Melhor e toda a luta por direitos dos idosos na cidade de Manaus.

DISCUSSÃO

O principal interesse deste artigo é descrever aspectos de uma instituição voltada para a terceira idade e, com isso, contribuir para a compreensão das representações da velhice e do envelhecimento que organizam a transformação da velhice em uma questão pública e a

socialização da gestão da experiência de envelhecer. O argumento central parte da observação de que no universo investigado, essa sensibilidade é vivida através de um código: de comportamento, de expressões corporais e, sobretudo, de expressões de subjetividade, através das quais as experiências individuais de envelhecimento podem ser partilhadas e negociadas, em um contexto marcado pelo declínio dos modelos tradicionais de gerir a experiência de envelhecer e pelo surgimento de um discurso científico sobre envelhecimento e qualidade de vida.

Além disso, o resultado vem se mostrando promissor, na luta por direitos dos idosos na cidade de Manaus, quanto mais avança o envelhecimento populacional mais a família é chamada a cumprir o papel de instância cuidadora, por intermédio de programas que incluam desde estratégias de promoção da saúde até o estabelecimento de redes de apoio a cuidados dos idosos envolvendo a família, a sociedade e o Estado.

CONCLUSÃO

Na sociedade em que vivemos existe um grande desrespeito aos direitos sociais em especial a direitos sociais dos idosos, com isso se torna necessário ações éticas e políticas para garantir que esses sejam devidamente respeitados. O Serviço Social tem um compromisso em defesa e consolidação destes direitos e da defesa destes através de suas ações.

O Assistente Social deve agir além do discurso, e atuar com a prática, pregando a cidadania através de seus projetos e programas sociais, de

forma que a verdadeira cidadania seja visada primordialmente pelos usuários.

Importante destacar a necessidade da articulação das demais políticas, para que junto com a assistência social a Política Nacional do Idoso e as demais legislações relacionadas a essa demanda sejam verdadeiramente efetivadas na sua integralidade.

O envelhecimento traz consigo as limitações físicas, psíquicas, sociais, econômicas, produtivas e a perda da autonomia. A auto-estima dessa pessoa idosa incorre num decréscimo na sua qualidade de vida.

No desenvolver deste trabalho foi possível levantar a reflexão sobre o idoso, os caminhos possíveis para o desenvolvimento de suas potencialidades, da construção de uma trajetória de qualidade de vida mais ampla, o confronto com o processo do envelhecimento e com o desafio de encontrar as potencialidades dessa idade, a busca por motivações pessoais, sociais e existenciais diante do fato inexorável do envelhecimento.

Os ambientes mais favoráveis para a vivência desse processo de envelhecimento são, de fato, a família, o lar e o universo mais próximo de amigos, parentes e vizinhos desse idoso. Há que se reportar às proximidades afetivas.

A descentralização das informações sobre a política com idosos e a participação das organizações comprometidas com os direitos sociais dos

idosos vem conquistando resultados positivos na formulação de políticas públicas, no fortalecimento dos aparelhos sociais de atenção ao idoso.

A família é a maior protagonista no apoio e carinho ao idoso em seu processo de socialização, seguindo, excepcionalmente pelas casas de abrigo e apoio aos idosos. Portanto, a qualidade de vida aqui abordada está associada à socialização familiar, a liberdade de experimentar os eventos da vida com harmonia, com os próprios sentimentos e necessidades aos cuidados com a saúde, a preservação da qualidade de vida e a socialização entre si. Utilizando os aparelhos sociais facilitadores de convívio e qualidade de vida.

PROPOSTAS

A proposta deste artigo é de refletir a situação do envelhecimento de longevos com relação à qualidade de vida, e a convivência com esse processo complexo de envelhecimento, a participação efetiva e afetiva da família e o acesso aos seus direitos como cidadão.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro EE. Envelhescência: envelhecer bem e com qualidade! Rio de Janeiro: UnAti/UERJ; 2008.
2. IBGE. A Dinâmica Demográfica Brasileira e os Impactos nas Políticas Públicas, 2009. Recuperado em 23 de janeiro, 2010, de [www.wwww.ibge.gov.br/din.pdf](http://www.ibge.gov.br/din.pdf).
3. Brasil. Estatuto do Idoso. São Paulo: Escala Editora; 2003.
4. Silva RCL, Figueiredo NMA. Quimo nos concursos. Rio de Janeiro: Águia Dourada; 2012.
5. Moreira RLD, Araújo MG. Os sete pilares da Qualidade de Vida. Belo Horizonte: Editora Leitura; 2005.

6. Neri AL. Qualidade de Vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas, SP: Editora Alínea; 2011.
7. Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.
8. Rodrigues NC, Terra NL. Gerontologia social para leigos. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2006.
9. Oliveira JFP. Poder de Decisão e Submissão (proferido na VI Conferência proferida no VI Congresso de Geriatria e Gerontologia da SBGG-RJ (Geriatrio). Rio de Janeiro, 20 de outubro de 2011.
10. Cassorla RMS. A negação da morte. In: Incontri, D.; Santos F.S. (Org.). A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Comenicus; 2007. p.271-9.
11. Coletânea de Leis/ Conselho Regional de Serviço Social: 15ª Região Amazonas/Roraima. 3ª edição. Manaus: Editora Valer; 2013.
12. Guia prático de direitos da pessoa idosa / UNESP, Pró-Reitoria de Extensão Universitária. São Paulo: UNESP, PROEX; 2013. Disponível em: unesp.br/Home/guia_pessoa_idosa2013.pdf.

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR COMO FERRAMENTA DE SUBSÍDIO PARA O PROJETO SAÚDE EM CASA QUE ASSISTE O IDOSO ACIMA DE 70 ANOS LONGEVO.

ARAÚJO, Arthenize Riame Praia ¹; RIBEIRO, Ednéia Aguiar Maia²;
PRAIA, Raquel de Souza ³; OZORES, Juliana Maria Brandão ⁴; NETA, Inez
Siqueira Santiago⁵; COSTA, Michelle Silva⁶

¹ Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Paulista (UNIP/AM); integrante do Projeto Saúde em casa- UNATI/UEA.

² Co-orientadora do projeto, médica e especialista em Gerontologia.

³ Enfermeira; mestrado em Ciências da Saúde pela Uniamericas (Fortaleza/CE).

⁴ Chefe da equipe multidisciplinar, médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

⁵ Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM).

⁶ Assistente Social, pós-graduação em Política Pública de Atenção à Família.

Correspondência para:

Arthenize Riame Praia: Rua Ibiá, 60; Conjunto Renato Souza Pinto- Cidade Nova 1 Manaus/Amazonas. Fone: (92) 99336-7224 - E-mail:

riame.pg@gmail.com

RESUMO

A assistência, a visita e o cuidado domiciliar tem dado continuidade ao atendimento em saúde em nosso país, e essa prática milenar tem se renovado para atender as demandas econômicas e sociais da população brasileira. O cotidiano dessa atividade exige conhecimento específico, fazendo-se necessária a produção de conhecimento experimental e bibliográfico que sirva de subsídio aos profissionais de saúde que realizam todas as ações voltadas para o restauo da saúde como um todo. Trata-se de um relato de experiência da atuação de equipe multiprofissional do Projeto Saúde em Casa, na visita domiciliar a idosos cadastrados. Nesse contexto soma-se a necessidade do profissional de saúde em prestar um cuidado integral, eficiente e eficaz ao paciente, sua família e pessoas significativas. Assuntos

como sistematização do cuidado, visita domiciliar na saúde básica, sua importância, metodologia, desafios e riscos, constituem temas de suma importância para reflexão e aprendizado de profissionais que realizam essa atividade.

Descritores: Assistência Domiciliar, Equipe de Assistência ao Paciente, Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Assistance, and home care has given continuity to the health services in our country, and this ancient practice has been renovated to meet social and economic demands of the Brazilian population. The daily life of this activity requires specific knowledge, required the production of experimental knowledge and be a bibliographic subsidy to health professionals who perform all actions aimed at the restoration of health as a whole. This is an account of the experience of the multidisciplinary team of Health Project at home, on house arrest to visit elderly people registered. In this context the need sum of health professional to provide a full, efficient and effective care to the patient, his family and people. Issues such as systematization of care, domiciliary visit on basic health, its importance, methodology, challenges and risks, are important themes for reflection and learning professionals who perform this activity.

Keywords: Home care, Patient Care Team, Comprehensive Health Care

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios, o homem tem desenvolvido e aprimorado a arte do cuidar que teve o seu início no ambiente domiciliar. Nos tempos antes de Cristo, já se tem relatos de como o ser humano demonstra vulnerabilidade e necessidade de cuidados no seio de sua família para que haja o restauro da sua saúde¹. Atravessaram-se séculos e ainda hoje discute-se a competência do profissional da saúde em identificar as necessidades do paciente, que vão

além do olhar à doença, de suma importância ao paciente, em especial nos últimos anos de vida do indivíduo².

O cuidado domiciliar e hospitalar teve início com o médico Imhotep, que na terceira dinastia do Egito Antigo, no século XIII a.C., realizava os atendimentos no domicílio e no hospital. Outro fato relevante ocorreu no século V a.C. quando Hipócrates descreveu em seu Tratamento sobre os ares, as águas e os lugares, a eficiência de se atender no domicílio¹.

Na bíblia, o Velho Testamento registra que a prática da assistência domiciliar tinha como objetivo prestar caridade e solidariedade¹. Assim, a base dos modernos projetos de assistência domiciliar terapêutica (ADT) são os costumes da Antiguidade de manter o paciente junto à família.

No Brasil, a visita domiciliar teve início com a publicação, em O Jornal de 15/10/1919, de um artigo de autoria do Dr. J.P.Fontenelle, o qual abordava a educação sanitária e a necessidade de que os enfermeiros visitantes tivessem uma formação profissional¹. Portanto, a visita domiciliar pode ser redefinida como um instrumento no conjunto de técnicas, procedimentos médicos e saberes da enfermagem em saúde coletiva que intervém na tríade saúde-doença-família e é, realizado no domicílio do paciente³.

O MS sancionou a Lei n. 10.424, de 22/04/2001, que estabelece no âmbito do SUS o atendimento domiciliar e também o Programa de Internação Domiciliar (PID), além de incluir uma equipe multiprofissional, necessária ao cuidado integral dos usuários em seu domicílio⁴.

METODOLOGIA

Este é um estudo do tipo relato de experiência do acompanhamento a idosos cadastrados no Projeto Saúde em Casa. Os mesmos, foram incluídos por corresponderem à critérios predeterminados pela equipe multiprofissional⁵. A partir da avaliação de cada profissional foi possível traçar as principais alterações patológicas crônico-degenerativas, como também morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas⁶. Procurou-se pontuar o impacto positivo das visitas domiciliares sobre esses idosos, a partir do atendimento médico. A técnica de enfermagem realizou preenchimento da ficha de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enquanto que a assistente social ficou responsável pela anamnese social e econômico com orientações; a fisioterapeuta realizou análise de condicionamento físico motor e relatou e diagnosticou possíveis anormalidades psicomotoras, e as acadêmicas de enfermagem viabilizaram a contextualização de todo o trabalho realizado.

RESULTADOS

O acompanhamento dos idosos em seus domicílios, permitiu ao profissional de saúde adentrar em um espaço que reflete seu contexto sociocultural e familiar. Desta forma, conhecendo a realidade daqueles pacientes, no qual a maioria são idosos acamados ou com mobilidade prejudicada devido a doenças crônico-degenerativas, as ações direcionadas a essa população trouxeram resultados positivos, higiene pessoal e ambiental, autoestima, controle e acompanhamento da polifarmácia, autorização de

exames periódicos, procedimentos de enfermagem como troca de sondas, realização de medicamentos oncológicos, hematológicos e de rotina, entre outros.

Além de identificarmos a necessidade de acompanhar o cuidador, pois nos permitiu orientá-lo e treiná-lo para melhor assistir esse paciente singular e diferenciado, em relação a alimentação, quedas, efeitos colaterais de medicamentos, comportamento e família.

DISCUSSÃO

A Universidade Estadual do Amazonas (UEA) vem com um projeto piloto de Saúde em Casa, onde viabiliza atendimento médico e de Enfermagem, com intuito de promover a Visita Domiciliar, visando à busca ativa de diagnósticos clínicos e de enfermagem e também uma alternativa assistencial no cuidado ao paciente idoso, acima de 70 anos longevos, acamado temporariamente, restrito ao leito ou ao lar, ou sem condições de acesso à Unidade de Saúde, seja por barreiras físicas, pessoais, geográficas ou familiares. O projeto visa também, além de viabilizar o acesso e inserção deste paciente nos programas da saúde da família como Hiperdia, desenvolver uma sistematização desse cuidado para que relação profissional - paciente idoso, seja atendida na sua integralidade, com base nas literaturas científicas que referenciam os idosos e acompanhar os atendimentos pelos ACS, paralelamente. As ações são executadas no ambiente dos usuários dos serviços de saúde e obedecem a uma sistematização. Principalmente por se

tratar de entrada no domicílio das pessoas com características e necessidades singulares.

Portanto, o projeto Saúde em Casa atende requisitos sobre as diferentes concepções e abordagens à família, e articulação com os outros níveis da atenção para a construção de uma proposta integrada e para aumentar a resolutividade e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, já que cada família é constituída de valores, crenças e experiências transmitidas entre as gerações.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento da visita domiciliar a idosos, exige que sejam feitos mais estudos e atividades em loco para o desenvolvimento de metodologias eficazes que possam suprir as necessidades de cada cliente. O projeto SAÚDE EM CASA, tem o intuito de fornecer instrumentos e achados para que se padronize um modelo de assistência que possa atender as necessidades dos idosos longevos com mais de 70 anos e se verifique a ampliação do mesmo.

PROPOSTA

A continuidade de uma equipe multiprofissional, como o projeto piloto saúde em casa, no atendimento domiciliar ao paciente idoso, acamado ou com debilidade prejudicada, em prestar assistência holística e direcionada consiste em um melhor prognóstico clínico e traz mais humanização e conforto na assistência a esses idosos. Além, de ter como meta a diminuição

da sobrecarga no atendimento em Unidades Básicas de Saúde, na Estratégia Saúde da Família, acompanhando-o a nível domiciliar com conforto e humanização.

REFERÊNCIAS

1. Malagutti W. Assistência Domiciliar. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.
 2. Ribeiro EE. Tanologia: vida e finitude. Rio de Janeiro: UERJ, UnAti, 2008.
 3. Brasil. Ministério da Saúde; Manual de Assistência Domiciliar na atenção primária a saúde. Porto Alegre, 2010.
 4. Brasil. Lei n 10.424, de 15/4/2002. Acrescenta capítulo e artigo a Lei n 8.080, de 19/9/1990. DOU, n 72. Brasília, 16 de abril de 2002.
 5. Falcão HA. “Home Care”: uma alternativa ao atendimento da saúde. São Paulo: Revista Virtual de Medicina; 1999. Disponível em: www.geocities.ws/mcdobies/enf_domiliar/home_care.doc
 6. Ruiperez I, Llorente P. Guias Práticos de Enfermagem – Geriatria. Rio de Janeiro: MC Graw Hill, 2000.
-