

R A G G

REVISTA AMAZONENSE DE
GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Amazon Journal of Geriatric and Gerontology

ISSN: 1983-6929

Corpo Editorial

Editor Chefe
DR. EULER ESTEVES RIBEIRO

Editoras Associadas
DRA. IVANA BEATRICE MÂNICA DA
CRUZ
DRA. FERNANDA BARBISAN

Editora Executiva
DRA. EDNEA AGUIAR MAIA-
RIBEIRO

Assessoria Executiva
ME. RAQUEL DE SOUZA PRAIA
DRA. VERÔNICA FARINA AZZOLIN

Correspondências

Devem ser encaminhadas ao
endereço abaixo:

Revista Amazonense de Geriatria e
Gerontologia -Coordenação de
Pesquisa da Fundação Universidade
Aberta da Terceira Idade
FUnATI/UEA. Avenida Brasil s/n-
Bairro: Santo Antônio-Manaus-AM.

CEP: 69029-040 Tel./Fax (92) 3878-
4352 / 3788-4359 / 3878-4369

E-mail: raggfunati@gmail.com

Governador do Estado do
Amazonas
WILSON MIRANDA LIMA

Vice-Governador do Estado do
Amazonas
CARLOS ALBERTO SOUZA DE
ALMEIDA FILHO

Reitor da Universidade do Estado do
Amazonas
DR. CLEINALDO DE ALMEIDA
COSTA

Vice-Reitor da Universidade do
Estado do Amazonas
DR. CLETO CAVALCANTE DE SOUZA
LEAL

Diretor da Fundação Universidade
Aberta da Terceira Idade (FUnATI)

DR. EULER ESTEVES RIBEIRO

Projeto gráfico, capa e editoração eletrônica
Rafael Paim Leal

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte, nos termos da Lei N°. 9.610/98 que regulamenta os direitos autorais e conexos.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia / *Amazon Journal of Geriatric and Gerontology* / Fundação Universidade Aberta do Estado do Amazonas- FUNATI. – v. 12, n. 1 (2021) - Manaus: Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, 2021.

ISSN 1983-6929

1. Geriatria. 2. Gerontologia. 3. Medicina e Saúde. I. Título.

CDD 610
CDU 616-053.9

Elaborado por Janaina Ramos – CRB-8/9166

Índice para catálogo sistemático:

1. Medicina e Saúde : Gerontologia 613.98
2. Medicina e Saúde : Geriatria 616-053.9

Sumário

Boas Escolhas e Fatores de Risco Associados ao Envelhecimento Saudável: Revisão da Literatura.....	1
Associação entre estado nutricional e qualidade de vida de idosos	17
Efeitos da ginástica aeróbica nas variáveis antropométricas de idosos	31
Atuação do Profissional de Educação Física em uma Instituição de Longa Permanência para Idoso: um relato de experiência	41
Alliance Amazonas-Covid Program addressing digital health clinical and mental care actions for traditional indigenous and riverine populations adults and elderly	51
Condição de saúde bucal e qualidade de vida dos idosos residentes no interior do Amazonas.....	57
Risco e Perfil Nutricional de Idosos Residentes em uma Instituição de Longa Permanência	73
Novos Idosos, Novos Direitos: uma reflexão contemporânea	91

Boas Escolhas e Fatores de Risco Associados ao Envelhecimento Saudável: Revisão da Literatura

Good Choices and Risk Factors Associated with Healthy Aging: Literature Review

BATISTA, C.C.¹; OLIVEIRA, OD²; MARRONE, L.C.P.³; MORGAN-MARTINS, M.I.^{4*}

¹Aluno do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde Desenvolvimento Humano e Sociedade- Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)- Canoas- RS

²Aluna do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde Desenvolvimento Humano e Sociedade- Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)- Canoas- RS

³Professor Adjunto do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde Desenvolvimento Humano e Sociedade- Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) - Canoas- RS

⁴Professora Adjunto do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde Desenvolvimento Humano e Sociedade- Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) - Canoas- RS

*Autor correspondente- E-mail: mimorganm@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v12n1-1>

RESUMO

Introdução: No mundo vem ocorrendo uma inversão da pirâmide etária da população mundial. Há uma redução expressiva nas taxas de natalidade associada a uma elevação da expectativa de vida causando uma modificação no percentual de idosos. Muito se deve ao avanço tecnológico na saúde e nas condições gerais, bem como, a bons hábitos de vida. **Objetivo:** Assim, o objetivo desse estudo foi discutir o processo do envelhecimento saudável e algumas alterações inerentes a esse. **Metodologia:** A revisão da literatura foi realizada no período de 2000 a 2019, nas bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e PubMed (US National Library of Medicine/National Institutes of Health). **Resultados:** Foram selecionados 38 artigos na BVS e 44 no PubMed, totalizando 92. Desses 22 foram considerados de maior relevância para esse artigo. **Discussão:** O envelhecimento traz à tona a fragilidade da condição humana encarnando-se o “irredutível do corpo” por não ser mais capaz de participar do campo simbólico da sociedade. Porém, a longevidade inicia a partir de boas escolhas que desencadeiam bons hábitos, como a prática de atividade física

e ser criativo. As oportunidades e experiências devem estar associados a promoção da saúde integral do idoso, oportunidades de estudo, de trabalho para quem gosta e precisa, acesso a saúde física e mental, acesso ao laser, acesso a moradia digna e vida em comunidade. **Conclusão:** Portanto, o envelhecimento ativo, como preconiza a ONU, deve estar associado as boas escolhas ao longo da vida e isso irá proporcionar novas oportunidades para viverem novas experiências com qualidade de vida.

Palavras chaves: “longevidade”, “envelhecimento saudável”, “promoção da saúde”.

ABSTRACT

Introduction: There is an inversion of the world population age pyramid in the world. There is a significant reduction in birth rates associated with an increase in life expectancy causing a change in the percentage of elderly people. Much is due to technological advances in health and general conditions, as well as good lifestyle habits. **Objective:** Thus, the objective of this study was to discuss the healthy aging process and some changes inherent to it. **Methodology:** The literature review was carried out from 2000 to 2019, in the databases of the VHL (Virtual Health Library) and PubMed (US National Library of Medicine/National Institutes of Health). **Results:** 38 articles were selected from the VHL and 44 from PubMed, totaling 92. Of these, 22 were considered of greater relevance for this article. **Discussion:** Aging brings out the fragility of the human condition, embodying the “irreducible of the body” for no longer being able to participate in the symbolic field of society. However, longevity starts with good choices that trigger good habits, such as physical activity and being creative. Opportunities and experiences must be associated with the promotion of integral health for the elderly, opportunities for study, work for those who like and need it, access to physical and mental health, access to laser, access to decent housing and community life. **Conclusion:** Therefore, active aging, as recommended by the UN, must be associated with good choices throughout life and this will provide new opportunities to live new experiences with quality of life.

Keywords: longevity, healthy aging, health promotion.

INTRODUÇÃO

No mundo, há um aumento da população idosa acima dos 65 anos, sendo que a projeção de crescimento da população mundial, que em 2019 foi de 7,7 bilhões para 2030 é estimado 8,5 bilhões, havendo um aumento de 10% neste crescimento. Em contrapartida a taxa de crescimento varia muito em cada região, o que está desencadeando uma inversão na pirâmide etária da população mundial. É possível que este aumento da população idosa se deva um aumento da expectativa de vida associado há uma redução nas taxas de fertilidade (WPP, 2019).

O envelhecimento da população altera inúmeros fatores na sociedade, como as questões relacionadas à saúde, economia e aspectos sociais. Em função disso, torna-se fundamental a discussão de aspectos relacionados à saúde e a qualidade de vida do idoso, bem como, conhecer o perfil dos idosos de diferentes regiões, a fim de promover ações promotoras de saúde (WHO, 2012; LLOYD-SHERLOCK P, MCKEE M, EBRAHIM S, et al., 2012).

Por isso, o envelhecimento da população nunca será um fenômeno isolado, mas, está associado a modificações do perfil epidemiológico e das características sociais e econômicas das populações. É visível uma transição demográfica no tamanho e na estrutura etária da população, e que acompanha a evolução socioeconômica presente na maioria dos países que nem sempre é um aspecto positivo (GIACOMIN; SANTOS; FIRMO, 2013).

Portanto, o envelhecimento é definido como a última fase do ciclo vital e é delimitado por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e redução cognitiva. Portanto, o processo fisiológico do envelhecimento está diretamente associado as transformações pelo qual o organismo vai sofrendo ao longo da vida, resultando na diminuição gradual da expectativa de sobrevivência (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que envelhecer deveria estar diretamente associado com saúde e ser preocupação de todo ser humano ao longo da vida. Contudo, quando o envelhecimento chega traz consigo uma carga resultante dos hábitos adquiridos ao longo da vida, que por vezes está associado a maus hábitos alimentares, consumo de bebida alcóolica, uso de tabaco e o sedentarismo (OMS, 2005). Portanto, envelhecer deve estar associado ao

envelhecimento ativo e produtivo que proporcionará novas experiências de vida. Estas devem estar associados a promoção da saúde, permitindo que o indivíduo possa ser capaz de continuar contribuindo com a sociedade, mantendo um estilo de vida ativo em que ele possa fazer escolhas e adquirir novos conhecimentos (BRYANT; ALPETER; WHITELOW, 2006).

Muitos problemas de saúde da fase adulta e da velhice são resultados dos hábitos e do estilo de vida adquiridos ao longo da vida. Os hábitos alimentares, a ingestão de álcool em excesso, o hábito de fumar, o sedentarismo e outros fatores trazem uma série de consequências na vida do ser humano principalmente aqueles associados as doenças crônicas, como: diabetes, hipertensão, acidentes vasculares, doenças degenerativas e o câncer. Nesse sentido a possibilidade de viver de forma mais longa e com boa saúde é maior se a pessoa optar por hábitos que proporcionem um estilo de vida saudável (BAUMAN, 2011).

Portanto, o envelhecimento não é considerado uma doença, mas uma fase do ciclo vital que seria desejável estar associado a: independência, autonomia, autoeficácia, autoestima, otimismo, bom humor, harmonia intergeracional, com capital social e financeiro. Portanto, para promover saúde no envelhecimento há a necessidade de promover ações de melhoria e manutenção da qualidade de vida e que estejam relacionadas as escolhas e aos bons hábitos ao longo da vida. Assim, o estudo tem como objetivo discutir o processo do envelhecimento saudável e algumas alterações inerentes a esse.

MÉTODOLOGIA

Esse é um estudo descritivo, exploratório que utilizou uma abordagem qualitativa de revisão da literatura. Para a elaboração do artigo foram utilizados os seguintes descritores: "Longevity", "healthy aging" and "health promotion". A busca foi realizada no período de julho de 2019, utilizando como filtro o período de inclusão 2000 a 2019, nas bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e PubMed (US National Library of Medicine/National Institutes of Health).

Após a leitura e análise dos artigos, foram selecionados 38 artigos na plataforma BVS e 44 na plataforma PubMed, totalizando 92 artigos. Para que fosse possível selecionar os artigos pertinentes ao tema, foi realizado a leitura dos títulos e desconsiderados aqueles com títulos repetidos, sendo excluídos 12 artigos nesta fase. Logo após, realizado uma leitura minuciosa dos resumos, para exclusão de artigos

que não se adequassem a temática, sendo 28 artigos excluídos. Após essa fase, foi realizada a leitura do texto dos artigos, na íntegra, e selecionados aqueles cujo conteúdo fosse relacionado a envelhecimento ativo (saudável), longevidade e promoção da saúde, sendo excluídos 30 artigos nesta fase. Ao final das leituras, 22 artigos se adequaram à temática e compõe as referências da presente revisão.

Esta pesquisa está vinculada ao projeto “Longevidade e os hábitos de vida dos idosos do município de Itaituba, Pará”, com parecer do comitê de ética da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA – Canoas/RS) - Comunidade Evangélica, sendo aprovado conforme parecer número 3.423.392, CAAE: 11843619.0.0000.5349.

RESULTADOS

A partir das leituras, foram extraídas cinco temáticas que mais se repetiram nos textos, sendo elas: envelhecimento; fatores que aceleram o processo de envelhecimento; fatores que retardam o processo de envelhecimento; longevidade e estilo de vida; e promoção da saúde. O quadro abaixo apresenta a relação das publicações encontradas.

Tabela: Relação das publicações encontradas nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e PubMed (US National Library of Medicine/National Institutes of Health).

	Autor	Ano	Título	Periódico	Tipo
1	BRYANT L, ALPETER M, WHITELAW N.	2006	Evaluation of Health Promotion Programs for Older Adults: An Introduction.	<i>Journal of Applied Gerontology.</i>	Revisão de literatura
2	CAMPOS M, NETO J.	2008	Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde	<i>Revista Baiana de Saúde Pública</i>	Revisão de literatura
3	COSTA, JJS	2015	A educação segundo Paulo Freire: uma primeira análise filosófica.	<i>Theoria - Revista Eletrônica de Filosofia Faculdade Católica de Porto Alegre.</i>	Revisão de literatura
4	FERNÁNDEZ, BR.	2009	Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología.	RIDEP	Artigo de Revisão de literatura
5	FERREIRA, A.	2009	A Qualidade de Vida em Idosos em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspectiva do Próprio e do Seu Cuidador.	Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa	Dissertação de Mestrado
6	FONSECA A.	2006	O envelhecimento. Uma abordagem psicológica.	Universidade Católica Editora	Livro

7	FREITAS M, QUEIROZ T, SOUSA J	2010	O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos.	<i>Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo</i>	Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa.
8	FRIES AT, PEREIRA DC.	2011	Teorias do envelhecimento.	<i>Revista Contexto & Saúde</i>	Revisão de literatura.
9	GIACOMIN KC, SANTOS WJ, FIRMO JOA.	2013	O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer.	<i>Ciênc. Saúde Coletiva</i>	Estudo qualitativo.
10	IRIGARAY T, TRENTINI C.	2009	Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva.	<i>Estudos de Psicologia</i>	Quantitativo/ transversal
11	KALACHE A.	2008	O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade	<i>Social Ciência & Saúde Coletiva</i>	Revisão de literatura
12	LE BRETON D.	2012	Sociologia do corpo.	Editora Vozes / São Paulo	Livro
13	MINAYO MCS, ASSIS SG	2017	Novas e velhas faces da violência no Século XXI: Visão da literatura brasileira do campo da saúde	Editora Fiocruz / Rio de Janeiro	Livro
14	MARRONI NP, MORGAN- MARTINS MI; PORAWASKI	2012	Radicais livres no processo saúde-doença: da bancada à clínica.	Editora CRV / Curitiba	Livro
15	NUNES, IM.	2009	A Constelação do Idoso. Artigo de Investigação Médica.	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar	Tese de mestrado
16	PEREIRA ÉF, TEIXEIRA CS, DARONCO LSE	2009	Estilo de vida, prática de exercício físico e dores musculoesqueléticas em idosas fisicamente ativas.	RBCEH, Passo Fundo	Quantitativo/ transversal
17	PORCELLO- MARRONE LC et al	2013	Risk factors among stroke subtypes in Brazil.	<i>Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases</i>	Quantitativo
18	RESENDE, MR PL.	2009	Imunocossmética estimulação de células imunocompetentes para a proteção da pele e reparação do DNA.	Up To Date Estética Aplicada	Revisão de literatura.
19	RIBEIRO Ó, CONSTANÇA	2011	Manual de envelhecimento.	Lidel Edições técnica, Lda	Livro
20	ROSS MH, PAWLINA W.	2012	Histologia – Texto e atlas: em correlação com a biologia celular e molecular.	Guanabara Koogan/ Rio de Janeiro	Livro
21	STRUTZEL E et al	2007	Análise dos fatores de riscos para o envelhecimento da pele: aspectos gerais e nutricionais	<i>Revista brasileira de nutrologia clínica.</i>	Revisão de literatura
22	WHO	2005	Envelhecimento ativo: uma política de saúde	OMS/ Organização Pan-Americana da Saúde	Livro

DISCUSSÃO

Envelhecimento

O envelhecimento foi uma das temáticas mais discutida nas publicações e pode ser caracterizado como um processo biológico normal, que ocorre devido a processos fisiológicos realizados por nossas células (especialmente nas mitocôndrias). Nessa estrutura, através do metabolismo oxidativo, é gerada energia para as atividades vitais, como consequência 2 a 5% do oxigênio consumido gera Espécies Reativas de Oxigênio, sendo, algumas delas, radicais livres. Os radicais livres são moléculas altamente reativas que se não neutralizadas pelo sistema antioxidante desencadeia a lipoperoxidação de moléculas orgânicas, gerando lesões e acelerando o envelhecimento (MARRONI; MORGAN-MARTINS; PORAWASKI, 2012).

O processo de envelhecimento é desencadeado pela divisão celular desordenada. Ao longo da vida, algumas células se multiplicam constantemente, a cada divisão, fragmentos de DNA são perdidos, causando pequenos erros genéticos que são passados para as células-filhas. Isso acontece até que a célula não consegue mais se dividir ou é destruída pelo próprio organismo por conter muitos erros, é exatamente isso que faz a vida chegar ao final. Porque esse envelhecimento dos órgãos, acarreta modificações que levam à diminuição da eficiência do seu funcionamento (ROSS e PAWLINA, 2007).

Frente a essa modificação do organismo muitas alterações na composição orgânica ocorrem, e conseqüentemente irão promover declínios em vários aspectos relacionados às habilidades e funções do corpo humano, citamos algumas: aumento da gordura corporal, redução da massa muscular magra e mudança no metabolismo de hormônios, redução no gasto energético diário e no percentual de água corporal. Esse fato resultará na redução do volume de alguns órgãos (RIBEIRO; CONSTANÇA, 2011).

O processo de envelhecimento, além dos aspectos que englobam a biologia e a genética, também sofre influência do estilo de vida que impõe condicionantes e determinantes que contribuirão positiva ou negativamente para o envelhecimento que cada indivíduo (STRUTZEL, 2007). Assim, o envelhecimento traz à tona a fragilidade da condição humana encarnando-se o “irredutível do corpo” por não ser mais capaz de participar do campo simbólico da sociedade. Mas, sim de um cenário dramático da velhice associada à pobreza, ao abandono, a doença, a dependência e aos múltiplos preconceitos que reforçam as suas incapacidades e perdas (LE BRETON, 2012).

No início do século XXI observa-se profundas transformações na estrutura populacional em vários países, inclusive no Brasil, como resultado de melhorias sociais e políticas de incorporações das novas tecnologias. O envelhecimento populacional neste século é acompanhado de ações amplas para criar políticas públicas que promovam estilo de vida saudável em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividade física, o bem-estar geral, o lazer, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco e álcool. Trazendo o conceito de envelhecimento ativo (OMS, 2005; BRASIL, 2014).

Fatores que aceleram o processo de envelhecimento

À medida que os indivíduos envelhecem as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) tornam-se mais frequentes e podem desencadear incapacidades ou mesmo serem o fator que leva à mortalidade. Em muitas situações mais de uma doença crônica ocorre simultaneamente deixando o idoso mais vulnerável para desfechos negativos de morbimortalidade. As principais doenças crônicas que afetam os idosos no mundo são: doenças cardiovasculares (doença coronariana), hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença musculoesqueléticas, doenças mentais (principalmente demências e depressão), cegueira e diminuição da visão (OMS, 2005; BAUMAN, 2011).

Um dos fatores que desencadeiam as DCNTs ao longo do processo de envelhecimento está associado ao aumento do tecido gorduroso e redução da massa magra. O tecido adiposo acaba se depositando entre as vísceras contribuindo para o desenvolvimento das DCNTs, como a hipertensão e o diabetes levando à comorbidades como o Acidente Vascular Encefálico (AVE) (FRIES e PEREIRA, 2011). Portanto, a ingestão em excesso de alimentos pode provocar obesidade e com ela está associado as doenças crônicas. Por isso uma alimentação adequada é fundamental para um envelhecimento saudável (BRASIL, 2006). Para Ribeiro e Constança (2011) a alimentação não balanceada, exposição ao sol, o consumo de álcool e tabaco são consideradas medidas que dependendo da forma como são consumidas podem contribuir negativamente para saúde e desenvolvimento das DCNTs acelerando o processo de envelhecimento.

Além da obesidade o consumo excessivo de álcool é um dos fatores de risco com maior impacto na sociedade contemporânea, contribui de maneira significativa

para ocorrência de DCNTs. A resistência ao consumo álcool se modifica ao longo da vida e, os idosos têm menor tolerância, assim o consumo em excesso pode comprometer a saúde (SÉ, 2009). Então o consumo de álcool pelos longevos é preocupante, por causar perda de independência nas atividades de vida diárias, tais como, diminuição do funcionamento intelectual, acidentes, episódios de confusão recorrentes, sintomas de autonegligência, diminuição da atenção e de atividades (NUNES, 2009).

Conforme Strutzel (2007) o consumo de tabaco é prejudicial em qualquer idade. Fumar além de acelerar o envelhecimento, faz com que o fumante perca em média dez anos de expectativa de vida, aumenta o risco de aparecimento de doenças, principalmente o câncer, problemas respiratórios e cardiovasculares, portanto as DCNTs (PORCELLO-MARRONE et al., 2013).

Outro fator que acelera o processo de envelhecimento é a exposição ao estresse prolongado levando a um desequilíbrio que desencadeia um aumento na produção de radicais livres, intensificando o processo de oxidação das células. Esse fenômeno é conhecido como estresse oxidativo, desempenha papel central na condução de eventos que causam o processo de envelhecimento. O estresse oxidativo altera os ciclos de renovação celular e provocando danos ao DNA, aumentando a produção de substâncias inflamatórias. Esse desequilíbrio leva a reações em cascata que vão desde o aumento dos níveis de colesterol ruim, deposição de gordura no fígado, diabetes tipo 2, elevação da pressão arterial, do risco de aterosclerose e conseqüentemente de doenças cardíacas e cerebrovasculares (FRIES; PEREIRA, 2011; MARRONI, MORGAN-MARTINS e PORAWASKI, 2012).

Fatores que retardam o processo de envelhecimento

Pela OMS (2005), fatores que retardam o envelhecimento diz respeito ao envelhecimento ativo e envolve um indivíduo ou grupo populacional. Envelhecimento ativo é perceber o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, para que os indivíduos possam participar da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades e ao mesmo tempo propiciar proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

Envelhecer bem, diz respeito a ter saúde, educação continuada, participação ativa nos avanços sociais e econômicos, bem como, um sistema de proteção social para os mais pobres e excluídos, sendo prioridades explícitas das políticas sociais e

de segurança. Para envelhecer bem são necessários: autoeficácia; autoestima; otimismo e bom humor para que se possa planejar a vida e a morte. Bem como, é necessário saúde e oportunidades de estudo sempre que se desejar, bem como, poder relacionar-se socialmente, ter oportunidade de trabalho digno e um suporte financeiro, porque o envelhecer traz consigo alterações morfofisiológicas que requerem maior atenção e cuidado (KALACHE A, 2008; BEARD et al., 2012).

Portanto, para envelhecer bem são necessários o autocuidado para que o idoso possa gerir suas atividades de vida diária e, para isso o suporte familiar é essencial. Assim a presença de uma rede de apoio, a família e a comunidade onde está inserido, tem um papel fundamental no autocuidado e, por fim, o cuidado institucional, onde o estado aplique as normativas já existentes no estatuto do idoso (BEARD et al; 2012)

Os determinantes que favorecem a preservação do organismo por mais tempo estão associados ao estilo de vida saudável, porque envelhecer é um processo. Portanto, é essencial que esses hábitos estejam presentes ao longo de todo o ciclo de vida que compreendem: ausência de consumo de tabaco e álcool; a atividade física regular; aprendizado permanente; alimentação saudável; saúde bucal e a gestão do regime medicamentoso (CAMPOS; NETO, 2008).

De acordo com Ferreira (2009) para uma longevidade saudável e uma expectativa de vida com qualidade é necessário que o indivíduo mantenha seu potencial de bem-estar físico, social e mental, através de uma participação ativa nas questões econômicas, culturais, espirituais e cívicas, evitar comportamentos de riscos são atitudes que contribuirão para um processo do envelhecimento saudável (RIBEIRO; CONSTANÇA, 2011).

Os cuidados para intervir e subsidiar os cidadãos na manutenção da inteligência, habilidade verbal durante as fases da vida, conciliada a combinação de informação cognitiva e educacional, são eventos relacionados à diminuição dos problemas de saúde física, mental e social, ocasionam uma longevidade com saúde (MINAYO, ASSIS, 2017).

A atividade física, se for regular, pode trazer grandes benefícios à saúde de todos os indivíduos, além de retardar o declínio funcional e conseqüentemente o envelhecimento. As atividades corporais são consideradas um dos hábitos mais valiosos para as pessoas alcançarem um envelhecimento bem-sucedido. Assim, é necessário lembrar que o conceito de atividade vai além dos exercícios físicos, faz

parte desse conceito a estimulação das capacidades cognitivas, que são atitudes que contribuem para um declínio mais tardio das funções intelectuais (SÉ, 2009).

Em um estudo realizado em uma universidade que investigou 71 idosas com idade de $69,7 \pm 5,8$ anos, peso corporal de $64,7 \pm 11,7$ kg e estatura de $1,60 \pm 0,10$ m, com queixa de dores musculoesquelética. Ao iniciarem a prática atividade física, pelo menos uma vez por semana, reduziu significativamente as dores e melhorou muito a qualidade de vida (PEREIRA et al., 2009).

Segundo Freitas; Queiroz; Sousa (2010) outra atitude importante na preservação da autonomia e independência da pessoa é manter os seus próprios cuidados em todas as fases do ciclo vital. Reforçando que a educação permanente e uma vida sexual ativa, são comportamentos que podem prevenir doenças e prolongar a vida com mais saúde e prazer.

Longevidade e estilo de vida

De acordo com a OMS, 2006 a maioria dos países classifica a terceira idade a partir dos 60 anos, considerando o ponto de vista econômico, visto que o pagamento da aposentadoria começa aos 60 anos para as mulheres e aos 65 para os homens. Essa classificação coincide com o conceito da ONU que estabelece que a Terceira Idade comece aos 60 anos nos países subdesenvolvidos e 65 anos nos países desenvolvidos.

Mediante todas as dimensões que envolvem o envelhecimento, o termo longevidade não está contido em um único conceito, considerando que a idade cronológica pode não ser idêntica à idade biológica, psicológica e social do indivíduo (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). Portanto, o conceito de longevidade será naturalmente a superação da velhice, uma consequência do envelhecimento ativo e produtivo que, propõe um convite ao idoso a um estilo de vida para manter as dimensões biológica, psicológica, social e financeira mais saudável possível (FERREIRA, 2009).

No entanto, a proposta dessa longevidade só acontecerá quando o mesmo for capaz de continuar assumindo suas responsabilidades, construindo sua história com independência, autonomia, esperança e felicidade, garantindo manutenção pessoal, direitos e respeito com dignidade. Para mensurar diretamente a saúde das pessoas, têm-se desenvolvido e aprovado instrumentos estruturados e simplificados, capazes de reconhecer os estados de “completo bem-estar físico, mental e social”, a

mensuração da Qualidade de Vida (QV) é algo que terá muita importância no século XXI, tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas, nos campos de prevenção de doenças e promoção da saúde (PS) (CAMPOS; NETO, 2008).

De acordo com Ministério da Saúde do Brasil (2014), são atividades prioritárias para promoção da saúde: formação e educação permanente, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas. Portanto, criar hábitos de vida saudáveis é essencial para promover uma longevidade com saúde.

A longevidade é uma realidade contemporânea e para manter a saúde dos longevos, sem dúvida, a qualidade de vida estará diretamente associada promoção da saúde que conseqüentemente resultará em saúde, independência e autonomia (FERREIRA, 2009). Um conceito ampliado e positivo de qualidade de vida tem como foco o processo social de sua produção. Elege como objetivo a defesa da vida e o desenvolvimento humano. Superando o modelo de intervenção e, passando para práticas intersetoriais e conhecimentos interdisciplinares, que influenciam na vida das pessoas estabelecendo uma maior corresponsabilidade pela sua saúde (IRIGARAY; TRENTINI, 2009).

Promoção da saúde

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2006), a PS é a completa condição humana de bem-estar físico, mental e social, essa condição segunda a Lei Federal Brasileira Nº 8.080/1990 tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

No campo da saúde pública a PS vem ganhando destaque. A visão entre condições sociais e saúde aprofunda a discussão que apresenta a PS como a estratégia central para garantir a qualidade de vida do cidadão. Apresenta-se como fator principal para diminuir o risco de doenças e aumentar as chances de longevidade com saúde, o que acarreta em uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo de envelhecimento (RIBEIRO; CONSTANÇA 2011).

Entre os especialistas no assunto ainda não existe um consenso sobre o que constitui qualidade de vida, mas há uma tentativa de definição que engloba o estado de saúde geral. Bem como, uma variedade de domínios, mas é considerado como fatores determinantes e condicionantes a educação, meio-ambiente, recursos econômicos, relacionamentos, trabalho, alimentação, atividade física, meditação e lazer (BRYANT; ALPETER; WHITELAW, 2006).

O Brasil (2014) preconiza a PS como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial. Onde se possa estabelecer o diálogo entre as diversas áreas e a sociedade para compor uma rede de compromisso e corresponsabilidade com a Qualidade de Vida da população.

CONCLUSÃO

O presente artigo trouxe reflexões acerca do envelhecimento, fatores que retardam e que aceleram o envelhecimento, longevidade e estilo de vida e promoção da saúde.

A longevidade é o envelhecimento prolongado, e se requer que ela seja saudável, a partir da aquisição de bons hábitos ao longo da vida, uma vez que envelhecer é um processo. Construir um envelhecimento saudável vai muito além de hábitos isolados, passa por uma política de PS, focada em promover o envelhecimento saudável, com a prática de atividade física, lazer e bem-estar.

Envelhecimento ativo e com saúde está relacionado ao potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, para que os idosos possam participar da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades e ao mesmo tempo que a sociedade possa propiciar proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M; GUTIERREZ, G; MARQUES, R. **Qualidade de vida**. São Paulo: Edições EACH. 2012. [Consult. 13 abr. 2019]. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf

BAUMAN, Z. **Diálogos com Zygmunt Bauman. Entrevista para a CPFL Cultura e o Seminário Fronteiras do Pensamento**. 2011. Disponível em: <https://www.institutocpfl.org.br/2011/08/16/dialogos-com-zygmunt-bauman/>

BEARD, J. et al. **Global Population Ageing: Peril or Promise?** PGDA Working Paper No. 89. disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.448. de 11 de novembro de 2014. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

BRASIL, Presidência da República, **Casa Civil**, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei N. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Legislação do SUS). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Brasília; 2006.

BRYANT L, ALPETER M, WHITELAW N. **Evaluation of health promotion programs for older adults: An introduction**. *Journal of Applied Gerontology*. [Em linha]. June 2006, vol 25, nº 3 [Consult. 16 junho. 2019]

CAMPOS M, NETO J. **Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde**. *Revista Baiana de Saúde Pública*. [Em linha].2008, vol 32, nº 2 [Consult. 3 julho. 2018], pp. 232-240. Disponível em:<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1438>

COSTA, JJS **A educação segundo Paulo Freire: uma primeira análise filosófica**. *Theoria - Revista Eletrônica de Filosofia Faculdade Católica de Porto Alegre*. Volume VII – Número 18 – Ano 2015 – ISSN 1984-9052. P. 76. <http://www.theoria.com.br/edicao18/06182015RT.pdf>

FERNÁNDEZ, BR. **Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología**. [Em linha]. Madrid 2009, nº13 [Consult. 24 de agosto. 2018], pp.214-216. Disponível em: <https://www.aidep.org/sites/default/files/2017-07/RIDEP%2030%20-com2.pdf>

FERREIRA, A. **A Qualidade de Vida em Idosos em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspectiva do Próprio e do Seu Cuidador**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, 2009.

FONSECA A. **O envelhecimento. Uma abordagem psicológica**. [Em linha]. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006. [Consult. 5 fev. 2019]. Disponível em: https://www.uceditora.ucp.pt/site/custom/template/ucptpl_uce.asp?SSPAGEID=1295&lang=1&artigoID=373

FREITAS, M; QUEIROZ, T; SOUSA, J. **O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos.** *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 44(2), 407-412. Recuperado em 02 março, 2019, disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200024>

FRIES, AT; PEREIRA, DC. **Teorias do envelhecimento.** *Revista Contexto & Saúde*, Ijuí • v. 10 • n. 20 • Jan./jun. 2011.

GIACOMIN, KC; SANTOS, WJ; FIRMO, JOA. **O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer.** *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.9, pp.2487-2496. ISSN 1413-8123. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900002>.

GOVERNO DE PORTUGAL. **Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações programa de ação.** [Em linha]. Portugal, 2012 [Consult. 18 abr. 2019]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

IRIGARAY, T; TRENTINI C. **Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva.** *Estudos de Psicologia*. [Em linha]. Julho/ setembro, 2009, vol. 23, nº3 [Consult. 23 agosto. 2019], pp.297-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a03.pdf>.

LLOYD-SHERLOCK, P. et al. **Population ageing and health.** *Lancet*. 2012 Apr 7;379(9823):1295–6.

LE BRETON D. **Sociologia do corpo.** editora: vozes, 6 ed. são Paulo, 2012.

KALACHE, A. **O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade.** *Social Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4):1107-1111, 2008.

MINAYO, MCS; ASSIS, SG. **Novas e velhas faces da violência no Século XXI: Visão da literatura brasileira do campo da saúde.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2017. p.323-340.

MARRONI, NP; MORGAN-MARTINS, MI; PORAWASKI, M. **Radicais livres no processo saúde-doença: da bancada à clínica.** Curitiba, PR: CRV, 2012. ISBN 978-85-8042-424-9

NUNES, IM. **A Constelação do Idoso. Artigo de Investigação Médica.** [Em linha]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Mestrado Integrado em Medicina

[Consult. 5 agosto. 2019]. Disponível na Internet: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21066/2/a%20constelao%20do%20idoso.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **Envelhecimento ativo. Um Projeto de Política de Saúde**: [em linha]. Madrid: OMS, 2006. [Consult. 5 agosto de 2019]. Disponível na Internet: [URL:http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc](http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc).

PEREIRA, ÉF; TEIXEIRA, CS; DARONCO, LSE. **Estilo de vida, prática de exercício físico e dores musculoesqueléticas em idosas fisicamente ativas**. RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 343-352, set/dez. 2009).

PORCELLO-MARRONE, LC. et al. **“Risk factors among stroke subtypes in Brazil,”** *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, vol. 22, no. 1, pp. 32–35, 2013.)

RESENDE, MR. **Imunocossmética estimulação de células imunocompetentes para a proteção da pele e reparação do DNA**. Up To Date Estética Aplicada, v 15. N. 71, p. 20-22, jan. 2009.

RIBEIRO, Ó; CONSTANÇA, P. **Manual de envelhecimento**. Lisboa: Lidel Edições técnica, Lda, 2011. ISBN 978-972-75-77-392.

ROSS MH, PAWLINA W. **Histologia – Texto e atlas: em correlação com a biologia celular e molecular**, 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 987p.

SÉ, E. **Caminhos para uma velhice bem-sucedida**. [Em linha]. 2009, [Consult. 5 set. 2019], Disponível em: http://www2.uol.com.br/vyaestelar/velhice_bem_sucedida.htm.

SILVA EL, MENEZES EM. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: UFSC, 2001.

STRUTZEL, E; CABELLO, H; QUEIROZ, L; FALCÃO, MC. **Análise dos fatores de riscos para o envelhecimento da pele: aspectos gerais e nutricionais**. *Rev Bras Nutr Clin*. São Paulo. V.22, n.2, p. 139-145, 2007.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). **World Population Prospects 2019**, Volume II: Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/427)

WHO - **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

Associação entre estado nutricional e qualidade de vida de idosos

Association between nutritional status and quality of life in the elderly

CAPPELARI, R. M. G.¹; LOCKMANN, A. S.^{2,3}; ZAFFARI, D.^{1,3,4}; CAMPAGNOLO, P.D.B.^{1,4}

¹ Curso de Nutrição da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

² Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA.

³ Banco de Alimentos do Rio Grande do Sul.

⁴ Programa de Pós-Graduação Mestrado em Nutrição e Alimentos da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

* Autor correspondente- Denise Zaffari E-mail: Zaffari@unisinobr

DOI: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v12n1-2>

RESUMO

Introdução: O rápido envelhecimento da população e o aumento da longevidade traz desafios para os idosos, como a manutenção da saúde e da boa qualidade de vida. A má nutrição aumenta a morbimortalidade, reduz a funcionalidade e piora a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a associação entre o estado nutricional e a qualidade de vida de idosos atendidos no *Projeto Passos da Longevidade* do Banco de Alimentos do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Estudo transversal e retrospectivo com dados secundários, coletados entre março e dezembro de 2017, de um grupo de idosos não institucionalizados com 60 anos ou mais. As informações sociodemográficas foram obtidas por um questionário. Dados de peso e a altura foram coletados e o Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado. Os escores de qualidade de vida foram mensurados através do Questionário *Short Form Health Survey 36* (SF-36). **Resultados:** Foram incluídos no estudo 185 idosos, com um IMC médio de 29,7 kg/m² sendo 41,1% deles obesos. A associação dos escores de qualidade de vida dos oito domínios do questionário SF-36, mostrou que os indivíduos obesos apresentaram pior escore nos domínios capacidade funcional e limitação por aspectos físicos, quando comparados aos idosos com baixo peso, eutrofia e sobrepeso ($p < 0,001$ e $p = 0,042$, respectivamente). **Conclusão:** Os idosos obesos apresentaram pior capacidade

funcional e limitação por aspectos físicos, quando comparados com aqueles com sobrepeso, eutrofia e baixo peso e maior limitação por aspectos físicos em relação aos idosos com sobrepeso.

Palavras-chave: Idoso. Qualidade de Vida. Estado Nutricional

ABSTRACT

Introduction: The rapid aging of the population and the increase in longevity brings challenges for the elderly, such as maintaining health and good quality of life. Poor nutrition increases morbidity and mortality, reduces functionality and worsens quality of life. **Objective:** To evaluate the association between the nutritional status and the quality of life of the elderly served in the Steps of Longevity Project of the Food Bank of Rio Grande do Sul. **Method:** Cross-sectional and retrospective study with secondary data, collected between March and December 2017, from a group of non-institutionalized elderly people aged 60 years or more. Sociodemographic information was obtained through a questionnaire. Weight and height data were collected, and the Body Mass Index (BMI) was calculated. Quality of life scores were measured through the Short Form Health Survey 36 (SF-36). **Results:** 185 elderly people were included in the study, with an average BMI of 29.7 kg/m² being 41.1% obese. The association of the quality of life scores of the eight domains of the SF-36 questionnaire, showed that obese individuals presented worse scores in the domains functional capacity and limitation by physical aspects, when compared to the elderly with low weight, eutrophy and overweight ($p < 0.001$ and $p = 0.042$, respectively). **Conclusion:** Obese elderly presented worse functional capacity and limitation by physical aspects when compared to those with overweight, eutrophy and low weight and greater limitation by physical aspects when compared to those with overweight.

Keywords: Aged. Quality of Life. Nutritional Status

INTRODUÇÃO

O acelerado envelhecimento da população e o aumento da longevidade traz muitos desafios para os idosos, como a manutenção da saúde e uma boa qualidade de vida (QV). Estudos epidemiológicos têm sinalizado que o risco de várias situações associadas ao envelhecimento, como problemas de saúde oral, diminuição da capacidade cognitiva e da autonomia, redução da percepção sensorial e da

capacidade funcional e doenças crônicas, afetam a QV dos idosos. Essas situações podem ser amenizadas por meio de intervenções adequadas no estilo de vida, incluindo a adoção de uma alimentação saudável, a prática de atividade física, a cessação do tabagismo, a redução do estresse, entre outras. A má nutrição na idade avançada aumenta o risco de doenças, reduz a funcionalidade, piora a QV e aumenta a mortalidade (ANDRADE et al., 2017; PAULI et al., 2018 e KEHOE et al., 2018).

Vários são os fatores que levam o idoso a ter uma evolução nutricional desfavorável, como fatores fisiológicos, econômicos e biopsicossociais. Devido as alterações morfológicas, que são próprias do envelhecimento, há redução na eficiência da digestão, absorção e excreção de nutrientes que costumam ser frequentes, levando a atrofia da mucosa e diminuição da produção do ácido clorídrico. Também é comum a redução na produção da saliva e a perda da dentição devido ao uso de medicamentos ou por problemas na cavidade bucal (MAHAN et al., 2013). Além disso, a baixa condição econômica, a capacidade cognitiva e funcional prejudicadas, a depressão e o isolamento, juntamente com os demais fatores que influenciam o consumo alimentar e o estado nutricional dos idosos, contribuem para perda de peso não intencional, desenvolvimento de carências nutricionais ou excesso de peso que irá afetar, de maneira significativa, a saúde e a QV (SILVA e MURA, 2011; ANDRADE et al., 2017; HOLZ et al. 2013). Assim, a alimentação e o estado nutricional adequados representam condições essenciais do ser humano e se vinculam diretamente à saúde e a prevenção e reabilitação de agravos, sendo fundamentais para QV e o bem-estar da população idosa (ANDRADE et al., 2017; PAULI et al., 2018; KEHOE et al., 2018; FREITAS et al., 2017).

O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre o estado nutricional e a QV da população idosa atendida pelo Projeto Passos da Longevidade do Banco de Alimentos do Rio Grande do Sul (RS). Este Projeto tem como objetivo a promoção e a manutenção da QV da população idosa que frequenta grupos de convivência nas instituições beneficiadas com a doação de alimentos pelo Banco de Alimentos, através de ações de educação em saúde.

MÉTODOS

Este estudo é uma análise retrospectiva de um estudo transversal que utilizou dados secundários, coletados entre março e dezembro de 2017, do banco de dados do Projeto Passos da Longevidade, do Banco de Alimentos do RS. A população do

estudo se caracterizou por uma amostra de conveniência, retirada do banco de dados de um estudo maior com 233 idosos. Foram incluídos no presente estudo idosos que, no estudo maior, responderam um questionário socioeconômico, o Short Form Health Survey (SF-36) e que tiveram suas medidas antropométricas aferidas. A coleta dos dados ocorreu nas Instituições onde os idosos participam de Grupos de Convivência, semanalmente, e foi realizada pela equipe de nutricionistas e acadêmicos de nutrição do Banco de Alimentos do RS.

A amostra do estudo foi composta por dados de 185 idosos não institucionalizados que responderam ao questionário socioeconômico e o SF-36 para mensurar a QV e que tiveram suas medidas antropométricas aferidas. Foram excluídos do estudo dados dos participantes dos grupos de convivência com idade inferior a 60 anos.

As informações coletadas do banco de dados, relacionadas aos aspectos sociais e econômicos incluíram a idade, o sexo, o nível de escolaridade, a cor da pele e a situação conjugal que foram compilados de um questionário com perguntas simples e diretas.

Os dados antropométricos extraídos do banco de dados foram: peso, estatura e Índice de Massa Corporal (IMC). O peso foi obtido pela aferição em balança eletrônica portátil da marca Plena, com capacidade para 150 kg e os indivíduos, quando foram pesados, estavam descalços, utilizando roupas leves e foram posicionados com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. A estatura foi mensurada utilizando estadiômetro da marca Personal Caprice Portátil Sanny. Os participantes estavam descalços, com pés juntos e alinhados com a nuca, as nádegas e os calcanhares encostados na parede, sem adornos nos cabelos, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos e com os braços estendidos ao longo do corpo. O IMC foi obtido pela divisão da massa corporal em quilogramas pelo quadrado da altura em metros - kg/m^2 . Para classificar o IMC foram adotados os pontos de corte da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS): Baixo peso para $\text{IMC} < 23 \text{ Kg/m}^2$; Eutrófico para IMC de 23 a 28 Kg/m^2 ; Sobrepeso para IMC de 28 a 30 Kg/m^2 e Obesidade para $\text{IMC} > 30 \text{ Kg/m}^2$ (OPAS, 2003).

As aferições do peso e estatura foram realizadas por nutricionistas e acadêmicos de Nutrição do Banco de Alimentos do RS.

Os escores relacionados à QV foram mensurados através da aplicação do questionário SF-36, cuja confiabilidade e validade de constructo foram testadas com

1.980 pacientes britânicos, com idades entre 16 e 74 anos. É organizado em 36 itens, compostos por 8 domínios com várias questões. Após a avaliação, os escores foram codificados, somados e transformados em uma escala de 0 a 100, na qual quanto maior for a pontuação, melhor a QV (TAFT C et al, 2001).

Os dados coletados foram analisados com auxílio do programa estatístico SPSS - versão 21.0.

As variáveis quantitativas apresentaram normalidade pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov e foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas. Para comparar as médias dos escores de QV, a Análise de Variância (ANOVA) complementada pelo teste de Student Newman-Keuls foi aplicada. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo está de acordo com a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016 e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS sob o número 3.510.865.

RESULTADOS

O banco de dados incluiu um total de 233 indivíduos. Destes, 48 foram excluídos (25 deixaram de comparecer aos encontros dos grupos; 19 tinham menos de 60 anos; 3 foram a óbito e 1 não apresentava os dados relacionados aos escores de QV), sendo que a amostra do estudo ficou em 185 indivíduos.

Embora a média do IMC tenha sido 29,7 kg/m², quando os indivíduos foram estratificados por faixa de IMC, foi observado um maior número de indivíduos com obesidade (IMC \geq 30 kg/m², n=76; 41,1%).

Em relação aos escores dos oito domínios do questionário SF-36, o aspecto social mostrou o maior valor (76,8 \pm 25,6) enquanto o estado geral de saúde apresentou o valor mais baixo (57,2 \pm 18,3).

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos dados sociodemográficos dos indivíduos.

Tabela1- Caracterização dos dados sociodemográficos da amostra.

Variáveis	n = 185
Idade (anos) – média ± DP	70,5 ± 7,1
Faixa etária – n (%)	
60 a 69 anos	93 (50,3)
70 a 79 anos	70 (37,8)
80 anos ou mais	22 (11,9)
Sexo – n (%)	
Masculino	10 (5,4)
Feminino	175 (94,6)
Cor – n (%)	
Branca	91 (49,2)
Negra	69 (37,3)
Parda	25 (13,5)
Nível de escolaridade – n (%)	
Analfabeto	21 (11,4)
Fundamental incompleto	102 (55,1)
Fundamental completo/Médio incompleto	28 (15,1)
Médio completo ou mais	34 (18,4)
Situação Conjugal – n (%)	
Casado	40 (21,6)
Divorciada	19 (10,3)
Solteiro	48 (25,9)
Viúvo	78 (42,2)
IMC (kg/m ²) – média ± DP	29,7 ± 5,9
Classificação do IMC – n (%)	
Baixo peso	22 (11,9)
Eutrofia	51 (27,6)
Sobrepeso	36 (19,5)
Obesidade	76 (41,1)
Escore SF-36 – média ± DP	
Capacidade Funcional	64,6 ± 26,3
Limitação por aspectos físicos	64,7 ± 39,9
Dor	58,8 ± 28,0
Estado Geral de Saúde	57,2 ± 18,3
Vitalidade	66,2 ± 23,7
Aspectos Sociais	76,8 ± 25,6
Limitação por Aspectos Emocionais	66,5 ± 41,5

Fonte: Elaborado pela autora.

Analisando a associação dos escores de QV relacionados aos oito domínios do questionário SF-36, os indivíduos obesos apresentaram pior escore de QV nos domínios capacidade funcional e limitação por aspectos físicos, quando comparados aos idosos com baixo peso, eutrofia e sobrepeso ($p < 0,001$ e $p = 0,042$), respectivamente).

A Tabela 2 apresenta a associação dos escores de QV com o estado nutricional dos indivíduos e a Figura 1 caracteriza a avaliação do escore SF-36, relacionado ao domínio capacidade funcional, conforme a classificação do IMC ($p < 0,001$).

Tabela 2- Associação dos escores de qualidade de vida com estado nutricional.

Escore SF-36	Baixo peso (n =22)	Eutrofia (n =51)	Sobrepeso (n =36)	Obesidade (n =76)	p
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	
Capacidade Funcional	69,8 ± 28,3 ^b	73,3 ± 23,7 ^b	69,0 ± 25,9 ^b	55,1 ± 25,0 ^a	<0,001
Limitação por Aspectos Físicos	62,5 ± 44,2 ^{ab}	70,1 ± 39,4 ^{ab}	77,1 ± 35,0 ^b	55,9 ± 39,9 ^a	0,042
Dor	66,5 ± 30,1	60,3 ± 25,9	62,9 ± 27,6	53,5 ± 28,5	0,148
Estado Geral de Saúde	61,2 ± 17,4	58,1 ± 18,3	58,1 ± 18,2	55,1 ± 18,6	0,519
Vitalidade	66,1 ± 22,9	68,1 ± 20,3	71,3 ± 23,3	62,6 ± 26,0	0,290
Aspectos Sociais	77,8 ± 22,1	74,3 ± 26,3	84,0 ± 23,1	74,8 ± 26,9	0,278
Limitação por Aspectos Emocionais	68,2 ± 45,4	67,3 ± 39,2	72,2 ± 38,6	62,7 ± 43,5	0,715
Saúde Mental	67,1 ± 21,3	68,5 ± 22,8	75,3 ± 19,7	69,1 ± 25,3	0,463

^{a,b} Letras iguais não diferem pelo teste de *Student Newman-Keuls* a 5% de significância

Fonte: Elaborado pelos autores

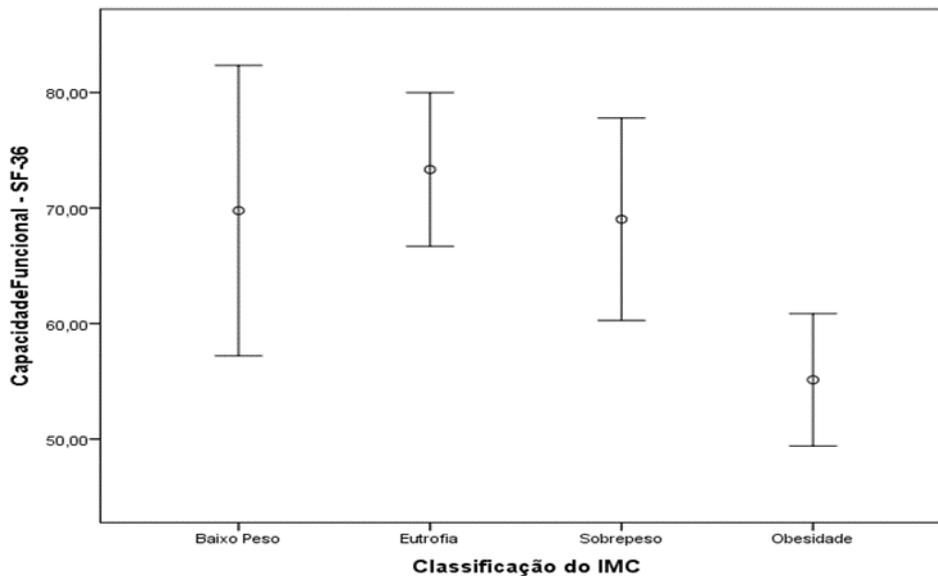


Figura1: Avaliação do escore SF-36, relacionado ao domínio capacidade funcional, conforme a classificação do IMC ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Este estudo, cujo objetivo foi avaliar a associação entre o estado nutricional e a QV da população idosa atendida pelo Projeto Passos da Longevidade do Banco de Alimentos do RS demonstrou que a capacidade funcional e a limitação por aspectos

físicos mostraram uma associação significativa ($p < 0,001$ e $p = 0,042$, respectivamente) com obesidade, sinalizando que os indivíduos obesos apresentaram pior capacidade funcional quando comparados com aqueles com sobrepeso, eutrofia e baixo peso e maior limitação por aspectos físicos em relação aos idosos com sobrepeso.

Neste estudo, a prevalência de indivíduos do sexo feminino foi alta (94,6%). Um estudo com 113 idosos cadastrados no Grupo de Convivência do Serviço Social do Comércio na Paraíba avaliou a QV entre os indivíduos trabalhadores e aposentados e a prevalência de mulheres foi de 62% e 87%, respectivamente (COSTA et al., 2018). Um trabalho austríaco conduzido por Luger et al. (2016), investigaram a QV de 83 idosos atendidos em seus próprios domicílios e encontraram 86% de mulheres na amostra (LUGER et al., 2016). O predomínio de mulheres no nosso estudo e em outros semelhantes pode estar associado a maior atenção com a saúde e o autocuidado, levando as mulheres a procurar mais regularmente grupos de convivência e atendimentos de saúde quando comparadas aos homens (LIMA et al., 2017).

A baixa escolaridade, caracterizada pelo ensino fundamental incompleto, presente em 55,1% dos idosos deste estudo, corrobora com os dados encontrados em outros trabalhos, assim como no estudo de Pereira et al., no qual os autores encontraram uma prevalência de 51,9% dos indivíduos com o ensino fundamental incompleto (PEREIRA et al., 2015). No estudo de Costa et al., também foram encontradas prevalências de 48% e 61,9% de idosos com ensino fundamental incompleto, entre aqueles com atividade laboral e os aposentados, respectivamente (COSTA et al., 2018). A prevalência de idosos com baixa escolaridade pode ser justificado pelas suas condições de vida, pois permanecem poucos anos na escola para ajudar a trazer proventos para a família, se abdicando da escola para trabalhar na infância (ALCÂNTARA et al., 2016).

No presente estudo, não foi verificada associação entre estado nutricional e as variáveis faixa etária, sexo, cor, nível de escolaridade e situação conjugal. Um dado importante na amostra estudada é o número elevado de idosos com excesso de peso (60,6%); 36 (19,5%) indivíduos apresentaram sobrepeso e 76 (41,1%) obesidade. O estudo de Freitas et al, com 186 idosos integrantes de um grupo de convivência da terceira idade no município de Estrela (RS) encontrou uma prevalência de excesso de peso de 53,2% (18,3% com sobrepeso e 34,9% com obesidade) (FREITAS et al., 2017.) Outro estudo avaliou 49 idosos de ambos os sexos, participantes de um grupo

de convivência em Minas Gerais e os autores também observaram uma predominância de excesso de peso (46,9% de sobrepeso e 18,3% obesos) (FREITAS et al., 2019).

Analisando a associação dos escores de QV relacionados aos oito domínios do questionário SF-36, em geral, os indivíduos obesos apresentaram pior QV em praticamente todos os domínios, com exceção dos aspectos sociais e de saúde mental. Souza et al., avaliaram a QV de 27 idosos com sobrepeso e obesidade, acompanhados em uma Unidade de Saúde no Ceará pelo questionário WHOQOL-OLD. Os resultados mostraram baixo escore no aspecto participação social, resultado este diferente do nosso estudo que sinalizou que os idosos com sobrepeso tiveram maior escore no domínio aspectos sociais (SOUZA et al., 2018).

O estudo conduzido por Tavares et al., com 370 idosos teve como objetivo verificar a associação do excesso de peso com a capacidade funcional, morbidades autorreferidas e QV de idosos residentes em área rural, através de diferentes instrumentos (Escala Katz e Lawton; World Health Organization Quality of Life – BREF e World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults). Os resultados demonstraram que o excesso de peso foi associado negativamente com a capacidade funcional, mas positivamente com o domínio relações sociais (TAVARES et al., 2018). Resultados semelhantes foram encontrados em um trabalho chinês que teve o objetivo de estudar a associação entre o IMC e a QV, mensurada através do SF-36, entre 21.218 adultos com 18 anos ou mais, sendo 1.780 indivíduos com idades entre 60 e 90 anos. No geral, os resultados mostraram que os escores médios de QV aumentaram com o aumento do IMC. Comparado ao grupo de indivíduos eutróficos, aqueles com obesidade grau I tiveram pontuações significativamente mais altas nos domínios saúde mental, aspectos físicos, saúde geral, vitalidade e aspectos sociais (Zhu et al., 2015).

O trabalho de Acar Tek e Karaçil-Ermumcu (2018), realizado com 407 idosos na Turquia, teve como objetivo examinar fatores como anorexia e estado nutricional e a sua relação com a QV utilizando o questionário SF-36. Foi observado que, quanto maior o IMC menores foram os escores de QV. No nosso trabalho, os indivíduos obesos apresentaram piores escores de QV em todos os domínios com exceção dos aspectos sociais e de saúde mental (ACAR TEK e KARACI-ERMUMCU, 2018).

You et al. (2018), em um trabalho chinês com 10.527 idosos teve como objetivo avaliar a relação entre o IMC e a QV utilizando o instrumento EQ-5D-3L. Os resultados

do estudo sinalizaram que o baixo peso foi um fator de risco para a pior QV em ambos os sexos, enquanto o excesso de peso impactou positivamente na QV dos homens e negativamente na das mulheres (YOU et al., 2018).

A relação entre o IMC e a QV foi estudada em um grupo de 3981 homens e 3099 mulheres, com 65 anos ou mais, em um projeto da Chicago Heart Association, através do Questionário Status de Saúde-12. Os resultados mostraram que após o ajuste das variáveis para idade, raça, educação, tabagismo e ingestão de álcool, a obesidade foi associada a menor percepção de saúde e pior funcionamento físico e social (apenas nas mulheres), mas não prejudicou a saúde mental. O excesso de peso foi associado ao comprometimento do bem-estar físico apenas entre as mulheres. Tanto os homens como as mulheres com baixo peso relataram comprometimento do bem-estar físico, social e mental (YAN et al., 2004).

Neste estudo, a capacidade funcional e a limitação por aspectos físicos tiveram associação positiva com obesidade, sinalizando que os indivíduos obesos apresentaram pior capacidade funcional quando comparados com aqueles com sobrepeso, eutrofia e baixo peso e maior limitação por aspectos físicos em relação aos idosos com sobrepeso.

O estudo conduzido por Garcia et al., com indivíduos cuja média de idade foi 61 anos e que utilizou o questionário SF-12 como instrumento para avaliar a QV, demonstrou que o valor do IMC foi inversamente associado com os escores dos domínios físico e mental, ou seja, quanto maior o IMC, menores os scores, e conseqüentemente, pior a QV, corroborando com os resultados relacionados aos aspectos físicos encontrados no presente estudo (GARCIA et al., 2016).

Outro trabalho, realizado com 156 idosos de um grupo de terceira idade de um município do interior do RS, utilizou o questionário WOQOL-BREF para avaliar a QV. Este instrumento apresenta 26 perguntas distribuídas em 4 domínios: físico, psicológico, de meio ambiente e de relação social. Os resultados mostraram que o IMC apresentou uma relação inversa com o domínio físico (inclui questões sobre dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, mobilidade, atividades de vida diária, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade para o trabalho), ou seja, quanto maior o valor do IMC, menor foi o escore para o domínio físico (ADAMI et al., 2015). Estes resultados reforçam os achados do nosso estudo uma vez que a capacidade funcional e a limitação por aspectos físicos também mostraram uma associação significativa com obesidade, indicando que os indivíduos obesos

apresentaram pior capacidade funcional quando comparados com aqueles com sobrepeso, eutrofia e baixo peso e maior limitação por aspectos físicos em relação àqueles com sobrepeso.

Abdollahi et al. (2016) em um estudo com 421 idosos teve como objetivo investigar a associação entre obesidade e QV utilizando o questionário SF-36. Os resultados encontrados foram semelhantes ao estudo atual, no qual os indivíduos com excesso de peso apresentaram menores escores em todos os domínios, com exceção de Saúde Mental, quando comparados aos indivíduos eutróficos (ABDOLLAHI et al., 2016).

O estudo realizado por Silva et al., avaliou a relação do risco nutricional com a capacidade funcional, através da Avaliação das Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária (AABIVD), mensuradas pelo Índice de Katz e pela Escala de Lawton-Brody em 27 idosos matriculados na Universidade da Maturidade no Tocantins. Foi observado uma relação inversa entre estas variáveis, ou seja, os idosos com menores pontuações na Mini Avaliação Nutricional (MAN) apresentaram capacidade funcional mais baixa e maior fragilidade, o que não corrobora com os resultados do nosso estudo onde os menores escores na capacidade funcional foram observados nos indivíduos obesos seguido daqueles com baixo peso (SILVA et al., 2019).

Lee et al., estudaram 542 idosos selecionados em Centros de Saúde e Hospitais Universitários na Coreia do Sul e avaliaram a associação entre IMC e QV mensurada pelo questionário SF-36. Os resultados sinalizaram que não houve associação entre maiores valores de IMC com pior QV, resultados também diferentes dos achados do presente estudo (LEE et al., 2017). Em contrapartida, o estudo de Souza et al., avaliou o estado nutricional, as condições de saúde e as suas influências na capacidade funcional de 47 idosos participantes de um centro de convivência no Mato Grosso do Sul, através da AABIVD, mensuradas pelo Índice de Katz e pela Escala de Lawton-Brody. Foi observado que valores maiores de IMC foram correlacionados negativamente com a capacidade funcional, corroborando com os resultados encontrados no presente estudo (SOUZA et al., 2018).

Algumas limitações deste estudo devem ser destacadas. Em primeiro lugar, a população estudada, por ter sido selecionada a partir de grupos de convivência de idosos residentes na periferia da cidade, pode não ser representativa do universo de idosos. O SF-36, embora seja um instrumento bem desenhado, com boa reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a alterações, suas questões são voltadas

para os aspectos físicos e outros que ocorrem como consequência de doenças, sendo, portanto, mais específico para grupos populacionais com determinadas patologias, embora a maioria dos idosos apresente doenças, especialmente crônico-degenerativas. Considerando-se que a QV é influenciada por diferentes fatores, a delimitação de apenas aspectos físicos e relativos a doenças pode não refletir de forma abrangente a percepção de QV desses indivíduos.

CONCLUSÃO

Neste estudo, os indivíduos obesos apresentaram pior escore de QV nos domínios capacidade funcional e limitação por aspectos físicos, quando comparados aos idosos com baixo peso, eutrofia e sobrepeso.

CONFLITO DE INTERESSES

Não existem conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

ABDOLLAHI, S. *et al.* **The association between obesity and quality of life among the elderly.** International Journal of Health Studies, v. 2, p. 17-22, 2016.

ACAR, T.E.K; KARACI-ERMUMCU, M.S. **Determinants of health related quality of life in home dwelling elderly population: appetite and nutritional status.** J Nutr Health Aging, v. 22, p. 996-1002, 2018.

ADAMI, F.S; FEIL, C.C; BOSCO, S.M.D. **Estado nutricional relacionado à qualidade de vida em idosos.** Rev Soc Bras Clin Med, v. 12, p. 28-40, 2015.

ALCÂNTARA, A.O; CAMARANO, A.A; GIACOMINI, C.K. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada 2016; 63-100p.

ANDRADE, F.L.J.P. *et al.* **Incapacidade cognitiva e fator H.es associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil.** Rev Bras Geriatr Geronto, v. 20, p.186-197, 2017.

COSTA, I.P. *et al.* **Qualidade de vida de idosos e sua relação com o trabalho.** Rev Gaúcha Enferm, vol.39, p.1-9, 2018.

FREITAS, A.P. *et al.* **Relação da qualidade de vida com o estado nutricional de idosos.** Rev Bras Qual Vida, v.9, p.30-44, 2017.

FREITAS, R.F. *et al.* **Índice de massa corporal e os fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência.** Rev Univap; v. 25, p. 110-121, 2019.

GARCIA, C.A.M.S; MORETTO, M.C; GUARIENTO, M.E. **Estado nutricional e qualidade de vida em idosos.** Rev Soc Bras Clin Med, v. 14, p. 52-60, 2016.

HOLZ, A.W. *et al.* **Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé,** Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Epidemiol, v.16, p. 880-888, 2013.

KEHOE, L; WALTON, J; FLYNN, A. **Nutritional challenges for older adults in Europe: current status and future directions.** Proceedings of the Nutrition Society, v.78, p. 221-233, 2018.

LEE, G. *et al.* **Obesity and Quality of Life in the Elderly.** Korean J Fam Med, v. 38, p. 181-191, 2017.

LIMA, A.P.M. *et al.* **Avaliação nutricional de idosos residentes em instituições de longa permanência.** Rev Baiana Enferm, v. 31, p. 1-9, 2017.

LUGER, E. *et al.* **Association between nutritional status and quality of life in (pre) frail community-dwelling older persons.** The Journal of Frailty & Aging, v. 5, p. 141-148, 2016.

MAHAN, K; ESCOTT-STUP, S; RAYMOND, J.K. **Alimentos, Alimentação e Dietoterapia.** Rio de Janeiro, Editora: Saunders, 13 ed. 2013.

Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). **Encuesta Multicentrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar.** In: XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones em Salud; 9-11 jun 2001; Kingston, Jamaica: OPAS, 2002. Disponível em: www.opas.org/program/sabe.htm.

PAULI, T.P. *et al.* **Saúde bucal de idosos com 80 anos ou mais: condição, autopercepção e utilização de serviços odontológicos.** Rev Odontol UNESP, v.47, p. 291-297, 2018.

PEREIRA, D.S; NOGUEIRA, J.A.D; SILVA, C.A.B. **Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará.** Rev Bras Geriatr Geronto, v.8, p. 893-908, 2015.

SILVA, L.O. *et al.* **Relação do Estado Nutricional com capacidade funcional e fragilidade em idosos.** Revista Humanidades e Inovação, v.6, p. 138-149, 2019.

SILVA, S.M.C.S; MURA, J.D.P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia.** São Paulo, Editora: Payá, 2 ed. 2011.

SOUZA, L.B. *et al.* **Excesso de peso influencia negativamente a capacidade funcional de idosos em atividades cotidianas.** Geriatr Gerontol Aging, v. 13, p. 62-68, 2018.

SOUZA Y.P. *et al.* **A qualidade de vida de idosos com obesidade ou sobrepeso.** Rev Bras Cie Saúde, v. 22, p. 155-164, 2018.

TAFT, C; KARLSSON, J; SULLIVAN, M. **SF-36 summary components scores accurately summarize subscale scores?** Quality of Life Research; v.10, p. 395-404, 2001.

TAVARES, D.M.S. *et al.* **Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida.** Ciência & Saúde Coletiva, v.23, p. 913-922, 2018.

YAN, L.L. *et al.* **BMI and Health-Related Quality of Life in Adults 65 Years and Older.** Obes Res, v. 2, p. 69-76, 2004.

YOU, H. *et al.* **Association between body mass index and health-related quality of life among Chinese elderly — evidence from a community-based study.** BMC Public Health, v. 18, p. 1-9, 2018.

ZHU, Y. *et al.* **Association between body mass index and health-related quality of life: The “obesity paradox” in 21,218 adults of the chinese general population.** PLoS One; v. 10, 2015: Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130613>.

Efeitos da ginástica aeróbica nas variáveis antropométricas de idosos

Effects of aerobic gymnastics on anthropometric variables of elderly

LIMA, F. É. B.^{1*}; COCO, M. A.²; KURITA, C. M.²; BUZETTI, M. A.²; FERREIRA-LIMA, W.³; LIMA, S. B. d. S.³

¹Doutora em Ciências do Movimento Humano, Universidade Metodista de Piracicaba. Professora na Universidade Estadual do Norte do Paraná, Jacarezinho- PR, Brasil.

²Graduação em Educação Física, Universidade Estadual do Norte do Paraná, Jacarezinho- PR, Brasil.

³ Doutor(a) em Atividade Física e Saúde, Universidade de Extremadura, Cáceres, Espanha.

*Autora correspondente: Flávia Évelin Bandeira Lima -
Email: flavia.lima@uenp.edu.br

DOI: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v12n1-3>

RESUMO

Introdução: Dentre as mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento, a diminuição de massa magra e aumento de gordura corporal são fatores que podem afetar seriamente a saúde do idoso. **Objetivo:** Analisar os efeitos da ginástica aeróbia sobre as variáveis antropométricas de idosos. **Metodologia:** Realizou-se um estudo de abordagem quantitativa, de caráter descritivo e comparativo e do tipo experimental. A amostra foi composta por 140 idosos, sendo 20 do sexo masculino e 120 do sexo feminino, praticantes de ginástica aeróbica, que participavam de um programa regional de atividade física para a terceira idade, na cidade de Ribeirão do Pinhal – PR. A mensuração das medidas antropométricas foi realizada em duas fases, com um período de intervalo de três meses. Foi verificado peso, estatura, aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, aplicado o teste de aptidão física em idosos (TAFI), realizado o cálculo de índice de massa corpórea (IMC) e relação cintura quadril (RCQ) de todos os participantes. **Resultados:** Os resultados indicaram diferença significativa nos componentes de saúde, como a massa corporal, IMC, cintura, quadril, flexibilidade, pressão arterial sistólica e diastólica. **Conclusão:** Com base nos resultados obtidos, observou-se que houve melhora significativa nos componentes antropométricos dos idosos.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Aptidão Física Funcional. Composição corporal.

ABSTRACT

Introduction: Among the changes that occur during the aging process, the decrease in lean mass and increase in body fat are factors that can seriously affect the health of the elderly. **Objective:** To analyze the effects of aerobic gymnastics on the anthropometric variables of the elderly. **Methodology:** A quantitative, descriptive and comparative study and an experimental study was carried out. The sample consisted of 140 elderly people, 20 males and 120 females, practicing aerobic gymnastics, who participated in a regional physical activity program for the elderly, in the city of Ribeirão do Pinhal – PR. The measurement of anthropometric measurements was carried out in two phases, with an interval of three months. Weight, height, blood pressure and heart rate were checked, the physical fitness test was applied to the elderly (TAFI), and the body mass index (BMI) and waist-to-hip ratio (WHR) were calculated for all participants. **Results:** The results indicated a significant difference in health components, such as body mass, BMI, waist, hip, flexibility, systolic and diastolic blood pressure. **Conclusion:** Based on the results obtained, it was observed that there was an improvement in the anthropometric components of the elderly.

Keywords: Health of the Elderly. Functional Fitness. Body Composition.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, com o avanço da medicina e a alta da procura em relação à prática de atividades físicas, a expectativa de vida da população tem aumentado se comparado com as últimas cinco décadas, melhorando sua qualidade de vida e assim também a longevidade (FERRETTI et al., 2015). Com base nesses dados, o processo de envelhecimento, bem como suas consequências, vem sendo amplamente explorado pela comunidade científica (MORAES, 2018).

Dentre as mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento, a diminuição de massa magra e o aumento de gordura corporal são fatores que podem afetar seriamente a saúde do idoso, tornando extremamente importante a avaliação e a melhora dos componentes antropométricos (MENEZES et al., 2013). Essas mudanças estão geralmente associadas à diminuição dos níveis de aptidão física, o que resulta no declínio das capacidades funcionais (COSTA et al., 2017). Dentro desse contexto, a atividade física desempenha um papel essencial na manutenção da saúde e no controle das mudanças causadas pelo envelhecimento, promovendo

melhor qualidade de vida para esses indivíduos (BURTON et al., 2017).

Os benefícios descritos pelo exercício físico na funcionalidade e composição corporal de idosos são inúmeros, como melhora da flexibilidade; fortalecimento do tecido conjuntivo; manutenção ou incremento da massa muscular; força muscular; densidade óssea; e controle ou diminuição da gordura corporal (MATSUDO et al., 2000; NELSON et al., 2007). Portanto, uma prática adequada de atividades físicas, mesmo considerada tardia, se iniciada na terceira idade, promove inúmeros benefícios ao idoso (BORGES e MOREIRA, 2009).

Nesse sentido, as modificações funcionais e morfológicas relacionadas ao envelhecimento constituem uma das maiores preocupações para os profissionais da área da saúde, principalmente no que se refere à qualidade de vida e prevenção de doenças (ROBERGS e ROBERTS, 2002). Estudos afirmam que a prática regular de exercício físico pode ajudar e contribuir para o controle da depressão e diminuição da ansiedade no idoso, o que possibilita ao mesmo maior adaptação ao passar dos anos, com seu corpo e funções (ASSIS, 2004).

Devido à escassez de estudos na literatura que evidenciam os benefícios do treinamento aeróbio para as variáveis antropométricas de idosos, o presente estudo tem como objetivo analisar os efeitos da ginástica aeróbica sobre as variáveis antropométricas de idosos.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de abordagem quantitativa, de caráter descritivo e comparativo e do tipo experimental, realizado com idosos, participantes do projeto “Melhor Idade”, que tem ação conjunta com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e prefeitura do município de Ribeirão do Pinhal-PR.

Participaram do estudo 140 indivíduos, sendo 20 do sexo masculino e 120 do sexo feminino, com idade acima de 60 anos, todos praticantes de ginástica aeróbica. Como critérios de inclusão, foram selecionados apenas aqueles com idade igual ou acima de 60 anos, que participavam regularmente do projeto “Melhor Idade” e retornaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado.

As aulas eram realizadas três vezes por semana, com duração de 60 minutos e sempre ministradas pelo professor contratado pelo município. O treinamento proposto aos idosos buscava a melhora da saúde mental, flexibilidade, força muscular

e aptidão cardiorrespiratória. O intervalo entre a coleta de dados pré e pós-intervenção foi de três meses.

Utilizou-se uma balança digital com antropômetro da marca *Welmy* para verificar o peso e a estatura. Os participantes foram pesados em pé, vestindo roupas leves e sem sapatos. A estatura foi medida utilizando fita antropométrica inextensível, marca *Seca*®, com variação em milímetros, fixada a parede desprovida de rodapé. As circunferências da cintura e do quadril foram medidas com fita antropométrica inextensível, marca *Cescorf*®, com variação em milímetros.

A circunferência da cintura (CC) foi mensurada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca e a circunferência do quadril (CQ), foi medida na maior circunferência da região glútea visualizada lateralmente (BRASIL, 2017; NETA et al., 2017). A relação cintura/quadril (RCQ) foi obtida a partir da divisão dos perímetros da circunferência da cintura pela circunferência do quadril. Os valores de referência como indicadores de risco para doenças cardiovasculares adotado para homens foi $\geq 0,90$ e para mulheres $\geq 0,80$ (GHARAKHANLOU et al., 2012).

A partir das medidas antropométricas de peso e estatura, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), obtido a partir da relação peso/altura². Para o diagnóstico do estado nutricional, foram adotados os pontos de corte propostos por Lipschitz (1994), que considera como baixo peso os valores de IMC menores que 22 kg/m², eutrófico entre 22 kg/m² e 27 kg/m², e sobrepeso acima de 27 kg/m².

A pressão arterial e os batimentos cardíacos foram mensurados através de dois aparelhos digitais da marca *Omron*. Aplicou-se o teste de flexibilidade do Teste de Aptidão Física em Idosos (TAFI) (SAWKA et al., 2007). Para o teste de flexibilidade, foi instruído que cada participante posicionar-se sentado no meio do assento de uma cadeira com 40 cm de altura, deixasse a perna esquerda semiflexionada e a perna direita estendida, com a ponta do pé voltada para cima, em seguida, ao se sentir relaxado o suficiente, inclinaria o tronco para frente estendendo o braço direito e tocando a ponta dos dedos do pé direito com a mão. Se o indivíduo não conseguisse atingir a meta, seria medido o espaço entre a ponta do dedo médio da mão até o dedo do pé direito, como consequência esta medida seria negativa indicando os centímetros que faltaram. Ao conseguir tocar o dedo do pé com o dedo médio da mão, a medida era considerada suficiente e demonstrada com o número 0 (zero), e se conseguissem ultrapassar o dedo médio da mão através do dedão de seu pé, essa

medida era considerada positiva, onde foram medidos os centímetros da ponta do dedo maior do pé até a ponta do dedo médio da mão. O teste de flexibilidade foi realizado três vezes em cada voluntário, sendo utilizada apenas a melhor das três medidas.

A intervenção foi realizada em dois momentos, com um intervalo de três meses entre as coletas. A primeira fase teve início no dia 2 de março de 2018 e foi encerrada no dia 28 de março de 2018 e a segunda fase teve início no dia 18 de junho de 2018 e se encerrou no dia 13 de julho de 2018. Os participantes realizam aula de ginástica aeróbia, com duração de 60 minutos no total, distribuídas em 20 minutos de aquecimento, 35 minutos de parte específica e 5 minutos de volta à calma. As aulas eram realizadas três vezes por semana (segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira), sempre ministradas pelo professor contratado pelo município. O treinamento proposto aos idosos buscava a melhora da saúde mental, flexibilidade, força muscular e aptidão cardiorrespiratória.

Após a coleta de dados, a análise estatística foi realizada através do *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 26.0. Para a análise das variáveis numéricas recorreu-se aos procedimentos da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa), posteriormente, para verificar a normalidade dos dados, utilizou-se o teste *Kolmogorov-Smirnov*. Tendo em vista a normalidade dos dados, para a comparação em dois momentos realizou-se o teste de *Wilcoxon*. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos valores pré e pós testes, das medidas antropométricas e variação hemodinâmica de idosos ativos treinados, praticantes de ginástica aeróbica, com frequência de três vezes semanais. Realizou-se a comparação pré e pós testes e verificou-se diferenças significativas em sete variáveis, IMC ($p < 0,001$), cintura ($p < 0,001$), quadril ($p < 0,001$), flexibilidade ($p < 0,001$), pressão arterial sistólica ($p = 0,023$) e pressão arterial diastólica ($p = 0,002$).

Tabela 1- Comparação pré e pós testes das medidas antropométricas, pressão arterial e batimentos por minuto de idosos praticantes de ginástica aeróbica.

<i>Variáveis</i>	<i>Pré Média ± DP</i>	<i>Pós Média ± DP</i>	<i>Wilcoxon p-valor</i>
<i>Massa Corporal</i>	69,657 ± 10,9302	69,01 ± 10,859	<0,001*
<i>Estatura</i>	1,5413 ^a ± ,07843	1,5413 ^a ± ,07843	1,000
<i>IMC</i>	29,3436 ± 4,26383	29,0794 ± 4,28331	<0,001*
<i>Cintura</i>	97,69 ± 10,743	95,71 ± 10,591	<0,001*
<i>Quadril</i>	101,61 ± 9,241	99,45 ± 9,014	<0,001*
<i>RCQ</i>	,9627 ± ,07484	,9636 ± ,07832	0,507
<i>Flexibilidade</i>	1,69 ± 7,773	4,42 ± 8,038	<0,001*
<i>PAS mmHg</i>	145,34 ± 24,463	138,7 ± 17,860	0,023*
<i>PAD mmHg</i>	83,99 ± 12,890	79,81 ± 9,697	0,002*
<i>BPM</i>	77,34 ± 13,635	77,46 ± 10,164	0,873

Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal; RQC: Razão Cintura/Quadril; DP: Desvio Padrão; PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica; BPM: Batimentos por Minuto; *Diferença significativa entre os grupos; p<0,05.

Fonte: Elaborado pelos autores. Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Mudanças na composição corporal relacionadas ao aumento da idade podem explicar alterações no funcionamento físico e na capacidade de trabalho, visto que idosos tendem a ter maior gordura corporal e menos massa magra (BRADY et al., 2014; KENNY et al., 2016). Os idosos do presente estudo classificam-se com excesso de peso, porém houve uma redução estatisticamente significativa desse valor no resultado pós-intervenção. Um estudo que buscou avaliar o perfil nutricional e antropométrico de idosos praticantes de ginástica (FARINEA et al., 2010) também constatou valores inadequados de IMC, porém não foram feitas avaliações pré e pós-intervenção. Diferentemente dos achados por um estudo que verificou os efeitos do pilates e do exercício resistido sobre a obesidade central e o índice de massa corpórea em idosos (PESTANA et al., 2012), onde os participantes também foram classificados com sobrepeso e ocorreu aumento do IMC pós intervenção, porém acredita-se que esse resultado esteja relacionado ao aumento de massa muscular e não de gordura corporal.

Verificou-se no presente estudo uma melhora significativa nos componentes de cintura e quadril, corroborando, um estudo que avaliou os aspectos nutricionais de idosos praticantes de vôlei, hidroginástica e ginástica aeróbica (DÓREA et al., 2015) também encontrou diferenças significativas nesses componentes, mas apenas nos participantes do sexo feminino. Em contrapartida, em uma análise da composição

corporal e do perfil lipídico de idosos praticantes de ginástica aeróbica (RICARDO, 2013), não só essas variáveis, mas também o IMC, não apresentaram diferenças significativas pré e pós-intervenção.

O envelhecimento pode ser uma das causas da diminuição dos níveis de flexibilidade, tornando importante a prática de atividade física para manutenção e melhora desse componente (PETREÇA et al., 2011). Os idosos do presente estudo apresentaram melhora significativa nesse componente após a intervenção, corroborando com os achados de um estudo que verificou o efeito do método Pilates na flexibilidade, qualidade de vida e nível de dor de idosos (TOZIM et al., 2014), onde após 8 semanas de prática também foram encontradas diferenças significativas nesse componente. Esses resultados podem estar diretamente relacionados com o ganho de força que a ginástica aeróbica e o Pilates promovem, visto que o mesmo influencia em níveis satisfatórios de flexibilidade (PETREÇA et al., 2011).

Além dos prejuízos musculares, o processo de envelhecimento também acarreta alterações no sistema cardiovascular, alterações essas que podem ocorrer mesmo na ausência de doenças e provocar aumento da pressão arterial (MENDES e BARATA, 2008; BRANDÃO et al., 2010). Nesta pesquisa observou-se melhora significativa na PAS e PAD dos idosos, concomitante ao estudo que verificou o efeito hipotensivo do treinamento de força em homens idosos (MUTTI et al., 2010), encontrando melhoras nessas variáveis.

Não foram encontradas diferenças significativas nos componentes estatura, o que pode estar relacionado ao fator biológico e RCQ. Em estudo realizado para verificar indicadores antropométricos do estado nutricional de idosas praticantes e não praticantes de exercícios físicos (CACHONI et al., 2011), realizou-se uma comparação entre os grupos e não foi verificada diferenças significativas no componente RCQ.

A Frequência Cardíaca de pessoas idosas se recupera lentamente após o exercício, o que pode representar um aumento no risco de mortalidade (ALMEIDA e ARAÚJO, 2003), corroborando, o presente estudo não obteve resultados significativos nos dados de BPM após a intervenção. Em contrapartida, em estudo realizado para verificar os efeitos do treinamento aeróbio e resistido nas respostas cardiovasculares de idosos ativos (LOCKS et al., 2012), verificou-se uma melhora na recuperação da FC em repouso.

Uma das limitações do presente estudo pode ter sido a não aferição das dobras cutâneas dos idosos e a falta de acompanhamento nutricional. Sugere-se, outros

estudos que, além das variáveis aqui analisadas, atente-se à aferição das dobras cutâneas e o acompanhamento nutricional dos idosos.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, observou-se melhora significativa nos componentes antropométricos dos idosos praticantes de ginástica aeróbica pré e pós-intervenções, porém, o número de indivíduos com sobrepeso e excesso de peso foi muito alto, mostrando dados preocupantes para a saúde física dos participantes. Sendo assim, é necessário que esses indivíduos tenham um acompanhamento por parte dos professores envolvidos com as aulas propostas, evidenciando a importância da prática regular e sistematizada de atividade física nessa fase da vida.

Apesar das limitações metodológicas inerentes, consideramos este estudo relevante para a contribuição e incentivo de profissionais que venham a trabalhar com essa população, principalmente em programas para a comunidade, para que planejem suas aulas de acordo com as necessidades dos participantes, visando não só o prazer dos mesmos durante as aulas, mas também a melhora dos componentes antropométricos e da aptidão física voltada à saúde.

REFERENCIAS

ALMEIDA, M. B.; ARAÚJO, C. G. S. **Efeitos do treinamento aeróbico sobre a frequência cardíaca.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 9, n. 2, p. 104-112, 2003.

ASSIS, M. D. Aspectos sociais do envelhecimento. Em: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Eds.): **Saúde do idoso: a arte de cuidar**, 2ª Ed. Rio de Janeiro: Interciência, p. 11-21, 2004.

BORGES, M. R. D.; MOREIRA, Â. K. **Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários.** Motriz, Revista de Educação Física, UNESP, v. 15, n. 3, p. 562-573, 2009.

BRADY, A. O.; STRAIGHT, C. R.; EVANS, E. M. **Body composition, muscle capacity, and physical function in older adults: an integrated conceptual model.** Journal of aging and physical activity, v. 22, n. 3, p. 441-452, 2014.

BRANDÃO, A. A. et al. **VI diretrizes brasileiras de hipertensão.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 95, n. 1, p.1-51, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 4ª ed. Brasília: DF; 2017. 61 p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>

BURTON, E. et al. **Why do seniors leave resistance training programs?** *Clinical Interventions in Aging*, v. 12, p. 585, 2017.

CACHONI, L. et al. **Indicadores antropométricos do estado nutricional de idosas praticantes e não praticantes de exercício físico na zona norte de São José do Rio Preto-SP**. *Alimentos e Nutrição Araraquara*, v. 21, n. 4, p. 537-546, 2011.

COSTA, K. M. S. M. et al. **Perfil antropométrico, funcional e cognitivo de idosos não institucionalizados**. *Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde*, v. 3, n. 2, p. 28-35, 2017.

DÓREA, G. D. S.; MANOCHIO-PINA, M. G.; SANTOS, D. D. **Aspectos nutricionais de idosos praticantes de atividade física**. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 10, n. 2, p. 347-360, 2015.

FARINEA, N.; RICALDE, S. R.; SIVIERO, J. **Perfil nutricional e antropométrico de idosos participantes de um grupo de ginástica no município de Antônio Prado-RS**. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 7, n. 3, p. 394-405, 2010.

FERRETTI, F. et al. **Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular**. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 20, n. 3, p. 729-743, 2015.

GHARAKHANLOU, R. et al. **Medidas antropométricas como preditoras de fatores de risco cardiovascular na população urbana do Irã**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 98, n. 2, p. 126-135, 2012.

KENNY, G. P. et al. **Age, human performance, and physical employment standards**. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, v. 41, n. 6, p. S92-S107, 2016.

LIPSCHITZ, D. A. **Screening for nutritional status in the elderly**. *Primary care*, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

LOCKS, R. R. et al. **Efeitos do treinamento aeróbio e resistido nas respostas cardiovasculares de idosos ativos**. *Fisioterapia em Movimento*, v. 25, n. 3, p. 541-550, 2012.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. **Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento**. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 5, n. 2, p. 60-76, 2000.

MENDES, R.; BARATA, J. T. **Envelhecimento e pressão arterial**. Acta Médica Portuguesa, v. 21, n. 2, p. 193-198, 2008.

MENEZES, T. N. D. et al. **Perfil antropométrico dos idosos residentes em Campina Grande-PB**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 16, n. 1, p. 19-27, 2013.

MORAES, L. P. d. **Comparação dos efeitos do treinamento resistido e da hidroginástica na percepção de qualidade de vida e IMC de indivíduos idosos**. 2018. 89 p. Dissertação (Mestrado em Atividade Física para a Terceira Idade). Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, Portugal. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/116905>. Acesso em: 06 jul. 2020.

MUTTI, L. C. et al. **Efeito hipotensivo do treinamento de força em homens idosos**. Revista Brasileira de Cardiologia, v. 23, n. 2, p. 111-115, 2010.

NELSON, M. E. et al. **Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association**. Circulation, v. 116, n. 9, p. 1094, 2007.

NETA, A. d. C. P. d. A. et al. **Índice de conicidade como preditor de alterações no perfil lipídico em adolescentes de uma cidade do Nordeste do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 3, p. e00029316, 2017.

PESTANA, V. S. et al. **Efeitos do Pilates solo e exercício resistido sobre a obesidade central e o índice de massa corpórea em idosos**. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 11, n. 2, p. 218-223, 2012.

PETREÇA, D. R.; BENEDETTI, T. R. B.; SILVA, D. A. S. **Validação do teste de flexibilidade da AAHPERD para idosos Brasileiros**. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, v. 13, n. 6, p. 455-460, 2011.

RICARDO, G. S. **Análise da composição corporal e do perfil lipídico de praticantes de ginástica aeróbia**. 2013. 49 p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Educação Física Bacharelado). Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma-SC.

ROBERGS, R. A.; ROBERTS, S. O. **Princípios fundamentais de fisiologia do exercício para aptidão, desempenho e saúde**. Em: ROBERGS, R.A.; ROBERTS, S. O. (Eds.): **Princípios fundamentais de fisiologia do exercício para aptidão, desempenho e saúde**, 1ª Ed. São Paulo: Phorte, p. 511-511, 2002.

SAWKA, M. N. et al. **American College of Sports Medicine position stand. Exercise and fluid replacement**. Medicine and science in sports and exercise, v. 39, n. 2, p. 377-390, 2007.

TOZIM, B. M. et al. **Efeito do método Pilates na flexibilidade, qualidade de vida e nível de dor em idosos**. ConScientiae Saúde, v. 13, n. 4, p. 563-570, 2014.

Atuação do Profissional de Educação Física em uma Instituição de Longa Permanência para Idoso: um relato de experiência

Performance of the physical education professional in a Long-Term Care Institution for the Elderly: an experience report

MARTINEZ, V. M. L.

Especialização em Neurociências e Comportamento e mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: victormatheuslm@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v12n1-4>

RESUMO

Introdução: A atuação de uma equipe multidisciplinar em saúde, com a inclusão dos serviços de Educação Física, é essencial no cuidado ao longo da vida e, sobretudo na senilidade. **Objetivos:** Relatar a experiência de atuação do Profissional de Educação Física em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) na cidade de Porto Alegre/RS. **Metodologia:** Para tanto, foi realizado um estágio observacional junto ao profissional de Educação Física da instituição durante um (1) mês em horário matutino, entre os dias 4 a 29 de novembro de 2019, por um (1) ou dois (2) turnos semanais (segunda e/ou quarta-feira). Além da observação, utilizou-se buscas de dados na literatura científica, a partir de uma revisão narrativa bibliográfica.

Resultados: A observação da realidade, contraposta pela literatura, revelou que os idosos necessitam de um estímulo constante quanto às atividades físicas de modo a manterem sua funcionalidade, mobilidade e saúde cognitiva. **Conclusão:** A atuação do Profissional de Educação Física junto a equipes multiprofissionais em saúde, neste contexto, é extremamente necessária e, portanto, esses profissionais devem ser incluídos cada vez mais a atuar nos serviços da área de forma multiprofissional dentro das ILPIS.

Palavras-chave: Educação Física; ILPIS; Idoso.

ABSTRACT

Introduction: The performance of a multidisciplinary team in health, with the inclusion of Physical Education services, is essential in lifelong care and especially in old age. **Objectives:** To report the experience of the performance of the Physical Education Professional in a Long-Term Care Institution for the Elderly (LCFE) in the city of Porto Alegre/RS. **Methodology:** For this purpose, an observational internship was carried out with the institution's Physical Education professional for one (1) month in the morning, between November 4th and 29th, 2019, for one (1) or two (2) shifts weekly (Monday and/or Wednesday). In addition to observation, data searches in the scientific literature were used, based on a narrative bibliographic review. **Results:** The observation of reality, contrasted by the literature, revealed that the elderly need a constant stimulus regarding physical activities in order to maintain their functionality, mobility and cognitive health. **Conclusion:** The performance of the Physical Education Professional with multidisciplinary teams in health, in this context, is extremely necessary and, therefore, these professionals must be increasingly included to work in the area in a multidisciplinary manner within the LCFE.

Key words: Physical Education; LCFE; Elder.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é algo inevitável, e com o envelhecimento cronológico do passar dos anos se envelhece o sistema nervoso como um todo, ou seja, a idade biológica aparecerá inevitavelmente, e seus efeitos podem em muitos casos não serem atrativos para a população senil (WOLF, 2009; DZIECHCIAŹ; FILIP, 2014; ANDREASSEN et al., 2019).

A população senil cresce de modo exponencial em nosso país, e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018), por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), o Brasil apresentou um aumento cerca de 4,8 milhões de idosos desde 2012, tendo assim um crescimento de forma linear em todos os estados da nação, o que representa um aumento de 18% na totalidade dessa faixa etária, totalizando 14,6% da população brasileira. Cabe ainda ressaltar que o estado do Rio Grande do Sul (RS), juntamente com o estado do Rio de Janeiro (RJ), apresenta os maiores índices percentuais de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (18,6%).

Consequentemente, com o avanço da população idosa no Brasil, surgem as preocupações com os cuidados, no que diz respeito ao bem-estar físico, mental e social, tendem a aumentar na mesma proporção, de modo que esse envelhecer populacional seja da forma mais saudável possível (BRASIL, 2020).

O processo do envelhecimento indubitavelmente a maioria das pessoas que hoje são jovens passarão, a “terceira idade”, a qual muitas vezes é algo temido, principalmente pelas associações com as doenças que porventura possam ser desencadeadas nesta etapa da vida, em especial as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como doenças neurodegenerativas, cardiopulmonares, etc. Durante o processo de mudanças ocasionados pelas DCNTs há um maior comprometimento das funções mentais e físicas, e essas mudanças podem ser minimizadas com a inclusão da prática das Atividades Físicas (AF) de forma ativa (DI LIEGRO et al., 2019).

Porém, mesmo que se saiba dos benefícios da AF regular, o nível de AF está diminuindo na população brasileira. Algo que é atestado por Guthold et al. (2018), os quais fizeram um estudo global entre 2001 e 2016 sobre os níveis atividade física, e identificaram que Brasil é o país da América Latina com maior nível de sedentarismo, 47% da população não pratica atividade física nos níveis mínimos recomendados. Dados esses que em idosos significa uma séria ameaça para o organismo destes indivíduos, estimulando assim o surgimento de patologias crônico-degenerativas, transtorno de humor, diminuindo as funções fisiológicas e cognitivas. Esses dados se sustentam, pois, em estudo recente do IBGE, mais de 40% dos adultos brasileiros apresentam-se inativos fisicamente (IBGE, 2020).

A importância das práticas corporais é tanta, que o Ministério da Saúde (MS), com base na Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), tem entre seus macros objetivos a promoção da qualidade de vida por intermédio da atividade física, gerando hábitos saudáveis na população, de modo a reduzir os riscos à saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com Chan (2015), Diretora da Organização Mundial da Saúde (OMS), a perda das habilidades comumente associada ao envelhecimento na verdade está apenas vagamente relacionada com a idade cronológica das pessoas, não existe um idoso típico, o envelhecimento saudável é mais que apenas a ausência de doença.

Nesse sentido, a forma como o indivíduo gerencia sua vida e suas vivências influenciarão diretamente no idoso que se tornará, ou seja, as atividades desempenhadas ao decorrer de sua vida resultarão em um envelhecer bem-sucedido

ou não. Nesse ponto a AF na terceira idade torna-se primordial, e algo que deve ser estimulado ao longo da vida, pois além de melhorar os parâmetros físicos ao envelhecer, auxilia na manutenção da atividade cognitiva, metabólica, psicossocial, e colabora para a redução dos riscos de queda, problema eminentes nesta etapa da vida (OKUMA, 1997; NELSON et al., 2007; LOURENÇO et al., 2019; OMS, 2019).

Quanto à atividade física executada em instituições de longa permanência para idosos, os ILPIS, as evidências científicas nos apresentam que tais intervenções devem ser enfatizadas com veemência, pois além de melhorar o condicionamento mental e principalmente físico dos idosos, impedindo regressões no que tange a mobilidade articular e até promovendo ganhos consideráveis nesse âmbito, a prática regular de exercícios físicos ajuda a evitar quedas, o que na senescência é algo extremamente perigoso tendo em vista as comorbidades associadas à idade, como a osteoporose (diminuição progressiva da densidade óssea) (COUGHLAN; DOCKERY, 2014; HEWITT et al., 2018).

Considerando as progressões dos dados sobre o envelhecimento populacional e a importância da prática de atividade física ao longo da vida de forma ativa, em especial no período senil, encontra-se a importância do seguinte relato de experiência. Portanto, o objetivo desta observação foi identificar a práxis diária do profissional de Educação Física no contexto geriátrico em uma ILPI.

METODOLOGIA

O presente estudo é de característica descritiva, com base no relato de experiência de forma observacional. Portanto, foi realizado um estágio de observação pelo período de um (1) mês no local, sempre no período da manhã (1 a 2 turnos semanais) de modo a compreender a realidade da clínica geriátrica. Além disso, para compor os dados obtidos em campo, bem como melhor compreendê-los, se realizou uma pesquisa na literatura de cunho narrativo.

O estudo foi realizado durante o estágio em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) situada na cidade de Porto Alegre/RS, no período de 4 a 29 de novembro de 2019, onde acompanhei a rotina do Profissional de Educação Física o qual atua no “Residencial Geriátrico Com Vivência”. O ILPI é dirigido por 3 profissionais da área da saúde, sendo 1 médico e 2 psicólogas. As informações sobre a clínica e o contexto histórico foram de difícil acesso, sendo o breve resumo relatado

principalmente pelo profissional de Educação Física e pela profissional competente pela administração.

O Residencial Geriátrico Com Vivência tem uma gama de aparatos médicos e profissionais. As instalações são distribuídas em 4 andares, nos quais residem 52 idosos (sendo 22 mulheres e 30 homens) com faixa etária entre 60 e 90 anos. A ILPI, conta com andares de sala de ginástica, espaço de lazer, espaço para recepção/reunião de familiares, e um posto de enfermagem no 3º andar da casa.

A infraestrutura do local é adequada, além de localizar-se em um bairro calmo de uma realidade socioeconômica alta, sendo, portanto, a maioria seus moradores pertencentes a esta realidade. O valor da mensalidade fica entre 7 e 10 salários-mínimos do Brasil a depender do estado de saúde do residente e dos cuidados que cada idoso requer.

Quanto aos recursos humanos da clínica são multiprofissionais distribuídos em aproximadamente 40 técnicos de enfermagem (que se dividem nos três turnos), além de contar com diversos graduados na área da saúde, como: Fonoaudiologia, Farmácia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia (3 profissionais), Medicina (diversas áreas), Nutrição, Psicologia e Educação Física.

Os profissionais do local relataram que a maioria dos moradores que procuram atendimento na clínica apresentam Doenças como de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Doença de Alzheimer, dentre outros problemas neurais e motores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais que atuam na clínica dividem-se nos 3 turnos, normalmente trabalhando em média 6 horas, logo como o estágio observacional se deu unicamente no período da manhã. Normalmente no período da manhã existem 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudiólogo, técnicos de enfermagem espalhados pelos andares (aproximadamente 10) e claro, 1 profissional de Educação Física.

Conforme relatado pelo Profissional de Educação Física, a rotina dos idosos são diversas: acordam em média entre 7 e 8 horas da manhã, tomam banho e logo em seguida dirigem-se para a mesa do café, alimentam-se, e após isso eles sentam na sala de estar presente em cada andar. No entanto, mesmo com esse período pós café onde sentam-se nas salas de estar de cada andar (entre 9 e 10 horas da manhã), pude perceber que não há interação entre eles na maioria dos casos, exceto quando

estimulados por algum profissional (no caso dos residentes da Unidade de Cuidados Especiais (UCE), eles pouco saem de suas respectivas camas).

Muitos dos idosos que ali residem encontram-se debilitados cognitivamente e por isso não desenvolvem diálogos entre si, também apresentando dificuldade de interação com os profissionais da clínica, ou se desenvolvem alguma conversa, é com relatos incoerentes ao assunto previamente tratado (sintomas da Doença de Alzheimer e outras doenças neurodegenerativas). Fatos empíricos estes que colaboram com a base bibliográfica, que defende que se deve propiciar ao longo da vida e, principalmente durante a senilidade, atividades cognitivamente e fisicamente estimulantes, de modo que se evite o retrocesso da cognição basal e das capacidades físicas como a locomoção (DUGAN et al., 2018; CUI et al., 2018; NELSON et al., 2007).

Entretanto, existe o “grupo”, como denominam na clínica, que participa dos eventos da geriatria. Em geral os residentes mais ativos fisicamente e cognitivamente saudáveis participam (aproximadamente 20), fazem bolos na cozinha, aulas coletivas e participam de qualquer outro evento que surgir no local. Algo inusitado que se pode observar é que, como eles se cansam muito rápido e por vezes até dormem, a troca de participantes dentro do grupo durante uma atividade acontece seguidamente.

Quanto ao serviço prestado pelo profissional de Educação Física em si, pude observar as intervenções que ele executa no residencial, contabilizando cerca de 8 a 10 atendimentos por turno, ou 6 se for em residentes da UCE. As intervenções que os idosos eram submetidos que observei no período que permaneci lá em sua maioria eram:

- a) Passeios nas redondezas da clínica (a maioria dos idosos que passeavam estavam na cadeira de rodas e poucas vezes levantavam-se para andar, somente em momentos estratégicos escolhidos pelo profissional): O profissional sai com algum residente, geralmente na cadeira de rodas (pois a maioria não caminha mais do 20 a 30 passos), e executa um breve passeio na rua, que dura entre 10 a 15 minutos, a depender do morador e do clima;
- b) Exercícios de mobilidade: os idosos mais debilitados ele os leva para a área de lazer/sala de ginástica que fica no térreo (ou faz intervenção no andar do paciente se este for muito debilitado) e os auxilia a caminhar, além de

exercícios básicos de mobilidade articular com materiais como bolas de pilates ou até mesmo sem material.

O relato do profissional sobre essas intervenções é bem incisivo, ele diz que o principal objetivo da atuação dele junto aos moradores da clínica é evitar ao máximo que estes percam mobilidade, e fiquem ainda mais debilitados, pois sabe que uma melhora considerável nas morbidades (principalmente de cunho físico) dos mesmos é algo bem difícil, e o melhor a se fazer é evitar ou retardar essa degeneração articular, muscular e até mesmo cognitiva.

Segundo o profissional esta é uma área de atuação muito pouco explorada pelos profissionais de Educação Física e que está em grande expansão, uma vez que a população pertencente à faixa etária da terceira idade está cada vez mais aumentando. Cabe ressaltar que o profissional atua em duas clínicas geriátricas, no turno da manhã (onde o observei) e outra no período da tarde.

Percebe-se então que o profissional de Educação Física é muito importante no contexto interdisciplinar da clínica, tanto para compor o grupo de intervenção em saúde do local, como no auxílio das atividades de mobilidade física com os residentes, pois muito além do exercício físico, o ato de mobilizar os indivíduos a realizarem atividades fora de suas rotinas, que em grande parte é insólita (deitar e sentar), é algo necessário trabalhando assim corpo e mente como indissociáveis.

Estudos elaborados por Baumgart et al. (2015) e a Alzheimer's Association (2020), acreditam que há indícios fortemente estabelecidos de que fatores como a prática com certa regularidade de atividade física, a manutenção de fatores cardiovasculares, assim como a uma dieta saudável e um treinamento cognitivo de aprendizado escolar e não escolar, podem colaborar para um decréscimo do risco de declínio cognitivo.

Hewitt et al. (2018) ainda ressalva que a atividade física em indivíduos moradores de ILPIs é algo de grande importância, principalmente tendo em vista que com um aumento/manutenção da capacidade física neste período senil se pode evitar um enorme número de agravantes em decorrência da idade biológica, como as quedas constantes, os riscos de fraturas, a osteoporose e a sarcopenia.

De acordo com o The Lancet Comissions (2017) existem nove fatores modificáveis de risco para a demência e degeneração, principalmente na terceira idade (mais de 65 anos), os principais fatores que se deve evitar são Tabagismo, depressão tardia, diabetes, isolamento social e inatividade física (LIVINGSTON et al.,

2017). Contribuir de alguma forma para modificar ou até mesmo evitar a progressão dessas doenças através da prevenção por meio da AF pode beneficiar no processo de envelhecimento com uma melhor autonomia e qualidade de vida.

A Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2019), em seu relatório de recomendações, também esclarece quanto a esses fatores mutáveis de risco, sugerindo que para que se evitem as patologias que causam demências, se instaurem hábitos como: a prática regular de atividade física, não fumar (tabagismo), bem como o controle da hipertensão e do diabetes.

É perceptível então, nos mais diversos estudos e relatórios internacionais, a repetição de alguns fatores em comuns, principalmente de aspectos educacionais (cognitivos), atividade física regular e aspectos cardíacos (como o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos). Fatores esses que se cuidados podem contribuir em retardar o surgir da demência (principalmente a Doença de Alzheimer) ou até mesmo evitá-la (LOURENCO et al., 2019). Esses são alguns dos fatores principais para que se crie uma espécie de “reserva” de cognição, a reserva cognitiva, um constructo hipotético sobre o envelhecimento cognitivo que com base em uma inteligência inata do indivíduo e/ou experiências da vida pode-se minimizar o aparecimento das demências (SOBRAL; PESTANA; PAÚL, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio realizado na clínica foi uma vivência ímpar, sem demagogia alguma, de verdade, nunca tivera presenciado tal realidade. Uma das coisas que mais me chama à atenção neste relato é o fato de que todos que ali residiam eram pessoas de “renome” na sociedade capitalista, e mesmo assim em contrapartida hoje muitos deles estão abandonados pelos familiares, tornando-se apenas mais um “morador de asilo”, o que entristece muito, me fazendo refletir sobre a vida, pois hoje somos saudáveis, amanhã poderemos não ter o envelhecimento bem-sucedido (caso não nos cuidarmos ao longo da vida), ficando, como muitos observados, em situação de desleixo familiar, situação esta que não desejo para ninguém.

Em suma, através da experiência no Residencial Com vivência a multidisciplinaridade é importante para a formação de um profissional da saúde não somente da área de Enfermagem, Fisioterapia ou Educação Física, mas para todos da área, pois é uma experiência enriquecedora como ser humano, além de abrir os horizontes da atuação profissional posteriormente. A importância deste relato

encontra-se além da apresentação desta realidade de abandono familiar, mas também serve para os profissionais da saúde, em especial os pertencentes a área da Educação Física, alertando para a existência deste campo de atuação pouco explorado até o momento. Finalizo enfatizando que é de suma importância prestarmos atenção nas oportunidades não somente durante a formação, mas ao longo da vida profissional, e percebo que, para quem se interessar, essa é uma área de especialização profissional com grande potencial no futuro próximo.

REFERÊNCIAS

- ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **2020 Alzheimer's Disease Facts and Figures**. *Alzheimers Dement*, v. 16, p. 391 – 470, 2020.
- ANDREASSEN, S. N.; BEN EZRA, M.; SCHEIBYE-KNUDSEN, M. **A defined human aging phenome**. *Aging (Albany NY)*, v. 11, n. 15, p. 5786 – 5806, 2019.
- BAUMGART, M.; SNYDER, H. M.; CARRILLO, MC et al. **Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective**. *Alzheimers Dement*, v. 11, n. 6, p. 718-726, 2015.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- CUI, M. Y.; LIN, Y.; SHENG, J. Y. et al. **Exercise Intervention Associated with Cognitive Improvement in Alzheimer's Disease**. *Neural Plasticity*, v. 1, p. 01-10, 2018.
- DI LIEGRO, C. M.; SCHIERA, G.; PROIA, P.; DI LIEGRO, I. **Physical Activity and Brain Health**. *Genes (Basel)*, v. 10, n. 9, p. 720-760, 2019.
- DUGAN, S. A.; GABRIEL, K. P.; LANGE-MAIA, B. S. et al. **Physical Activity and Physical Function: Moving and Aging**. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, v. 45, n. 4, p. 723-736, 2018.
- DZIECHCIAŻ, M.; FILIP, R. **Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging**. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, v. 21, n. 4, p. 835-838, 2014.
- GUTHOLD, R.; STEVENS, G. A.; RILEY, L. M.; BULL, F. C. **Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants**. *Lancet Global Health*, v. 6, n. 10, p. 1077-1086, 2018.
- HEWITT, J.; GOODALL, S.; CLEMSON, L.; HENWOOD, T.; REFSHAUGE, K. **Progressive Resistance and Balance Training for Falls Prevention in Long-Term Residential Aged Care: A Cluster Randomized Trial of the Sunbeam Program**. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 19, n. 4, p. 361-369, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2020**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 28 mai. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2020**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 28 mai. 2020.

LIVINGSTON, G. et al. **The Lancet Comissions Dementia prevention, intervention, and care**. The Lancet, v. 390, p. 2673-2734, 2017.

LOURENÇO, M. V.; FROZZA, R. L.; DE FREITAS, G. B. et al. **Exercise-linked FNDC5/irisin rescues synaptic plasticity and memory defects in Alzheimer's models**. Nature Medicine, v. 25, p. 165–175, jan., 2019.

NELSON, M. E.; REJESKI, W. J.; BLAIR, S.N. et al. **Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association**. Circulation, v. 166, n. 9, p. 1094-1105, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, 2015. Disponível em: <<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>>. Acesso em: 28 mai. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Redução do risco de declínio cognitivo e demência**. Genebra, 2019.

OKUMA, S. S. **O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico**. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1997.

SOBRAL, Margarida; PESTANA, Maria Helena; PAUL, Constança. **Cognitive reserve and the severity of Alzheimer's disease**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 73, n. 6, p. 480-486, Junho 2015.

WOLFF, Suzana Hubner (org). **Vivendo e envelhecendo: Recortes de práticas nos núcleos de vida saudável**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2009.

Alliance Amazonas-Covid Program addressing digital health clinical and mental care actions for traditional indigenous and riverine populations adults and elderly

Programa Aliança Covid- Amazonas para as ações de cuidados clínicos e mentais de saúde digital para as populações adultas e idosas indígenas e ribeirinhas tradicionais

Ivo Emílio da Cruz Jung¹, Virgílio Vianna², Euler Esteves Ribeiro¹, Kelly Souza², Lenny Aparecida Delamuta², Rodrigo Pereira³, Luiz Castro², Kenya Márcia Mota dos Santos Brito¹, Márcia Batista Santoro¹, Railla da Silva Maia¹, Ivana Beatrice Mânica da Cruz⁴, Fernanda Barbisan⁵, Eduardo Martin Velez¹, Verônica Farina Azzolin^{1*}.

¹ Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, Manaus- AM

² Fundação Amazonas Sustentável, FAS, Manaus-AM

³ Universidade do Estado do Amazonas, UEA, Manaus-AM

⁴ Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria- RS

⁵ Departamento de Patologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria- RS

*Corresponding author: Verônica Azzolin- E-mail: azzolinveronica@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v12n1-5>

ABSTRACT

The world economic and social scenario was modified by the appearance of COVID-19, and in Brazil, especially in the State of Amazonas, it has been alarming, as Manaus was among the capitals that had the highest number of confirmed cases in the country. Intriguingly, a place has a low demographic density and a lower proportion of elderly people than other Brazilian states. So, one of the possible causes could be related to the ethnic structure. The Amazon has traditional communities of the Hydrographic Basin, including 165 indigenous populations concentrated in small urban settlements located along the river and tributaries. These populations have little access to transportation and specialized healthcare services, which poses a major challenge to providing a quality healthcare system. In view of this scenario, the Amazonas Sustainable Foundation, at the beginning of the pandemic, started the COVID Amazônia Alliance project, established so far with more than 100 institutions. The Alliance's role in confronting COVID-19 provided the possibility of creating bridges

through connectivity, which has been enabling these populations to reach medical, psychological and other assistance.

Keywords: COVID-19. Amazônia. Traditional communities.

RESUMO

O cenário econômico-social mundial foi modificado pelo aparecimento da COVID-19, e no Brasil, em especial no Estado do Amazonas, tem sido alarmante, pois Manaus, esteve entre as capitais que obtiveram os maiores números de casos confirmados no país. De uma forma intrigante pois, é um local que apresenta baixa densidade demográfica e menor proporção de idosos que os demais Estados brasileiros. Então, uma das possíveis causas pode estar relacionada à estrutura étnica. O Amazonas apresenta comunidades tradicionais da Bacia Hidrográfica, incluindo 165 populações indígenas concentradas em pequenos assentamentos urbanos localizados ao longo do rio e afluentes. Essas populações têm pouco acesso a transporte e serviços de saúde especializados, o que se traduz em um grande desafio para fornecer um sistema de saúde de qualidade. Diante deste cenário, a Fundação Amazonas Sustentável, no início da pandemia, iniciou o projeto Aliança COVID Amazônia, estabelecido, até o momento, com mais de 100 instituições. A atuação da Aliança no enfrentamento do COVID-19 proporcionou a possibilidade de criar pontes por meio da conectividade, que vem possibilitando o alcance dessas populações a atendimentos médicos, psicológicos dentre outros atendimentos.

Palavras-Chave: COVID-19. Amazônia. Comunidades tradicionais.

In Brazil, a not expecting large incidence and mortality by COVID-19 emerged in the State of Amazonas, a local that presenting low demographic density and older adults' proportion than the other Brazilian States. One of the possible causes could be related to the ethnic structure. Amazonas present traditional River Basin's communities, including 165 indigenous populations concentrated in small urban settlements localized along the river and tributaries (MAIA-RIBEIRO, et al., 2013)¹. These populations have low access to transport and specialized health services, translating into a big challenge to deliver a quality health system.

Currently, both riverine and indigenous populations' health care services are supported by the Brazilian Unified Health System (SUS), which has an indigenous people health care subsystem based in the National Policy for the Care of Indigenous

Peoples (PNASPI) policies. Public health services in protected areas have direct action by the ACS (Community Health Agent) in rural communities, located in conservation units, and in Indigenous Lands there are professionals such as AIS (Indigenous Health Agents). Health teams, including community health agents (CHA) and indigenous health agents (IHA), attend these traditional populations (MENDES et al., 2018)². The vast majority of these health agents are members of their own, which brings the health system closer to these communities.

Since before COVID-19, non-governmental and government partnerships started a working group to build strategies for improving the traditional population's health care via digital health solutions (telehealth). This working group, coordinated by Amazonas Sustainable Foundation (FAS), allowed the rapid organization of a multidisciplinary strategy named ALLIANCE AMAZONAS-COVID compound by indigenous populations, traditional riverine populations, and 84 partner organizations. Based on this cooperative effort, four significant actions were implemented using digital health solutions:

Building and supporting local capacity, mainly by tele-education providing preventive strategies COVID-19 adapted to the reality of traditional populations (tele-orientation); providing remote access to specialists including mental health services (tele-mental care); providing patient-directed interventions (Figure 1, supplementary material).

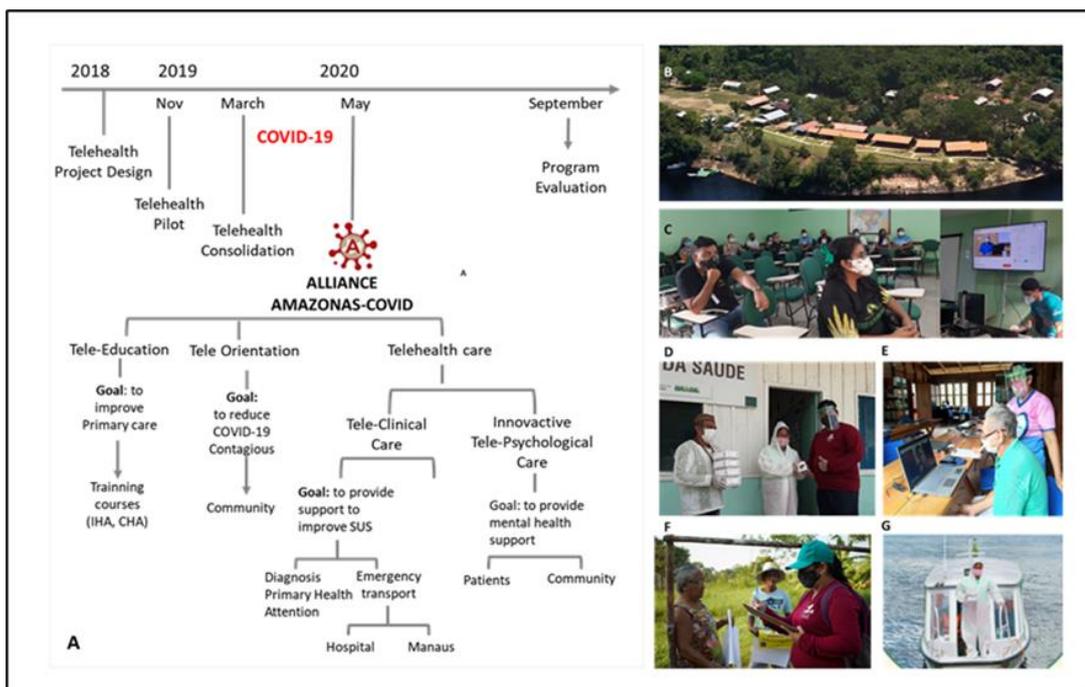


Figure 1 Origin and structure of the ALLIANCE, an Amazonas-COVID multidisciplinary program addressing digital health clinical and mental care actions for traditional indigenous and riverine populations. (A) ALLIANCE presents three main strategies: teleducation, teleorientation and telehealth care subdivided in tele clinical health care and tele mental health care; (B) digital solutions applied to the confrontation of COVID-19 by the ALLIANCE are possible through the use of the infrastructure of the sustainability nuclei of the Fundação Amazonas Sustentável (FAS); (C) Training courses for health agents, community leaders and health managers are possible via the use of distance learning technology provided by universities that participate in ALLIANCE Program; (D,F) The ALLIANCE Program also made it possible to donate diagnostic tests, basic food baskets, medicines for riverside populations; (E) Digital psychological consultation; (G) assistance in transporting patients with COVID-19 to health units and hospitals.

The tele-education and tele-orientation are actions oriented to training health agents (CHA and IHC), traditional community leaders, and health team managers. These actions include training to apply the Recommendations for Primary Health Care. Other training courses included identifying multidimensional health indicators (clinical-epidemiological, psychological, and nutritional) that could affect the contagion and severity of COVID-19. Training to move patients correctly from communities to health service units and hospitals were also offered to health agents.

The ALLIANCE tele-clinical care has provided digital nurse or physician support to health workers to manage patients with suspected of SARS-Cov-2 infection. These actions speed up the quality of health care for these populations, who would have to wait for a medical evaluation only after being moved to health service units in standard situations.

One of the most innovative ALLIANCE's actions was implementing a mental telehealth service based on digital experiences developed in other countries (HENSEL et al., 2019)³. In total, 119 telehealth centers were implemented. Historically, Brazilian indigenous populations have shown worrying mental health indicators, emphasizing alcoholism and high suicide rates, which is 8.1 (95%CI 7.2-9.0) times higher than in the non-indigenous population (ORELLANA et al., 2019, ORELLANA et al., 2016)^{4,5} in addition, anxiety and sadness are presented as the main symptoms. Despite this epidemiological context, there have been no concrete actions to provide support and access to these traditional populations' psychological and psychiatric care. The epidemic by COVID-19 imposes a highly stressful element on these riverine communities, that are organized to meet the demands and difficulties cooperatively. However, as it is a highly contagious disease, families with infected patients have started to experience a social isolation level that has never been experienced by them before. In this context, the implementation of a psychological Tele assistance service has been strategic. Besides organizing consultations with psychologists, training

courses are being organized training participants to assess and monitor mental health in a simplified way to provide appropriate professional services.

However, even though this first phase of COVID-19 is being controlled, other challenges are already emerging, including the consolidation of digital actions implemented by ALLIANCE. Moreover, that is the necessity for the creation of new strategies to face emerging problems that have a direct impact on the health and social of traditional communities, including deforestation, burned in the forest, and the post-COVID phase.

REFERENCES

1. MAIA-RIBEIRO EAM, RIBEIRO EE, VIEGAS K, et al. **Functional, balance and health determinants of falls in a free living community Amazon riparian elderly.** Archives Gerontology and Geriatric, v.56, p. 350-357, 2013.
2. MENDES AM, LEITE MS, LANGDON EJ et al. **The challenge of providing primary healthcare care to indigenous peoples in Brazil.** Revista Panamericana Salud Publica, v. 42, p. 184, 2018.
3. HENSEL JM, ELLARD K, KOLTEK M et al. **Digital Health Solutions for Indigenous Mental Well-Being.** Current Psychiatry Reports, v. 21, p. 68, 2019.
4. ORELLANA JD, DE SOUZA CC, PONTE DE SOUZA ML. **Hidden Suicides of the Indigenous People of the Brazilian Amazon: Gender, Alcohol and Familial Clustering.** Revista Colombiana de Psiquiatria, v.48, p. 133-139, 2019.
5. ORELLANA JD, BALIEIRO AA, FONSECA FR et al. **Spatial-temporal trends and risk of suicide in Central Brazil: an ecological study contrasting indigenous and non-indigenous populations.** Brazilian Journal of Psychiatry, v.38, p.222-230, 2016.

Condição de saúde bucal e qualidade de vida dos idosos residentes no interior do Amazonas

Oral health status and quality of life of elderly living in the interior of Amazonas

Wenderson Da Silva Damasceno¹, Kécia Maria Silva Damasceno¹; Ângela Xavier Monteiro¹; Shirley Maria De Araújo Passos¹; Lauramaris De Arruda Regis Aranha¹; Adriana Beatriz Silveira Pinto¹

¹Curso de Odontologia – Escola Superior de Ciências da Saúde – Universidade do Estado do Amazonas - UEA

Autor correspondente: Adriana Beatriz Silveira Pinto – E-mail: abeatriz@uea.edu.br

DOI: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v12n1-6>

RESUMO

Introdução: Alterações nas condições de saúde bucal encontradas em idosos interferem na sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a condição de saúde bucal e qualidade de vida dos idosos residentes no município de Juruá interior do Amazonas. **Metodologia:** Estudo transversal e descritivo, sendo utilizados dois questionários: GOHAI, MAN e dados sociodemográficos. A condição de saúde bucal foi avaliada por exame clínico. Foram realizadas análises descritivas das variáveis e avaliação da relação de uso de próteses superior e inferior **resultados:** Dos 60 participantes, 38 (63,3%) eram do sexo masculino, com variação de idade entre 60 a 87 anos (\pm). A maioria (34/56,7%) tem necessidade de tratamento dentário; sendo o valor médio do índice de cárie dentária - CPOD de 28,0. Um grande número de idoso fazia uso de prótese e precisam ser substituídas. Na avaliação nutricional (MAN), a maioria, 43 (71,7%) apresentou um “bom estado nutricional”. Apenas 15 (25,0%) demonstraram uma autopercepção da saúde bucal como ótima. A maioria dos idosos, (39/65,0%) respondeu que a perda dentária é um processo natural do envelhecimento, sendo a higiene (escovação) a principal forma de prevenir a cárie dentária e manter os dentes saudáveis, 44 (73,3%). Houve diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$ ao relacionar necessidade de prótese com os resultados do GOHAI. **Conclusão:** Apesar das limitações metodológicas os resultados indicam que em geral os idosos apresentaram condição de saúde bucal ruim, bem como autopercepção negativa. A maioria usa prótese, mas necessitam ser substituídas. Grande parte dos idosos

entrevistados consideram a perda dentária um processo natural do envelhecimento e apresentaram bom estado nutricional.

Palavras-chave: Cárie dentária, autopercepção, idoso

ABSTRACT

Introduction: Changes in the oral health conditions found in the elderly interfere with their quality of life. **Objective:** To evaluate the oral health condition and quality of life of elderly people living in the interior of Juruá, in the interior of Amazonas. **Methodology:** Cross-sectional and descriptive study, using two questionnaires: GOHAI, MNA and socio-demographic data. Oral health status was assessed by clinical examination. Descriptive analyzes of the variables and evaluation of the relationship between the use of upper and lower prostheses were performed. **Results:** Of the 60 participants, 38 (63.3%) were male, with ages ranging from 60 to 87 years. The majority 34 (56.7%) need dental treatment; being the average value of the dental caries index - DMFT of 28.0. A large number of elderly people used prostheses and need to be replaced. In the nutritional assessment (MNA), the majority, 43 (71.7%) presented a “good nutritional status”. Only 15 (25.0%) demonstrated a self-perceived oral health as excellent. Most of the elderly, 39 (65.0%) responded that tooth loss is a natural aging process, with hygiene (brushing) being the main way to prevent tooth decay and keep teeth healthy, 44 (73.3%). There was a statistically significant difference $p < 0.05$ when relating the need for a prosthesis to the GOHAI results. **Conclusion:** Despite the methodological limitations, the results indicate that, in general, the elderly presented poor oral health conditions, as well as negative self-perception. The majority using prostheses, but they need to be replaced. In general, the elderly interviewed consider tooth loss a natural aging process, and had a good nutritional status.

Keywords: Dental caries, Self concept, Aged

INTRODUÇÃO

A inversão da pirâmide populacional brasileira é um fenômeno demográfico importantes (BORDIN, 2014). Com o aumento do número de idosos tem-se uma demanda crescente e diversificada para a atenção a saúde e a assistência odontológica (MARTINS et al., 2020).

O impacto das condições bucais na qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo idoso mostra que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significativamente afetados por uma condição bucal insatisfatória. Tal fato se torna mais crítico quando se considera que muitos idosos não têm acesso ao tratamento odontológico necessário e/ou adequado via sistema único de saúde (KREVE, ANZOLIN, 2016).

Outro aspecto a ser considerado é a mudança gradual que vem ocorrendo no perfil bucal do idoso. Apesar dos altos índices de edentulismo ainda presentes, em grande parte do mundo há tendência de maior retenção dos dentes naturais pela população que está envelhecendo o que aumenta a complexidade de cuidados pessoais e de atenção profissional com a pluralidade de quadros clínicos (TEIXEIRA et al., 2016).

Apesar da mudança na odontologia de curativista para preventiva, grande parte dos idosos teve sua atenção odontológica, quando mais jovens, com procedimentos terapêuticos voltados à prática de extrações, motivo pelo qual a maioria absoluta dos idosos ou são usuários de próteses, ou necessitariam utilizá-la (FONSECA, NEHMY, MOTA, 2015). A constante reformulação do serviço público torna-se necessária, já que a falta de dentes, no que tange a saúde bucal, é o maior problema da terceira idade. A implementação de serviço de prótese total para idosos no serviço público deveria ser considerada profilática, visto que esse tipo de ação específica pode prevenir o agravamento de problemas de saúde e melhorar a qualidade de vida (SILVA et al., 2018).

A reserva funcional de um paciente idoso para superar problemas de saúde é bem menor que em outras faixas etárias, o papel do cirurgião dentista é, portanto, dotar o paciente de uma condição mastigatória adequada para uma melhor qualidade de vida especialmente na terceira idade (BONFÁ et al., 2017).

Restabelecer e manter a saúde do sistema estomatognático de pacientes senescentes desdentados totais, por diferentes tipos de próteses, visando proporcionar o equilíbrio biopsicossocial necessário à motivação da busca de diferentes tipos de alimentos (BARBOSA et al, 2020). Geralmente, o idoso faz uma mudança na dieta, optando por carboidratos e por alimentos cada vez menos consistentes, até chegarem à forma pastosa e líquida (HETZEL, ALVARENGA, 2017). Um dos fatores relacionados ao envelhecimento sadio é a boa nutrição durante toda a vida. O estado nutricional adequado aumenta o número de pessoas que se

aproximam do seu ciclo máximo de vida. Por meio da avaliação nutricional, é possível identificar indivíduos em risco nutricional aumentado para danos à sua saúde e estabelecer programas de intervenção com o objetivo de reduzi-los (FERREIRA, SILVA, PAIVA, 2020).

De acordo com dados do último Levantamento Epidemiológico Nacional (SB Brasil, 2010), na região Norte, os idosos apresentam um índice de cárie (CPOD) de 27,6%; com 93,1% de dentes perdidos, demonstrando que o edentulismo continua sendo um grave problema, sendo necessário a reabilitação, com a confecção de próteses parciais e totais.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a condição de saúde bucal, qualidade de vida e condição nutricional dos idosos residentes do município de Juruá interior do Amazonas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado com idosos matriculados no Centro de Referência de Assistência Social Acrísio Mota em Juruá, AM. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, parecer 4.407.948/2020.

O município de Juruá localiza-se na região Sudoeste do Estado do Amazonas, distante 674 km em linha reta da capital Manaus, com estimativa populacional para 2020 de 15.106 habitantes, segundo dados do IBGE.

A população do estudo foi composta pelos idosos cadastrados no Centro de Referência de Assistência Social do município (CRAS), sendo que foram incluídos na pesquisa os idosos que concordaram em participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram coletados nas casas dos participantes, agendados previamente por telefone ou por visita domiciliar.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2020, em duas etapas. Na primeira os idosos responderam a dois questionários estruturados: um para avaliar o estado nutricional, segundo para avaliar a autopercepção em saúde bucal pelos idosos e também com informações sociodemográficas. Na segunda etapa foi realizado um exame clínico para avaliar a saúde bucal.

A avaliação nutricional foi realizada através da Mini Avaliação Nutricional (MAN), que constitui uma ferramenta de avaliação nutricional específica para

pacientes idosos. Ela é dividida, além da triagem, em quatro partes: avaliação antropométrica (Índice de Massa Corporal, circunferência do braço, circunferência da panturrilha e perda de peso); avaliação global (perguntas relacionadas com o modo de vida, medicação, mobilidade e problemas psicológicos); avaliação dietética (perguntas relativas ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia na alimentação); e autoavaliação (a auto percepção da saúde e da condição nutricional).

Foram também respondidas questões sobre a percepção de saúde bucal por meio do Índice GOHAI – Geriatric Oral Health Assessment Index. O GOHAI apresenta 12 perguntas e alternativas para resposta: (1– sempre/frequentemente; 2– às vezes/raramente; 3– nunca). O resultado de cada idoso pode variar de 12 a 36; sendo ótimo (> 34), regular (30 a 33) e ruim (< 30). Quanto mais alto for o valor do índice, melhor será a autopercepção de saúde bucal (PEREIRA et al, 2016). Em relação as informações sociodemográficas foram incluídas questões sobre gênero, idade, etnia e escolaridade, elaborado pelos pesquisadores.

Os idosos foram avaliados clinicamente por um examinador, após treinamento teórico-prático, com docentes da disciplina de Epidemiologia em Saúde Bucal, do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas, sob luz natural, utilizando espátula de madeira descartável, segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. As condições clínicas de saúde bucal pesquisadas foram avaliadas através do índice CPOD, que é obtido pela soma do número de dentes cariados, perdidos e obturados; e o uso e necessidade de prótese seguindo os critérios do Levantamento Epidemiológico SB/Brasil 2010. Todas as normas de biossegurança foram cumpridas durante o exame clínico a fim de garantir segurança ao participante.

Todas as medidas para prevenção de contaminação pelo Coronavírus (SARS-CoV-2) foram adotadas. Houve distanciamento durante as respostas dos questionários e o exame clínico foi realizado por um único examinador, previamente treinado que utilizou Equipamentos de Proteção Individual, incluindo protetor facial.

Os dados foram tabulados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 e no Excel. Foram realizadas análises descritivas das variáveis e avaliação da relação de uso de próteses superior e inferior com: GOHAI, MAN. Foram realizados testes Qui quadrado e de Correlação de *Pearson*.

RESULTADOS

Dos 60 participantes, 38 (63,3%) eram do sexo masculino com variação de idade entre 60 a 87 anos, com média de 67,5 anos. Declararam ser da etnia branca 27 (45,0%) e a maioria 42(70,0%) não concluiu o ensino fundamental (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição das variáveis gênero, idade, raça, escolaridade, dos idosos avaliados, Juruá, 2021

<i>GÊNERO</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Masculino	38	63,3
Feminino	22	36,7
Total	60	100
<i>IDADE</i>		
60 – 66 anos	32	53,3
67 – 73 anos	15	25,0
74 – 80 anos	9	15,0
81 – 87 anos	4	6,7
Total	60	100
<i>RAÇA</i>		
Branca	27	45,0
Preta	11	18,3
Parda	22	36,7
Total	60	100
<i>ESCOLARIDADE</i>		
Sem Escolaridade	42	70,0
Escolaridade Básica	13	21,7
Ensino Fundamental	03	5,0
Ensino Médio	04	3,3
Total	60	100

Quanto a morbidade bucal referida e Uso de Serviços Odontológicos, a maioria 34 (56,7%) dos idosos entrevistados afirmaram que tem necessidade de tratamento dentário; apenas 06 (10,0%) relatou dor de dente nos últimos 6 meses e 4 (6,7%) idosos informaram nunca ter ido ao consultório odontológico. Quando foi perguntado quando foi ao dentista pela última vez, 31(51,7%) afirmaram ter consultado o dentista em menos de três anos. Quanto a consulta, 35 (58,3%) foi atendido no serviço público, 31 (51,7%) procuraram atendimento para realizar extração e 56(93,3%) achou muito bom o tratamento na última consulta (Tabela 2).

Tabela 2: Morbidade Bucal Referida e Uso de Serviços Odontológicos, dos idosos avaliados, Juruá, 2021.

<i>O Sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Não	26	43,3
Sim	34	56,7
Total	60	100,0
<i>Nos últimos 6 meses o Sr(a) teve dor de dente?</i>		
Não	54	90,0
Sim	06	10,0
Total	60	100
<i>Alguma vez na vida o Sr(a) já foi ao consultório do dentista?</i>		
Não	3	5,0
Sim	56	93,3
Não sabe Não respondeu	1	1,7
Total	60	100
<i>Quando o Sr(a) consultou o dentista pela última vez?</i>		
Menos de um ano	13	21,7
Um a dois anos	18	30,0
Três anos ou mais	26	43,3
Sem resposta	3	5,0
Total	60	100,0
<i>Onde foi a sua última consulta?</i>		
Serviço publico	35	58,3
Serviço particular	22	36,7
Sem resposta	3	5,0
Total	60	100
<i>Qual o motivo da sua última consulta?</i>		
Revisão, prevenção, check-up	1	1,7
Dor	4	6,7
Extracção	31	51,7
Tratamento	21	35,0
Sem resposta	3	5,0
Total	60	100
<i>O que o Sr(a) achou do tratamento na última consulta?</i>		
Muito bom	56	93,3
Bom	1	1,7
Sem resposta	3	5,0
Total	60	100

O valor médio do índice CPOD foi de 28,0, (± 12 32). Um grande número de idoso fazia uso de prótese no arco superior 34 (55,1%), sendo a maioria 29 (48,3%) de prótese total. No arco inferior, 32 (53,3%) faziam uso de prótese, sendo 29 (48,3%) prótese total. Grande parte dos participantes necessitava de tratamento protético, sendo 35 (58,3%) no arco superior e 42 (70,0%) no inferior, com maior necessidade de prótese parcial 21 (35,0%). (Tabela 3)

Tabela 3: GOHAI e Questionário Mini Avaliação Nutricional, dos idosos avaliados, Juruá, 2021

<i>RESULTADOS GOHAI</i>	<i>n (%)</i>
Ruim <30 pontos	29 (48,3)
Regular (30-33 pontos)	16 (26,7)
Ótimo (34-36 pontos)	15 (25,0)
Total	60 (100,0)

<i>INDICADOR DE DESNUTRIÇÃO</i>	
≥24 pontos (Nutrido)	43 (71,7)
17 a 23 pontos (Risco de desnutrição)	13 (21,7)
Sem respostas	04 (6,8)
Total	60 (100,0)

Na avaliação nutricional, observada através da aplicação do questionário MAN, a maioria dos idosos 43 (71,7%) apresentou escore maior que 24 indicando um “bom estado nutricional” e 13 (21,7%) dos idosos foram classificados como “risco de desnutrição” (17 a 23 pontos) (Tabela 4).

Tabela 4: Uso e Necessidade de Prótese Dentária dos idosos avaliados, Juruá, 2021

USO DE PRÓTESE DENTÁRIA SUPERIOR	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Não usa	26	43,3
Usa Prótese parcial removível (PPR)	5	8,3
Usa Prótese Total	29	48,3
Total	60	100

NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA SUPERIOR		
Não necessita	25	41,7
Necessidade de prótese com mais de um elemento	12	20,0
Necessidade de combinação de próteses Prótese Fixa (PF) e PPR	14	23,3
Total	51	100

USO DE PRÓTESE DENTÁRIA INFERIOR		
Não usa	37	61,7
Usa uma Prótese Fixa (PF)	1	1,7
Usa Prótese parcial removível (PPR)	8	13,3
Usa Prótese Total	13	21,7

Total	59	100
NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA INFERIOR		
Não necessita	17	28,3
Necessidade de prótese com mais de um elemento	21	35,0
Necessita de Prótese Total	11	18,3
Total	49	100

Quanto a autopercepção da saúde bucal dos idosos, obtida através do questionário GOHAI, 29 idosos (48,3%) considerados ruim, inferior a 30 pontos; 16 (26,7%) regular de 30 a 33 pontos e apenas 15 (25,0%) demonstraram uma autopercepção da saúde bucal como ótima, de 34 a 36 pontos.

A maioria dos idosos, 39(65,0%) respondeu que a perda dentária é um processo natural do envelhecimento, sendo a higiene (escovação) a principal forma de prevenir a cárie dentária e manter os dentes saudáveis, para 44 (73,3 %). Houve diferença estatisticamente significante $p < 0,05$ ao relacionar necessidade de prótese com os resultados do GOHAI.

Ao se relacionar o índice GOHAI com a necessidade de prótese ($p < 0,01$) e com o índice CPOD ($p = 0,03$), utilizando o Teste de Qui quadrado; pode-se verificar relação estatisticamente significante entre as variáveis.

Na análise de correlação de Pearson (Tabela 5), a avaliação nutricional MAN demonstrou relação com necessidade de confecção de prótese superior ($p = 0,04$); o uso da prótese inferior ($p = 0,04$) e a necessidade de tratamento odontológico ($p = 0,04$). Já a faixa etária está relacionada com a necessidade de tratamento odontológico ($p = 0,01$).

Tabela 5: Correlação de Pearson entre avaliação nutricional com variáveis independentes.

		MAN	GOHAI	IDADE
MAN	Correlação de Pearson	1	-,074	,234
	p		,588	,083
GOHAI	Correlação de Pearson	-,074	1	,132
	p	,588		,315
IDADE	Correlação de Pearson	,234	,132	1
	p	,083	,315	
SUPERIOR USO	Correlação de Pearson	,111	,288*	,087
	p	,414	,026	,510

SUPERIOR	Correlação de Pearson	-,040	-,162	,145
NECESSIDADE	p	,769	,218	,269
INFERIOR	Correlação de Pearson	,049	,234	,116
USO	p	,722	,072	,378
INFERIOR	Correlação de Pearson	-,089	-,007	,200
NECESSIDADE	p	,516	,955	,125
ÍNDICE CPOD	Correlação de Pearson	,140	,103	,305*
	p	,302	,436	,018
NECESSIDADE	Correlação de Pearson	,049	-,300*	,018
TRATAMENTO	p	,721	,020	,892

* Correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

** MAN – Mini Avaliação Nutricional

*** GOHAI – *Geriatric Oral Health Assessment Index*

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a condição de saúde bucal, qualidade de vida e condição nutricional dos idosos residentes em Juruá, município do interior do Estado do Amazonas, contando com a participação de 60 idosos com idade entre 60 e 87 anos.

Os dados encontrados sugerem que a saúde bucal dos participantes do estudo está comprometida, uma vez que apresentou média de CPOD semelhante ao resultado do último levantamento de base nacional em idosos entre 65 e 74 anos (BRASIL, 2010). Apesar disso, quase a metade dos idosos avaliados consideram que não necessitam de tratamento dentário.

Diante do processo de envelhecimento natural do ciclo de vida, pode-se observar que o idoso fica mais suscetível a inúmeros problemas e agravos de saúde. No que tange à saúde bucal, são comuns o surgimento de patologias como a perda de dentição, gengivite, periodontite, dores na articulação-temporo-mandibular, luxação devido às perdas de dentes, próteses antigas com desgaste, próteses mal ajustadas e desgastes dos próprios dentes (SALES et al., 2017; SILVA NETO et al., 2021). Vale ressaltar que se trata de doenças que se beneficiam da vulnerabilidade dos idosos, uma vez que a senescência acarreta alterações fisiológicas e metabólicas no nosso organismo, tais como: atrofiamento do tecido muscular, aumento da gordura corpórea, definhamento do tecido ósseo, surgimento de deficiências audiovisuais, menor proteção da mucosa gástrica, menor vivacidade

nas atividades de circulação intestinal, além de problemas relacionados aos sistemas endócrino, neurológico e imunológico (PRESA, MATOS, 2014).

Apesar de tal decorrência, as doenças bucais que acometem os indivíduos em sua velhice são reflexos de fatores que correspondem desde aspectos biológicos, étnicos e sociais até condições e hábitos de vida adotados da infância até a idade adulta. A falta de conscientização e conhecimento dos pais acerca de cuidados essenciais à saúde bucal é condicionada principalmente pela falta de escolaridade. Há uma tendência nas crianças de reproduzirem os maus hábitos de higiene bucal de seus pais, ficando mais expostos a eventuais problemas de saúde (LOPES, 2019).

Diante de tal cenário é que o Ministério da Saúde brasileiro tem desenvolvido amplas políticas públicas de saúde bucal que visam à integração de todas as idades como foco da atenção básica da saúde odontológica. A importância de programas como este se dá principalmente por serem importantes ferramentas de amenização dos altos índices de problemas bucais em todas as faixas etárias, principalmente na terceira idade, pois os agravos decorrentes da cárie dentária impactam negativamente na qualidade de vida de idosos (LOPES, 2019).

Más condições de mastigação, lesões ligadas à prótese e ou doenças periodontais constituem agravos severos que precisam ser enfrentados com ênfase na prevenção, reduzindo os níveis de doença para que as necessidades de tratamento não sufoquem a capacidade de atendimento (NOBRE, ATHIAS, 2017).

A cárie, assim como a quantidade de dentes perdidos, e conseqüentemente, a necessidade de uso próteses, lesões associadas ao uso das mesmas e necessidade de tratamento periodontal tem desencadeado inúmeros transtornos à vida de boa parte dos idosos brasileiros. Apesar de alguns avanços no atendimento odontológico voltado para a população mais envelhecida, os problemas de saúde bucal na terceira idade são relegados ao descaso no Brasil, transformando-se em fator de aceleração dos problemas naturais da velhice, incorporando verdadeiras agruras na vida dos acometidos (SILVA et al., 2014).

Estudo realizado com 441 idosos no município de Macaíba no Rio Grande do Norte demonstrou que 62,4% deles realizaram sua última visita ao dentista há mais de dois anos, mais da metade dos indivíduos já haviam perdido todos os dentes e o edentulismo funcional (ausência de até 20 elementos dentários-dentição funcional) encontrada nos indivíduos foi de 92,7%, a cárie radicular esteve presente

em 28,1% deles. Quanto ao uso de próteses 47,6% usavam prótese superior, 27,8% usavam prótese inferior sendo que, a necessidade de prótese superior era de 80,0% e a de prótese inferior era de 86,4%. A situação de saúde bucal dos idosos pesquisados foi considerada precária, especialmente devido à prevalência de cárie radicular e edentulismo (SILVA et al., 2014). Além disso, a dificuldade de mastigação culmina no impedimento de ingestão alimentar adequada, resultando em desnutrição que por sua vez é um fator associado ao aumento da inaptidão funcional, infecções e conseqüentemente da taxa mortalidade (PEREIRA et al., 2016).

Esses dados corroboram com os resultados obtidos neste estudo, sugerindo a necessidade de substituição de próteses dentárias e confecção de próteses totais, principalmente na arcada inferior.

Neste estudo; na avaliação nutricional, observada através da aplicação do MAN, a maioria dos idosos 71,7% apresentaram escore maior que 24 indicando um “bom estado nutricional” e 21,7% dos idosos foram classificados como “risco de desnutrição” (17 a 23 pontos) (idem Tabela 4).

Segundo o trabalho realizado por Campos et al (2006) utilizando dados de uma amostra representativa da população idosa brasileira, colhidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constatou que o perfil nutricional dos idosos foi caracterizado pela alta prevalência de eutrofia, sobrepeso e pequena incidência de baixo peso e obesidade. O gênero feminino mostrou ter o maior risco de sobrepeso e obesidade, assim como a renda familiar, que aumentou a chance de sobrepeso e obesidade. Idoso saudável (não portador de problema crônico de saúde) mostrou ter menor chance de apresentar desvios do estado nutricional. Idosos com idade mais avançada apresentaram maior chance de baixo peso e menor chance de sobrepeso e obesidade (FERREIRA, SILVA, PAIVA, 2020).

Em pacientes idosos, problemas frequentes como saúde oral debilitada, xerostomia, atrofia muscular e redução da percepção do sabor podem ter efeitos negativos na função mastigatória ocasionando a rejeição a alguns alimentos devido à dificuldade em mastigá-los, podendo acarretar alteração no estado nutricional (TRAMONTINO et al., 2009).

Quanto a autopercepção da saúde bucal dos idosos, obtida através do questionário GOHAI, 48,3% idosos considerados ruim, inferior a 30 pontos; 26,7%

regular de 30 a 33 pontos e apenas 25,0% demonstraram uma autopercepção da saúde bucal como ótima, de 34 a 36 pontos.

A maioria dos idosos, 65,0% responderam que a perda dentária é um processo natural do envelhecimento, sendo a higiene (escovação) a principal forma de prevenir a cárie dentária e manter os dentes saudáveis, para 73,3 %.

Em Juruá – AM, ainda não existem trabalhos com levantamento epidemiológico relacionado à saúde bucal associando-a à qualidade de vida e à condição nutricional de idosos. O presente trabalho, apesar das limitações metodológicas, aborda a temática com o intuito de elaborar um programa que inclua ações educativas, voltadas para auxiliar na melhoria da qualidade de vida do indivíduo idoso do município. É necessário intensificar programas de educação em saúde com crianças, adolescentes e adultos, informando da importância de manter os dentes saudáveis por toda a vida.

CONCLUSÃO

Nossos resultados indicam que em geral os idosos apresentaram condição de saúde bucal ruim, bem como autopercepção negativa sendo que a maioria usa prótese, e no momento desta pesquisa necessitavam ser substituídas. A maior parte dos idosos entrevistados consideram a perda dentária um processo natural do envelhecimento e apesar da condição de saúde bucal ruim, a condição nutricional avaliada mostrou-se adequada.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

BARBOSA LS. **Atenção odontológica voltada ao atendimento do idoso**. 2020. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2020.

BONFÁ K, MESTRINER SF, FUMAGALLI IHT, MESQUITA LP, BULGARELLI AF. **Percepção de cuidadores de idosos sobre saúde bucal na atenção domiciliar**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro; 20(5): 651-660, 2017.

BORDIN EJS. **Envelhecer: o que é e como pensá-lo**. 2014. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso - UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste Do Estado Do Rio Grande Do Sul, Santa Rosa, 2014.

FERREIRA LF, SILVA CM, PAIVA AC. **Importância da avaliação do estado nutricional de idosos**. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 5, p. 14712-14720 set/out. 2020.

FONSECA LLV, NEHMY RMQ, MOTA JAC. **O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos**. Ciência & Saúde Coletiva, 20(10):3129-3138, 2015.

HETZEL JÁ, ALVARENGA MRM. **O ensino sobre disfagia e a desnutrição na terceira idade e sua importância para os idosos da UNAMI-UEMS**. Anais Da XXII Semana Acadêmica De Enfermagem – UEMS. Vol 1., n. 1, 15-17, 2017.

KREVE S, ANZOLIN D. **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso**. Revista Kairós Gerontologia, vol. 19 (Nº Especial 22, “Envelhecimento e Velhice”), p.45-59; jan/2016.

LOPES ACL. **Envelhe(Ser): O impacto da saúde bucal e da cultura alimentar na velhice**. Rev. Longeviver, Ano I, n. 3, São Paulo, Jul/Ago/Set, 2019.

MARTINS AMEBL, OLIVEIRA RFR, HAIKAL DS, SANTOS ASF, SOUZA JGS, ALECRIM BPA, FERREIRA EF. **Uso de serviços odontológicos públicos entre idosos brasileiros: uma análise multinível**. Ciência & Saúde Coletiva, 25(6):2113-2126, 2020.

NOBRE IBB, ATHIAS RB. **Lesões bucais causadas pelo uso de próteses dentárias removíveis**. Artigo Científico (Bacharelado). – Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2017.

PEREIRA, I.F.S. et. al. **Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(5):e00178814, maio. 2016.

PRESA SL, MATOS, J.C. **Saúde bucal na terceira idade oral health in third age**. Revista UNINGÁ, Maringá – PR, n.39, p. 137-148 jan./mar. 2014.

ROCHA LLD. **Saúde oral e prevenção de doenças orais no idoso institucionalizado**. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Universidade Católica Portuguesa, Viseu, 2016.

SALES MVG, FERNANDES NETO JA, CATÃO MHCV. **Condições de saúde bucal do idoso no Brasil: uma revisão de literatura.** Rev. Arch Health Invest; 6(3); p.120-124, 2017.

SERA EAR, OSÓRIO NB, RIBEIRO EM, SILVA NETO LS. **Avaliação de Saúde bucal em idosos da Universidade da Maturidade: estudo transversal.** Rev. Arch Health Invest., 10(3), p.436-441. 2021

SILVA DA, FREITAS YNL, OLIVEIRA TC, SILVA RL, PEGADO CPC, LIMA KC. **Condições de saúde bucal e atividades da vida diária em uma população de idosos no Brasil.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro; 19(6): 917-929, 2016.

SILVA DV, FERNANDES LA, PEREIRA AA, COLARES RAS, SILVA LF, LIMA DC. **“Sorrir com saúde não tem idade”: ações extensionistas na UNATI.** Rev. Ciênc. Ext. v.14, n.3, p.135 - 146, 2018.

TEIXEIRA DSC, FRAZÃO P, ALENCAR GP, BAQUERO OS, NARVAI PC, LEBRÃO ML, DUARTE YAO. **Estudo prospectivo da perda dentária em uma coorte de idosos dentados.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(8):e00017215, ago, 2016.

TRAMONTINO VS, NUÑEZ JMC, TAKAHASHI JMFK, SANTOS-DAROSZ CB, RIZZATTI-BARBOSA CM. **Nutrição para idosos.** Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo; 21(3): 258-67 set/dez. 2009.

Risco e Perfil Nutricional de Idosos Residentes em uma Instituição de Longa Permanência

Risk and Nutritional Profile in Elderly Residents of a Long-Term Institution

MENDEZ, A. S.¹; GEHRKE, G. H.²; CUERVO, M. R. M.³; BULGARELLI, A.F.^{4*}; SANTOS, C.M. ⁵

¹ Mestre em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Porto Alegre -RS.

² Aluna de Graduação em Odontologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Porto Alegre -RS.

³ Professora do curso de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e no Centro Universitário Metodista IPA Porto Alegre -RS.

⁴ Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCoI-UFRGS) Porto Alegre -RS.

⁵ Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGODO-UFRGS) Porto Alegre -RS.

Autor correspondente - Email: alexandre.bulgarelli@ufrgs.br

DOI: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v12n1-8>

RESUMO

Introdução: A inadequação nutricional de idosos que vivem em Instituição de Longa Permanência para Idosos tem sido reconhecida como um importante campo de estudo. Nesse contexto, avaliar o perfil nutricional dos idosos institucionalizados é primordial para prevenção e promoção de saúde e de qualidade de vida desta população. **Objetivo:** Avaliar o risco de desnutrição e o perfil nutricional de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência. **Metodologia:** Estudo transversal realizado no município de Porto Alegre/RS, com idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência. Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionários, da avaliação antropométrica e de um exame bucal. Foram realizadas análises descritivas e médias para variáveis quantitativas e porcentagens para variáveis qualitativas. **Resultados:** O risco de desnutrição foi mais prevalente em idosos com 80 anos ou mais, nas mulheres e nos idosos com maior escolaridade. O baixo peso demonstrou frequência bastante expressiva em idosos solteiros,

institucionalizados há menos tempo, com sintoma depressivo que não faziam uso de algum medicamento, que não eram edêntulos e usavam algum tipo de prótese dentária. **Conclusão:** Os resultados demonstram que ainda existe o risco de desnutrição e baixo peso nos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Nutrição do idoso, Saúde do idoso institucionalizado, Instituição de Longa Permanência para Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The nutritional inadequacy of older people living in Homes for the Aged Long-Term Institution has been recognized as an important field of study. In this context, evaluating the nutritional profile of institutionalized elderly is essential for prevention and promotion of health and quality of life in this population. **Objective:** To assess the risk of malnutrition and the nutritional profile of elderly people residing in a long-term care facility. **Methodology:** Cross-sectional study carried out in the city of Porto Alegre/RS, with elderly people residing in a long-stay institution. Data were collected by a researcher and a nutritionist through the application of questionnaires, anthropometric assessment, and an oral examination. Descriptive analyzes and means were performed for quantitative variables and percentages for qualitative variables. **Results:** The risk of malnutrition was more prevalent in elderly people aged 80 years or more, women and elderly people with higher education. Low weight showed a very expressive frequency in single elderly, institutionalized for less time, with depressive symptoms who did not use any medication, who were not edentulous and wore some type of dental prosthesis. **Conclusion:** The results demonstrate that there is still a risk of malnutrition and low weight in institutionalized elderly.

Keywords: Elderly Nutrition. Health of Institutionalized Elderly. Homes for the Aged.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento da população é um fenômeno mundial, decorrente da diminuição dos coeficientes de fecundidade e mortalidade, e transcorre de maneira distinta de acordo com o contexto social de cada país. Desde a década de 1970, os países considerados desenvolvidos à época, começaram a investir em políticas públicas voltadas aos idosos, para que essa população mantivesse seu papel social e sua autonomia (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016). A

Organização Mundial da Saúde estima que até 2050 haverá 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo 80% nos países em desenvolvimento (WHO, 2015).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de pessoas com 60 anos ou mais, em 2012, era de 25,4 milhões no Brasil. Em 2017, os números mostraram que o país permaneceu na direção do envelhecimento nos últimos anos, ultrapassando a marca dos 30,2 milhões de cidadãos nessa faixa etária. As projeções indicam que na atualidade, a população idosa brasileira é de 30,9 milhões, representando 14%, e em 2050 representará 29,6% da população total (IBGE, 2018).

Paralelamente ao aumento populacional e expectativa de vida, uma maior demanda de idosos desassistidos tem sido observada e, como consequência, a necessidade por instituições coletivas voltadas para o atendimento da população acima de 60 anos cresce proporcionalmente (REIS et al., 2005). No Brasil, as primeiras instituições responsáveis por acolher e abrigar as pessoas que envelhecem surgiram em meados do século XIX, e tinham o intuito de dar assistência àquelas pessoas que viviam em condições de mendicância, pobreza e vulnerabilidade social. Os asilos, assim como as casas de repouso, lares e geriatrias passaram a ser denominados por Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em 2005 (CAMARANO; KANSO, 2010).

Segundo últimos dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada em 2010 revelou que no Brasil a maioria das ILPI são filantrópicas (65,2%). O levantamento apontou ainda que aproximadamente 100 mil idosos eram institucionalizados e as mulheres predominavam (57,3%) entre os residentes das ILPI (CAMARANO, 2011).

O processo de envelhecimento é acompanhado por perda da homeostase corporal, transtornos de ansiedade e alterações nas respostas imunológicas dentre outras situações as quais levam a mudanças na composição corporal (MACENA et al., 2018). Dentre tais mudanças, o estado nutricional assume uma importante função na qualidade de vida e de saúde da população (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016). Estudos recentes têm mostrado que o sobrepeso é mais prevalente entre as idosas, e em contrapartida, o baixo peso é mais frequente entre os idosos do sexo masculino (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016).

Em relação ao aspecto nutricional em ILPIs, um estudo realizado com 399 idosos institucionalizados identificou que 26,6% apresentavam desnutrição, 48,1% estavam em risco nutricional e 25,3% eram eutróficos (DAMO et al., 2018). Além disso,

o comprometimento da saúde bucal está associado com o déficit nutricional em idosos independente do sexo, classe econômica, escolaridade e uso de medicamentos (MESAS et al., 2010). As características da institucionalização e a presença de sintomas depressivos tornam esse grupo populacional mais vulnerável ao comprometimento do estado nutricional (DAMO et al., 2018; GUIMARÃES et al., 2019).

A inadequação nutricional de idosos que vivem em ILPI tem sido reconhecida como um importante campo de pesquisa (CAMARGOS et al., 2015). Nesse contexto, avaliar o perfil nutricional dos idosos institucionalizados é primordial para melhoria da qualidade de vida e prevenção de má nutrição. Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar o risco de desnutrição e o perfil nutricional de idosos residentes em uma ILPI.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado no município de Porto Alegre/RS, com idosos residentes em uma ILPI. Na instituição residiam 107 idosos entre homens e mulheres em 2018. A amostra de conveniência da pesquisa foi composta pelos residentes da instituição seguindo certos critérios estabelecidos. Assim, foram excluídos 32 idosos que estavam na enfermaria e 75 idosos eram elegíveis para o estudo. Após o convite e apresentação da pesquisa, 21 recusaram e a amostra final do estudo foi composta por 54 idosos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido pelo pesquisador e assinado por todos os participantes, aos quais se garantiu total anonimidade na divulgação dos resultados.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2018, logo após o café da manhã, em horários e dias que foram pactuados com a direção da instituição, de maneira que não interferiu na rotina dos idosos. Os dados foram coletados por um pesquisador da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e uma Nutricionista pesquisadora da Escola de Enfermagem da mesma Universidade, os quais foram previamente capacitados. A coleta foi realizada por meio da aplicação de questionários, da avaliação antropométrica e de um exame bucal. Primeiramente foi aplicado um questionário padronizado para a coleta de informações dos participantes que incluíram: idade, sexo, escolaridade, cor/raça autodeclarada, estado civil, tempo de institucionalização e uso de medicamento.

A presença de sintomas depressivos foi avaliada por meio da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em versão reduzida (GDS-15) (YESAVAGE et al., 1983). A escala é utilizada para detecção de sintomas depressivos em idosos, com 15 perguntas com respostas de sim ou não. Os escores variam de 0 a 15, sendo que o ponto de corte do escore ≥ 5 é usado para determinar a presença de sintomas depressivos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

O peso corporal foi aferido em balança portátil digital da marca Sunrise®, previamente calibrada, com capacidade de aferição de no máximo 130 Kg, instalada em local afastado da parede, com superfícies planas, firmes e lisas. Para a mensuração do peso, a pessoa examinada foi orientada a utilizar o mínimo de roupa possível, estar descalça, posicionar-se no centro da balança, em posição ereta, com os pés alinhados, os braços estendidos e sem movimentar-se (BRASIL, 2011).

A altura foi obtida com a fixação da fita métrica em uma superfície vertical sem rodapés a um ponto médio de 50 cm do chão, com o auxílio de fitas adesivas. A aferição da altura foi feita com os avaliados encostados na parede em posição vertical, descalços, pernas em paralelo, braços estendidos ao longo do corpo, cabeça erguida, livre de adereços e olhando para um ponto fixo (BRASIL, 2011).

Após obtenção do peso e da altura, o Índice de Massa Corporal (IMC) foi determinado pela razão entre o peso atual e a altura ao quadrado (Kg/m^2). Para os critérios de avaliação do IMC foi utilizado os pontos de corte de acordo com Lipschitz, onde classificam-se os indivíduos idosos com IMC menor que 22 kg/m^2 baixo peso, entre 22 e 27 kg/m^2 peso adequado e acima de 27 Kg/m^2 sobrepeso (LIPSCHITZ, 1994).

A Mini Avaliação Nutricional (MAN) foi realizada por meio de uma entrevista padronizada, utilizando a versão traduzida para o português da Mini Avaliação Nutricional, sendo utilizada a versão do método Short-form Mini Nutritional Assessment adaptada por Rubenstein et al., (2001). O questionário da MAN é composto por 18 questões que avaliam as medidas antropométricas, a avaliação global, o questionário dietético simples e a avaliação subjetiva. É dividida em duas etapas, sendo a primeira denominada triagem, com 6 questões e, a segunda, avaliação global contendo 12 questões. Cada pergunta que compõe a MAN contém um valor numérico que contribui para o escore final. A primeira parte possui um escore máximo de 14 pontos. Idosos que obtiveram escore maior ou igual a 12 não apresentam risco nutricional. No entanto, idosos com escore menor ou igual a 7

apresentam risco de desnutrição. A confirmação foi feita completando a segunda etapa da MAN. Esta etapa consiste na avaliação global e possui um escore máximo de 16 pontos. O escore total chega a um valor máximo de 30 pontos; valores entre 17 e 23,5 pontos indicam risco de desnutrição e escore com valor menor que 17 pontos indicam desnutrição (GUEDES; GAMA; TIUSSI, 2008).

Foi realizado um exame clínico bucal simplificado para contagem do número de dentes e uso de próteses. O exame foi feito com o idoso sentado em uma sala com iluminação artificial. Foi efetuada a contagem do número dos dentes naturais para classificar o indivíduo com perda dentária total e o uso de prótese foi registrado tanto para maxila quanto para mandíbula (WHO, 1997).

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis para a caracterização da amostra, sendo utilizadas médias para variáveis quantitativas e porcentagens para variáveis qualitativas. Todas as análises foram realizadas usando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-versão 18.0) para análise estatística.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e teve sua realização aprovada sob o protocolo nº2.211.220 (CAAE: 67117117.3.0000.5347) em conformidade com os princípios éticos.

RESULTADOS

Os resultados demonstraram que a maioria dos idosos institucionalizados possuía 80 anos ou mais (51,9%) e era do sexo feminino (61,1%). Os indivíduos estudados apresentaram, em geral, baixo nível de escolaridade, 55,6% tinham menos de 4 anos de estudo. Os idosos eram na sua maioria brancos (79,6%), solteiros (57,4%), institucionalizados há menos de 8 anos (66,7%), com sintoma depressivo (20,4%) e faziam uso de algum medicamento (88,9%). Quanto à avaliação antropométrica foi encontrada uma média de peso de 69,41kg ($\pm 15,36$) e altura de 1,56m ($\pm 0,10$). Na avaliação do IMC, observou-se um predomínio da categoria sobrepeso (61,1%). Em relação à MAN, 75,9% dos idosos apresentaram adequado estado nutricional, 18,5% risco de desnutrição e 5,6% desnutrição. O edentulismo foi encontrado em 50% dos indivíduos e 70,4% utilizavam prótese dentária (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, nutricional e de saúde geral e bucal de idosos residentes de uma ILPI de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (n=54), 2018.

Variáveis		n (%) ou média ± desvio padrão
Idade	60 a 69 anos	4 (7,4)
	70 a 79 anos	22 (40,7)
	80 anos ou mais	28 (51,9)
Sexo	Masculino	21 (38,9)
	Feminino	33 (61,1)
Escolaridade	≤ 4 anos	30 (55,6)
	> 4 anos	24 (44,4)
Cor/Raça	Branco	43 (79,6)
	Preto/Pardo	11 (20,4)
Estado Civil	Solteiro	31 (57,4)
	Casado/Separado/Viúvo	23 (42,6)
Tempo de institucionalização	<8 anos	36 (66,7)
	≥ 8 anos	18 (33,3)
Depressão	Presença de Sintoma Depressivo	11 (20,4)
	Ausência de Sintoma Depressivo	43 (79,6)
Uso de Medicamento	Sim	48 (88,9)
	Não	6 (11,1)
Peso	Peso atual (Kg)	69,41±15,36
Altura	Altura atual (m)	1,56±0,10
IMC	Baixo peso	7 (13)
	Peso adequado	14 (25,9)
	Sobrepeso	33 (61,1)
MAN	Adequado Estado Nutricional	41 (75,9)
	Risco de Desnutrição	10 (18,5)
	Desnutrição	3 (5,6)
Edêntulo	Sim	27 (50)
	Não	27 (50)
Uso de Prótese Dentária	Sim	38 (70,4)
	Não	16 (29,6)

Em relação ao estado nutricional, segundo o IMC, a categoria de baixo peso foi mais frequente em idosos com menos de 80 anos, do sexo masculino, com mais de 4 anos de escolaridade e todos da raça/cor branca. O baixo peso demonstrou frequência bastante expressiva em idosos solteiros, institucionalizados há menos tempo, com sugestão de sintoma depressivo que não faziam uso de algum medicamento, que não eram edêntulos e usavam algum tipo de prótese dentária. Com relação ao sobrepeso, idosos entre 70 e 79 anos apresentaram maiores percentuais,

bem como sexo feminino e baixa escolaridade. Idosos solteiros, que tinham dentes e não utilizavam próteses, com maior tempo de institucionalização, que faziam uso de algum medicamento e que tinham risco cardiovascular apresentavam maior prevalência de sobrepeso (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do estado nutricional segundo o índice de massa corporal de idosos residentes de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (n=54), 2018.

Variáveis		Baixo peso (%)	Peso adequado (%)	Sobrepeso (%)	Total (%)
Idade	60 a 69 anos	50	0	50	4
	70 a 79 anos	9,1	22,7	68,2	22
	80 anos ou mais	10,7	32,1	57,2	28
Sexo	Masculino	14,3	42,9	42,9	21
	Feminino	12,1	15,2	72,7	33
Escolaridade	≤ 4 anos	6,7	26,7	66,7	30
	> 4 anos	20,8	25	54,2	24
Cor/Raça	Branco	16,3	27,9	55,8	43
	Preto/Pardo	0	18,2	81,8	11
Estado Civil	Solteiro	16,1	12,9	71	31
	Casado/Separado/Viúvo	8,7	43,5	47,8	23
Tempo de institucionalização	<8 anos	13,9	27,8	58,3	36
	≥ 8 anos	11,2	22,2	66,7	18
Depressão	Presença de Sintoma Depressivo	27,3	9,1	63,6	11
	Ausência de Sintoma Depressivo	9,3	30,2	60,5	43
Uso de Medicamento	Sim	10,4	27,1	62,5	48
	Não	33,3	16,7	50	6
Edêntulo	Sim	7,4	33,3	59,3	27
	Não	18,5	18,5	63	27
Uso de Prótese Dentária	Sim	13,2	28,9	57,9	38
	Não	12,5	18,8	68,8	16

O risco de desnutrição foi mais prevalente em idosos com 80 anos ou mais, solteiros, nas mulheres, nos indivíduos com maior escolaridade, bem como aqueles que estavam vivendo na instituição há mais tempo, apresentavam sintoma depressivo e não usavam medicamento. O uso de prótese dentária foi mais prevalente nos idosos com risco de desnutrição. Foram classificados como desnutridos 5,6% idosos, que eram homens, com mais de 4 anos de estudo, da cor/raça branca, que eram casado/separado/viúvo, com pouco tempo de institucionalização e faziam uso de

medicamento. A maior parte dos idosos desnutridos não era edêntula e não usava prótese dentária (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição do estado nutricional segundo a Mini Avaliação Nutricional de idosos residentes de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (n=54), 2018.

Variáveis		Estado Nutricional Normal (%)	Risco de Desnutrição (%)	Desnutrição (%)	Total (%)
Idade	60 a 69 anos	75	0	25	4
	70 a 79 anos	81,8	18,2	0	28
	80 anos ou mais	71,4	21,4	7,2	22
Sexo	Masculino	71,4	14,3	14,3	21
	Feminino	78,8	21,2	0	33
Escolaridade	≤ 4 anos	83,3	13,3	3,4	30
	> 4 anos	66,7	25	8,3	24
Cor/Raça	Branco	74,4	18,6	7	43
	Preto/Pardo	81,8	18,2	0	11
Estado Civil	Solteiro				
	Casado/Separado	74,2	22,6	3,2	31
	/Viúvo	78,3	13	8,7	23
Tempo de institucionalização	<8 anos	75	16,7	8,3	36
	≥ 8 anos	77,8	22,2	0	18
Depressão	Presença de Sintoma Depressivo	63,6	18,2	18,2	11
	Ausência de Sintoma Depressivo	79,1	18,6	2,3	43
Uso de Medicamento	Sim	77,1	16,7	6,3	48
	Não	66,7	33,3	0	6
Edêntulo	Sim	77,8	18,5	3,7	27
	Não	74,1	18,5	7,4	27
Uso de Prótese Dentária	Sim	73,7	21,1	5,3	38
	Não	81,3	12,5	6,3	16

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo demonstraram que a maioria dos idosos apresentou idade de 80 anos ou mais, era do sexo feminino, com baixa escolaridade, de cor branca e solteiros. Achados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas mostrando que há um grande predomínio de mulheres institucionalizadas (MELO et al., 2016; PINHEIRO et al., 2018). Uma das razões que pode contribuir para este resultado é que no Brasil o número absoluto de mulheres

idosas é superior ao de homens. Além disso, as mulheres possuem uma maior expectativa de vida ao nascer e menor índice de mortalidade (IBGE, 2014).

O cenário encontrado nessa pesquisa reflete a tendência mundial. O estudo realizado por Pessoa et al. (2016), comparou o perfil de idosos institucionalizados no Brasil e na Espanha, e encontrou maior prevalência de mulheres do que homens nas pesquisas em ambos os países, sendo 57,3% no Brasil e 68% na Espanha. Estudos realizados na Austrália, no Chile, nos Estados Unidos e na Itália também encontraram um maior número de idosas institucionalizadas, variando a porcentagem de 68,8% a 84,5% (HOPCRAFT et al., 2011; GAC et al., 2003; SCHNEIDER et al., 2014; COCCO et al., 2018).

Assim como os resultados encontrados no presente estudo, as pesquisas no Chile e na Itália também tiveram uma média de idade de mais de 80 anos (GAC et al., 2003; COCCO et al., 2018).

A prevalência de uso de medicamentos nesta pesquisa foi de 88,9%, dado este muito semelhante ao encontrado no estudo de Neves et al. (2013) realizado com idosos não institucionalizados, onde a prevalência de uso foi de 85,5%, mostrando uma proporção de uso bastante alta em ambos os estudos. Em relação ao tempo de institucionalização, neste estudo, 66,7% dos idosos apresentavam menos de 8 anos de permanência na instituição e 33,3% igual a 8 anos ou mais. O estudo de Andrade et al. (2018), mostrou que nas ILPI filantrópicas quase 40% dos idosos eram institucionalizados há mais de 5 anos, em contraste com 3,6% verificado nas privadas.

Com relação aos dados antropométricos, a partir das categorias do IMC, o sobrepeso foi mais frequente entre as idosas. Em contrapartida, o baixo peso esteve mais prevalente entre os idosos do sexo masculino. Resultantes semelhantes foram encontrados no estudo que utilizou os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008/2009) com 20.114 idosos que vivem em comunidade, no qual a prevalência de sobrepeso foi maior em idosos do sexo feminino (41,9%), em comparação com o masculino (31,6%). Além disso, o sobrepeso demonstrou proporção bastante expressiva em idosos de todas as cores/raça, com exceção da cor/raça amarela. A obesidade foi maior em idosos que residem nas regiões Sul (45,1%) e Sudeste (38,3%) do Brasil. Com relação ao baixo peso foi mais prevalente em idosos das regiões Nordeste (23,7%) e Centro-oeste (20,9%) (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016).

Relativamente ao perfil nutricional diagnosticado pela, foi verificada que mais da metade dos idosos apresentavam adequado estado nutricional e 5,6% estavam desnutridos. Um estudo realizado em uma ILPI na Finlândia utilizando a MAN também revelou que 3% dos idosos eram desnutridos, 48% estavam em risco de desnutrição e 49% apresentavam estado nutricional adequado (SOINI; ROUTASALO; LAGSTROM, 2004). Uma outra pesquisa realizada com idosos institucionalizados no Brasil, constatou que mais de 60% dos entrevistados apresentavam eutrofia, 32,6% estavam em risco nutricional e 5,8% eram desnutridos (DEON; GOLDIM, 2016). Assim, os achados do presente estudo denotam a vulnerabilidade do idoso institucionalizado no Brasil em relação ao estado nutricional, com uma maior parcela de indivíduos em risco nutricional ou mesmo desnutridos.

A depressão é uma importante questão de saúde pública, e pode ser caracterizada pelo sentimento de tristeza e de baixa autoestima do indivíduo (ABELHA, 2014). No presente estudo, 20,4% dos idosos apresentaram sintoma depressivo, no entanto, outras pesquisas encontram uma maior proporção de idosos com depressão, 54,8% na Bahia (GUIMARÃES et al., 2019) e 49% no Distrito Federal (SILVA et al., 2012). Dentre as possíveis explicações está o fato de que a instituição pesquisada conta com grupos de convivência que promovem atividades recreativas e motivacionais para os idosos. Ressalta-se que 18,2% dos idosos com sintoma depressivo estava desnutrido. Em relação à alimentação, na presença de depressão, o idoso pode diminuir o consumo alimentar e, conseqüentemente, apresentar perda de peso não intencional e desnutrição. Recomenda-se que instrumentos de diagnóstico como a MAN e o GDS-15 sejam aplicadas como prática clínica de rotina para tratar efetivamente esses problemas de desnutrição e depressão em idosos (MANTZOROU et al., 2020).

O envelhecimento é acompanhado por inúmeras mudanças, dentre as quais ocorrem, por exemplo, alterações na composição corporal dos idosos. Com o processo de envelhecimento, as principais mudanças ocorrem na estatura, no peso e na composição corporal. Assim sendo, ao longo dos anos pode acontecer uma diminuição na altura e um aumento de peso, todavia a partir dos 80 anos de idade é provável que se inicie um processo de perda de peso fazendo com que diminua a massa magra e aumente a gordura abdominal (MATSUDO, MATSUDO, BARROS, 2000).

Neste estudo, foi encontrada uma proporção de 61,1% de idosos obesos. Um estudo longitudinal feito na Suécia ao longo de quatro décadas, mostrou que alguns dos fatores de risco permaneceram significativamente associados à doença cardiovascular nos idosos, como a obesidade e a dieta inadequada (LIND et al., 2018). As doenças cardiovasculares representam a maior causa de morbidade e mortalidade no Brasil (ALMEIDA; ALMEIDA; ARAÚJO, 2009). O crescimento do número de doenças cardiovasculares está relacionado a uma maior incapacidade funcional e ao aumento da morbimortalidade em idosos (MASSA; DUARTE; CHIAVEGATTO FILHO, 2019). Desse modo, é importante o conhecimento do perfil nutricional e, a partir deste resultado, incluir e revisar estratégias para uma alimentação saudável em idosos residentes de ILPI.

Em relação à saúde bucal, 50% dos idosos eram edêntulos. Resultados semelhantes foram encontrados em várias outras pesquisas sobre o tema. Estudos realizados com idosos institucionalizados na Austrália (HOPCRAFT et al., 2011), na Itália (COCCO et al., 2018) e na Espanha (PESSOA et al., 2016) encontraram a porcentagem de edentulismo variando de 34,7% a 46,1%. O edentulismo (perda total dos dentes) acarreta inúmeras repercussões na vida diária como dificuldades para mastigação e alimentação (PROBST et al., 2016), ou seja, é um importante fator de risco para piora do estado nutricional dos idosos, e pode inclusive levar à restrição alimentar (DION; COTART; RABILLOUD, 2007; PROBST et al., 2016). Os achados reportados neste estudo corroboram a reflexão de que a falta histórica de políticas públicas à população brasileira adulta/idosa no campo da saúde bucal revela precária situação, sendo que a perda de dentes é considerada pela sociedade como algo natural ocasionado pelo avançar da idade (HIRAMATSU; TOMITA; FRANCO, 2007).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2010 (BRASIL, 2010), a prevalência de uso de prótese dentária foi de 78,2% entre os idosos brasileiros com 65-74 anos (AZEVEDO et al., 2017). No presente estudo, os resultados mostraram que 70,4% dos idosos usava algum tipo de prótese. Entretanto, Pessoa et al. (2016) encontrou prevalências menores de uso de prótese entre os idosos que vivem em ILPI na Espanha, onde 31,4% usavam algum tipo de prótese superior e 22% utilizavam prótese inferior. Uma explicação para o maior uso de prótese encontrado no Brasil é em consequência do alto índice de perdas dentárias, divergindo de países como a Espanha. A principal limitação desta pesquisa foi relacionada à representativa desses achados, pois a amostra utilizada foi de apenas

uma única ILPI, a qual não foi selecionada de forma aleatória. Por outro lado, destaca-se o rigor metodológico com que foram conduzidas todas as etapas do estudo, bem como a taxa de participação que foi de 72%. A boa taxa de resposta obtida contribuiu para a validade interna da pesquisa. Entretanto, ao extrapolar os resultados para a população idosa que vivem em ILPI, recomenda-se considerar as possíveis diferenças segundo idade, sexo, escolaridade, cor/raça autodeclarada, estado civil, tempo de institucionalização e uso de medicamento.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os achados desta pesquisa evidenciam a importância de avaliar e monitorar o perfil nutricional, em especial as questões relacionadas com risco nutricional e o peso para evitar os resultados negativos associados com essas condições. Os resultados demonstram que ainda existe o risco de desnutrição e baixo peso nos idosos institucionalizados. Nesse sentido, o trabalho em equipe com protocolos de avaliações odontológicas, nutricionais e médicas periódicas contribuem para melhorar a qualidade de vida de idosos institucionalizados.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

ABELHA, L. **Depressão, uma questão de saúde pública**. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p.223, 2014.

ALCÂNTARA, A; CAMARANO, AA; GIACOMIN, K. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Em: CAMARANO, A. A. (Org.). Introdução. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. **Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida**. Arq. Neuro- Psiquiatr., São Paulo, v. 57, n. 2B, p.421-426, 1999.

ALMEIDA, T. R.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAUJO, T. M. **Obesidade abdominal e risco cardiovascular: desempenho de indicadores antropométricos em mulheres**. Arq. Bras. Cardiol., v. 92, n. 5, p.375-380, 2009.

ANDRADE, L. M. B.; NORONHA, K.; CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J. **Perfis de integração social entre idosos institucionalizados não frágeis no município de Natal, Rio Grande do Norte.** Ciênc. saúde coletiva. [periódico na internet], 2018.

Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/perfis-de-integracao-social-entre-idosos-institucionalizados-nao-frageis-no-municipio-de-natal-rio-grande-do-norte/16956>

AZEVEDO, J.S. et al. **Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados.** Cad. Saúde Pública, v. 33, n. 8, p.e00054016, 2017.

AZEVEDO, M.M.; MELO, A.P.R.; CABRAL, P. C. **Avaliação nutricional do idoso.** Rev. Bas. Nutr. Clin., v. 24, n. 4, p.230-5, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência.** Revista Coletiva, ISSN 2179-128, 2011. Disponível em: <http://coletiva.labjor.unicamp.br/index.php/artigo/envelhecimento-da-populacao-brasileira-continuacao-de-uma-tendencia/>. Acesso em: 30 abr. 2021.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil.** Rev. bras. estud. Popul., v. 27, n. 1, p.233-235, 2010.

CAMARGOS, M. C. S.; NASCIMENTO, G. W. C.; N. NASCIMENTO, D. I. C.; MACHADO, C. J. **Aspectos relacionados à alimentação em Instituições de Longa Permanência para Idosos em Minas Gerais.** Cad. saúde colet., v. 23, n. 1, p.38-43, 2015.

COCCO, F. et al. **The burden of tooth loss in Italian elderly population living in nursing homes.** BMC Geriatr., v. 18, n.1, p.76, 2018.

DAMO, C. C.; DORING, M.; ALVES, A.L.S.; PORTELLA, M.R. **Risco de desnutrição e os fatores associados em idosos institucionalizados.** Rev. bras. geriatr. gerontol., v. 21, n. 6, p.711-717, 2018.

DEON, R.G; GOLDIM, J.R. **Comparação entre diferentes métodos de avaliação nutricional em idosos institucionalizados e não institucionalizados.** *Perspectiva*, v. 40, n. 149, p.63-71, 2016.

DION, N.; COTART J. L.; RABILLOUD, M. **Correction of nutrition test errors for more accurate quantification of the link between dental health and malnutrition.** *Nutrition*, v. 23, n. 4, p.301-7, 2007.

FREITAS, E.D.; HADDAD, J.P.A.; MELENDEZ, G.V. **Uma exploração multidimensional dos componentes da síndrome metabólica.** *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 5, p.1073-1082, 2009.

GAC E, H. et al. **Caídas en adultos mayores institucionalizados: Descripción y evaluación geriátrica.** *Rev. méd. Chile*, v. 131, n. 8, p.887-894, 2003.

GUEDES, A.C.B.; GAMA, C.R.; TIUSSI, A.C.R. **Avaliação nutricional subjetiva do idoso: Avaliação Subjetiva Global (ASG) versus Mini Avaliação Nutricional (MAN).** *Com. Ciências Saúde*, v. 19, n. 4, p.377-384, 2008.

GUIMARÃES, L.A. et al. **Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência.** *Ciênc. saúde coletiva*, v. 24, n. 9, p.3275-3282, 2019.

HIRAMATSU, D. A; TOMITA, N. E; FRANCO, L. J. **Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos.** *Ciênc. saúde coletiva*, v. 12, n. 4, p.1051-1056, 2007.

HOPCRAFT, M. S. et al. **Edentulism and dental caries in Victorian nursing homes.** *Gerodontology*, v. 29, n. 2, p.512-519, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do censo demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf> Acesso em: 03 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047.** Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013->

agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047. Acesso em: 26 abr. 2020.

LIND, L. et al. **Impact of Aging on the Strength of Cardiovascular Risk Factors: A Longitudinal Study Over 40 Years**. Journal of the American Heart Association, v. 7, n. 1, p.1-40, 2018.

LIPSCHITZ, D. A. **Screening for nutritional status in the elderly**. Prim. Care, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

MACENA, W. G.; HERMANO, L. O.; COSTA, T. C. **Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento**. Revista Mosaicum, 2018;27:223-238.

MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. **Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010**. Ciênc. saúde coletiva, v. 24, n. 1, p.105-114, 2019.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R; BARROS, T. L. N. **Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física**. Revista brasileira de ciência e movimento, v. 8, n. 4, p.21-32, 2000.

MANTZOROU, M., et al. **Nutritional status is associated with the degree of cognitive impairment and depressive symptoms in a Greek elderly population**. Nutritional Neuroscience, v. 23, n. 3, p.201-209, 2020.

MELO, L. A. et al. **Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados**. Ciênc. saúde coletiva, v. 21, n. 11, p.3339-3346, 2016.

MESAS; A. E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; BUENO, V.L.R.C. **Saúde bucal e déficit nutricional em idosos não institucionalizados em Londrina, Paraná, Brasil**. Rev. bras. epidemiol., v. 13, n. 3, p.434-445, 2010.

NEVES, S. J. F. et al. **Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil**. Rev. Saúde Pública, v. 47, n. 4, p.759- 768, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PEREIRA, I. F. S.; SPYRIDES, M. H. C.; ANDRADE, L. M. B. **Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível.** Cad. Saúde Pública, v. 32, n. 5:, p.e00178814, 2016.

PESSOA, D. V. et al. **Estudo Comparativo do Perfil de Saúde Bucal em Idosos Institucionalizados no Brasil e em Barcelona, Espanha.** Rev. bras. geriatr. gerontol., v. 19, n. 5, p.723-732, 2016.

PINHEIRO, N. C. G. et al. **Funcionalidade Dentária: construção e validação de um indicador de saúde bucal para idosos institucionalizados da cidade do Natal, RN.** Rev. bras. geriatr. gerontol., v. 21, n. 4, p.389-396, 2018.

PROBST, L. F. et al. **Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos.** Cad. saúde colet., v. 24, n. 3, p.347-354, 2016.

REIS, S. C. G. B.; HIGINO, M. A. S. P.; MELO, H. M. D.; FREIRE, M. C. M. **Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003.** Rev. Bras. Epidemiol., v. 8, n. 1, p.67-73, 2005.

RUBENSTEIN, L. Z. et al. **Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional Assessment (MNA-SF).** J Gerontol A Biol Sci Med Sc., v. 56, n. 6, p.366-372, 2001.

SCHNEIDER, A. E. et al. **Predictors of Senior Center Use among Older Adults in New York City Public Housing.** J Urban Health, v. 6, n. 91, p.1033- 1047, 2014.

SILVA ER; SOUSA ARP; FERREIRA LB; PEIXOTO HM. **Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem.** Rev Esc Enferm USP, v. 46, n. 6, p.1387-93, 2012.

SOINI, H.; ROUTASALO, P.; LAGSTROM, H. **Characteristics of the mini-nutritional assessment in elderly home-care patients.** European Journal of Clinical Nutrition., v.58, n.1, p.64-70, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on ageing and health.** World Health Organization, 2015.

WORLD HEALT ORGANIZATION (WHO). **Oral health surveys: basic methods.** 4ª ed. Geneva: World Health Organization, 1997.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res., v. 17, n. 1, p.37-42., 1983.

Novos Idosos, Novos Direitos: uma reflexão contemporânea

New Elderly, New Rights: a contemporary reflection

GIZELLA MAIA RIBEIRO BOLOGNESE¹

¹ Advogada, Mestranda em Direito pela Faculdade Autônoma de Direito.

Autora correspondente: E-mail: bolognese70@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v12n1-7>

RESUMO

Introdução: países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil assistem perplexos a um rápido envelhecimento da população e suas consequências, incluído as do âmbito da preservação dos direitos fundamentais. Em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, assegurando direitos sociais a pessoa idosa, através da promoção da sua autonomia, integração e participação. Ao longo dos 27 anos que separam a promulgação desta política até os dias de hoje, existe uma trajetória social e jurídica que deve ser avaliada sob a ótica da contemporaneidade. **Objetivo:** analisar principais aspectos históricos relacionados aos novos direitos dos idosos, considerando os principais marcos jurídicos a eles relacionados. **Métodos:** foi conduzida uma revisão narrativa com base em documentos jurídicos e literatura publicada sob a forma de periódicos e livros indexados no Scielo, Google Acadêmico e Banco de Teses da CAPES. **Resultados:** Diante do cenário das lutas sociais e da influência de eventos internacionais, foram destacadas neste texto, a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso, com especial ênfase no Estatuto do Idoso o qual unificou leis e normas relativas aos idosos que se encontravam dispersas. Sobre este tema, esta revisão narrativa compila e analisa algumas estatísticas sobre o futuro do envelhecimento no Brasil e apela para uma reflexão da sociedade no que tange à eficácia das políticas públicas garantidoras dos direitos da pessoa idosa. A revisão também apresenta subsídios para a compreensão da importância de assegurar a todos os cidadãos idosos, os direitos que lhes são

reconhecidos na legislação refletindo sobre o arcabouço legal específico e sua respectiva efetivação na vida das pessoas idosas.

Palavras-chave: Idoso, Novos Direitos, Envelhecimento, Políticas Públicas, Qualidade de Vida

ABSTRACT

Introduction: developing countries, such as Brazil, are perplexed to witness a rapid population aging and its consequences, including those within the scope of the preservation of fundamental rights. In 1994, the National Policy for the Elderly was enacted, ensuring social rights for the elderly, through the promotion of their autonomy, integration and participation. Over the 27 years that separate the enactment of this policy until today, there is a social and legal trajectory that must be evaluated from the perspective of contemporaneity. **Objective:** to analyze the main historical aspects related to the new rights of the elderly, considering the main legal frameworks related to them. **Methods:** a narrative review was conducted based on legal documents and literature published in the form of journals and books indexed in Scielo, Academic Google and CAPES Theses Bank. **Results:** Given the scenario of social struggles and the influence of international events, the National Elderly Policy, the Elderly Statute and the Elderly Health National Policy were highlighted in this text, with special emphasis on the Elderly Statute, which unified laws and norms related to the elderly who were dispersed. On this topic, this narrative review compiles and analyzes some statistics on the future of aging in Brazil and calls for a reflection by society regarding the effectiveness of public policies guaranteeing the rights of the elderly. The review also provides subsidies for understanding the importance of assuring all elderly citizens the rights that are recognized in the legislation, reflecting on the specific legal framework and its respective implementation in the lives of elderly people.

Keywords: Elderly, New Rights, Aging, Public Policies, Quality of Life

INTRODUÇÃO

Uma das características mais marcantes da atual dinâmica demográfica mundial é o processo de envelhecimento populacional, isto é, o aumento do número absoluto e do percentual de idosos no conjunto de uma dada população. Sobre este processo a Organização das Nações Unidas (ONU) divulgou em 2019 novas projeções de envelhecimento populacional para todos os países e para o mundo. Os

números são impressionantes, considerando que, no mundo, em 1950 existiam 202 milhões de idosos e em 2020 1,1 bilhão. Entretanto, ao contrário de países desenvolvidos, como a Inglaterra o Brasil é um dos países de maior crescimento populacional do mundo. Enquanto, que a Inglaterra levou mais de 100 anos para aumentar a proporção de idosos da sua população, o Brasil está vivendo este processo de transição demográfica de um modo bastante rápido. Análises demográficas mostraram que a população brasileira cresceu 62 vezes entre 1800 e 2021, sendo que este maior crescimento ocorreu ao longo do século XX. Esta velocidade acelerada do envelhecimento populacional impõe desafios, não somente na área da saúde e da assistência social, mas também nas ciências jurídicas, principalmente em questões relacionadas aos direitos humanos. (VERAS e OLIVEIRA, 2018).

O aumento na proporção de idosos não impacta somente questões como o a saúde e a seguridade social, mas também a questão dos direitos humanos relacionados a pessoa idosa. Por este motivo, em 1994 o Brasil promulgou a Política Nacional do Idoso, que foi regulamentada em 1996, considerando como pessoa idosa indivíduos com 60 ou mais anos. O cenário da promulgação desta política está imerso em um contexto histórico que transcende o País e que influenciou, posteriormente uma trajetória de lutas e ganhos políticos relacionados aos direitos dos idosos que são aqui revisados e discutidos.

MÉTODOS

Uma revisão narrativa foi conduzida baseada em textos jurídicos publicados pelo Governo do Brasil, periódicos científicos, livros e trabalhos de conclusão em nível de mestrado e doutorado indexados no Scielo, Google Acadêmico ou Banco de Teses da CAPES. A revisão é apresentada sob a forma de tópicos temáticos mesclando informações históricas, legais e análise crítica. A revisão foi estruturada a partir dos seguintes tópicos: inicialmente será feita uma breve contextualização histórica abordando questões relacionadas com a construção desse “novo” direito que é sempre novo a cada época, porque em cada momento da história do homem, as condições materiais de existência se alteram e novas demandas se apresentam.

A seguir será destacado o que é pedagogicamente denominado “direitos de quarta geração” destacando o impacto da ciência e da tecnologia, na proteção dos velhos e novos direitos. Neste tópico, pretendo discutir questões relacionadas com o

idoso se constituir em “um novo homem que envelheceu dentro de uma sociedade que o desconhece e/ou ignora, uma vez que o mesmo já não pertence ao grupo reconhecido pela sua capacidade de produção e pelo mercado de consumo. Neste tópico pretendo destacar algumas estatísticas sobre a população de idosos no futuro e as urgências de medidas que possam minimizar os impactos que virão.

A seguir, teço considerações sobre a legitimação e efetivação dos direitos dos idosos contemplando as políticas públicas brasileiras conquistadas pelos movimentos sociais e por influência de eventos internacionais, que se consolida com a criação do Estatuto dos Idosos. Este é um documento que se reveste de especial importância por reforçar os direitos fundamentais deste grupo etário da população. A Política Nacional da Saúde dos Idosos que foi instituída pela Portaria n. 2.528, também merece especial atenção e é aqui comentada, uma vez que visa à preservação da autonomia e da independência funcional da população idosa. Afinal, um dos direitos da cidadania é envelhecer com saúde! Por fim, no último tópico desta revisão, é realizada uma reflexão sobre os desafios que o futuro representa para esse grupo social.

Uma breve contextualização histórica em direção aos novos direitos dos idosos

Após a segunda Guerra Mundial, surgiram, em razão das demandas da sociedade em evolução, os direitos supraindividuais, também chamados de direitos de terceira geração. Como bem ressalta Dotti (1980) após a Segunda Guerra Mundial, estabeleceu-se uma verdadeira ‘revolução’ corporificada por novas conquistas como a energia nuclear, a eletrônica e a cibernética as quais sobrepujaram os alicerces convencionais da sociedade que fixavam os limites do perigo, segurança, guerra e paz. É por este motivo que as temáticas paz, ambiente, desenvolvimento, solidariedade e fraternidade são direitos que ganharam força principalmente depois da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, documento que reúne uma síntese dos conceitos liberais do ocidente bem como da concepção socialista, e que consagra os direitos civis, políticos, econômicos e sociais dos cidadãos do mundo. A partir de então as sociedades, ao se reerguerem do caos mundial imposto pela segunda guerra, reformularam seus anseios, pois afinal, a imutabilidade não é própria do homem nem tampouco da sociedade.

O rol dos direitos fundamentais também foi reconstruído e a ele se adicionaram demandas individuais e sociais à medida que o homem seguiu buscando a felicidade. Nesse constante processo evolutivo, fronteiras geográficas, culturais e de tempo foram ultrapassadas, permitindo que, por meio da globalização, novos direitos fossem introduzidos, os direitos de quarta geração, embalados pela tecnologia e pelos avanços da biologia molecular e da manipulação genética (SANTOS, 2018). Uma vez que os direitos fundamentais se acumularam, para facilitar a sua interpretação, Karel Vasak, apresentou pela primeira vez a teoria das gerações do direito. A proposta atribuída a este doutrinador jurídico foi pela primeira vez apresentada em uma conferência ministrada em 1979 no Instituto Internacional de Direitos Humanos, em Estrasburgo, Alemanha. Esta teoria foi fortemente inspirada no lema da Revolução Francesa: liberdade, igualdade e fraternidade (Ramos, 2019). Nesta teoria, foram considerados direitos de primeira geração aqueles que garantem a liberdade individual, civil e política, os direitos de segunda geração, aqueles voltados a uma igualdade mínima econômica, social e cultural e os direitos de terceira geração, que trata sobre questões de solidariedade e fraternidade. Em síntese, a primeira geração do direito é a liberdade, a segunda é a igualdade e a terceira é a fraternidade. A partir do contexto geracional dos direitos, proposto por Vasak, outros doutrinadores jurídicos começaram a inovar, propondo novas categorias geracionais. Assim, como resultado da globalização, foi criada a quarta geração do direito associada ao pluralismo, bioética, participação democrática e limites da manipulação genética. Em síntese, a quarta geração preconiza a dignidade da pessoa humana contra intervenções abusivas, seja de pessoas, entidades ou mesmo do próprio Estado (Ramos, 2019).

Embora se reafirme o seu caráter puramente pedagógico, os direitos ditos de terceira e quarta geração constituem uma categoria nova chamada “novos direitos”, suscitados pela evolução histórica da sociedade e, conseqüentemente, pela exigência de novas garantias (PEDRUZZI et al., 2017). Isso porque no caminhar da sociedade, esta sofreu alterações irreversíveis em todas as esferas das atividades humanas, criando-se novas relações e dando uma nova fisionomia à realidade social. Definitivamente, essa realidade não poderá mais ser compreendida sem a sua estrutura tecnológica, pois não existe tecnologia “fora” da sociedade, e, igualmente, não é possível, ao direito, ignorar toda essa modernização

Considerando esse novo contexto, aqui são discutidos desafios que se apresentam na atualidade, impulsionados pelos avanços tecnológicos, principalmente

na medicina que proporcionaram um crescimento significativo na expectativa de vida das populações. Em contrapartida, a elevação da longevidade aumentou também os impactos sociais decorrentes dessa nova realidade, pois o reconhecido crescimento em tempo de vida, infelizmente não refletiu um equivalente acréscimo em direitos e conseqüentemente em qualidade de vida.

Fala-se aqui desse novo direito, fazendo um contraponto com a nova ordem mundial capitalista, fundada no aspecto econômico, onde aqueles que não estão inseridos na cadeia de produção, são inevitavelmente excluídos. Portanto, na perspectiva da sociedade capitalista a vida humana está relacionada com produtividade e consumo, fato que, do ponto de vista da lógica do capital, situa o idoso à margem da sociedade. Mais do que uma questão ética, essa é uma questão que envolve qualidade de vida, segurança, trabalho e renda, temas que precisam de um debate amplo da sociedade e de uma mudança de ângulo no olhar em relação a essa fase do desenvolvimento humano.

Um direito em construção

Os direitos fundamentais tiveram sua gênese no próprio direito natural do homem, que por sua vez se originou nos ideais iluministas e jusnaturalistas². São direitos inerentes à proteção do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana que é um princípio assegurado pelas Constituições, Tratados e Convenções e cujo reconhecimento representou uma grande conquista da sociedade. Mas a afirmação desses direitos foi um processo que aconteceu dentro do contexto social de cada época. Deveu-se, em grande parte, como afirma Wolkmer (2013), a conexões com as transformações sociais. Citando Bobbio, o autor confirma que:

“Essa multiplicação histórica dos “novos” direitos processou-se [...] por três razões: a) aumentou a “quantidade de bens considerados merecedores de tutela”; b) estendeu-se a “titularidade de alguns direitos típicos a sujeitos diversos do homem”; c) O homem não é mais concebido como ser genérico, abstrato, “[...] mas é visto na especificidade ou na

² Considerando uma classificação meramente pedagógica, os direitos naturais do homem são chamados de primeira geração; os de segunda geração ou segunda dimensão, seriam os Direitos da Igualdade, no qual estão a proteção do trabalho contra o desemprego, o direito à educação contra o analfabetismo, o direito à saúde, cultura, etc. Os direitos de terceira geração foram desenvolvidos no século XX. Seriam os Direitos da Fraternidade, no qual está o direito a um meio ambiente equilibrado, uma saudável qualidade de vida, progresso, etc. (SILVA, 2009)

concreticidade de suas diversas maneiras de ser em sociedade, como criança, velho, doente etc.”

Com a sua positivação nas Constituições, esses direitos transformaram-se em garantias para o cidadão brasileiro. Na verdade, de acordo com os ensinamentos de Bobbio, Fachin e Fachin (2020) ressaltam que:

“ [...] a positivação dos direitos humanos (de resto, qualquer direito) gera consequências importantes para as pessoas que os titulariam. Um direito humano positivado gera o dever de ser observado não apenas pelo Estado, mas também pelo poder privado e, de um modo geral, por todas as pessoas, ao tempo em que passa a ter mais força normativa. Isto ocorre em razão da densidade normativa que adquire um direito a partir do momento em que ele passa a status de norma constitucional.”

Obviamente, devido a conexão com as transformações sociais, trata-se de direitos que ainda estão em construção, modificando-se e renovando-se a cada etapa da vida das sociedades, partindo de um direito natural e se projetando no constitucionalismo por meio de lutas, avanços e retrocessos. De fato, desde a origem, os direitos do homem, tem sido historicamente construídos através de movimentos revolucionários, que tiveram lugar primeiramente na Europa Continental, local onde emergiram as raízes do Constitucionalismo. (ALCÂNTARA, 2009)

Perceber os direitos a partir da sua construção histórica, também significa entender que eles nascem e se desenvolvem, transformando-se de acordo com as “configurações e anseios de cada época, em que velhos direitos vão desaparecendo e sendo substituídos por novos direitos”. É nessa perspectiva que entendemos a conquista de tão amplos direitos no contexto da Constituição Federal brasileira de 1988 (FERREIRA e TEIXEIRA, 2014).

No Brasil, nos últimos anos dos governos militares foi vivenciada uma sucessão de campanhas populares em favor de anseios que a sociedade havia represado. Entre eles, destaca-se o movimento pelas eleições regionais que aconteceram em 1982, a campanha pelas “Diretas- já”, a primeira eleição presidencial, e a convocação da Constituinte. Com a Constituinte alguns temas foram legitimados e inseridos para a construção da Carta Magna incluindo: “ os direitos das minorias, especialmente mulheres e negros; combate à discriminação de gênero e ao racismo; proteção aos portadores de deficiências físicas; direitos de crianças, adolescentes, idosos e indígenas”, entre outros. (SANTILI, 2006)

Vale mencionar nesse entrelaçamento de ideias, que o Brasil vivia ainda um momento de transição, mergulhado numa grande instabilidade democrática, e disso resultou o amplo debate estabelecido no contexto da Assembleia Nacional Constituinte. É com esse olhar que se constata uma evolução concreta da nossa Lei Maior, quanto aos direitos e garantias individuais, razão por que a nossa Carta Constitucional “é considerada um marco jurídico da passagem de um regime ditatorial para um regime democrático”. (GOTTERT e ARGERICH, 2013)

De fato, a Constituição brasileira de 1988 não fugiu a necessidade de registrar e garantir os direitos fundamentais do homem “incorporando a grande maioria dos direitos reconhecidos mundialmente como essenciais para assegurar a dignidade da pessoa humana”. Como se constata, a “nova” Constituição solidifica a ideia do “novo direito” que emerge das “novas” necessidades e formas de viver, abarcando, ainda que formalmente, o conceito de igualdade e estabelecendo “novos” rumos para estar em sociedade. (WOLKMER e LEITE, 2016)

Adverte-se adicionalmente, que o legislador teve a preocupação de amparar o surgimento de novos direitos que não estavam previstos expressamente no texto constitucional, inserindo no artigo 5º, parágrafo 2º, uma cláusula de abertura material, marcando o dinamismo dos direitos fundamentais: “[...] os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”. (SARLET, 2015)

Numa interpretação digna de referência, Rocha (2003) revela como a Constituição da República brasileira de 1988 erigiu o princípio da dignidade da pessoa humana como um princípio fundamental:

“Não basta garantir o direito à vida, senão que a vida digna; não basta garantir a liberdade, senão aquela que garante a vida livre que dignifica em igualdades sociais, políticas, econômicas as pessoas humanas. Não basta existir o direito, mas aquele que realiza a justiça pensada por um povo em certo momento e em dada situação concreta. Não há direito sem justiça pensada, acreditada por um povo; não há justiça sem dignidade de todos e de cada um dos que compõem o Estado; não há direito sem princípios concretizáveis, o que depende do acatamento das prescrições constitucionais dos princípios que legitimam o sistema e tornam-no possível de ser eficaz

socialmente para converter-se em eficaz juridicamente. (ROCHA, 2003)”

Aqui compartilho o pensamento de Santili (2006), que proclama que os “novos” direitos que emergiram na Constituição de 1988, “romperam com os paradigmas da dogmática jurídica tradicional, contaminada pelo apego ao excessivo formalismo, pela falsa neutralidade política e científica e pela excessiva ênfase nos direitos individuais”. Segundo a autora os “novos” direitos foram conquistados por meio de lutas sociopolíticas democráticas e que por isso mesmo têm “natureza emancipatória, pluralista, coletiva e indivisível”. Todos esses argumentos levam a novos desafios impostos à ciência jurídica pois não se limitam às estreitas balizas do dualismo público-privado exigindo que se percebam “o seu caráter inovador e a sua enorme generosidade conceitual”.

Direito em construção é um direito que se abre para novas realidades, que a cada época se reproduz vinculando-se às necessidades humanas e aos avanços da ciência e da tecnologia. Em outras palavras, direito em construção é um direito que se transformou e ainda se transforma devido a condições históricas relativas às demandas da sociedade no decorrer do tempo. Segundo Bobbio (1992) serão sempre direitos novos, esses direitos “históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes”, por isso são novos, estão e estarão sempre em construção.

Os direitos fundamentais da quarta dimensão

Há que se reconhecer que a história das sociedades é complexa e que sua evolução não obedece, como bem salienta Morin (2012), regras claras, tomando, na maioria das vezes, rumos incertos e improváveis. Além disso, é compreensível que essa evolução dos direitos fundamentais, tenha sido fomentada pelo conhecimento científico e tecnológico, cujo papel na globalização e na tomada de decisões foi muito importante para os rumos que as sociedades humanas progridem. Entretanto, como salientei anteriormente, os efeitos desse processo são imprevisíveis, pois o caminho para a modernidade, ou melhor, para a hipermodernidade, imprime profundas transformações nas relações sociais, as quais se tornam altamente dinâmicas e em muitos casos, instantâneas. Como diria Bauman (2003), uma “modernidade líquida”, sem forma própria, que muda muito rapidamente suas instituições, suas referências,

seus estilos de vida, crenças e convicções. Ou seja, em uma boa parte das vezes, tudo se dilui no tempo antes de consolidar.

O nascimento dessa modernidade instantânea e da revolução tecnológica que impactou principalmente o campo da saúde humana, envolveu a sociedade numa multiplicidade de realidades que se interconectam e tornam inevitável a necessidade de analisarmos os variados problemas que emergem da mesma. Questões jurídicas impensáveis há 50 anos atrás, passam a fazer rapidamente parte do mundo social e do Direito. Como assinala Wolkmer (2013), “são ‘novos’ direitos que precisam ser definidos e legislados, referentes à biotecnologia, a bioética e a regulação da engenharia genética”, direitos específicos vinculados diretamente com a vida humana, “como a reprodução humana assistida (inseminação artificial), aborto, eutanásia, cirurgias intrauterinas, transplantes de órgãos, engenharia genética (clonagem), contracepção e outros”. Direitos que Bobbio apud WOLKMER (2013) denomina pedagogicamente, de direitos de quarta geração, surgidos ao final do século XX e que, devido à multiplicidade dos efeitos, impõe desafiantes encargos à ciência jurídica, que tem a tarefa de regulamentar e proteger o todo social.

Um mundo perplexo emerge, a partir dessa multiplicidade de impactos anunciando o declínio dos valores sociais e exigindo novos regramentos da vida do indivíduo e da sociedade. Na realidade, esta emergência desloca a atenção primária da “proteção legal” dos cidadãos. Agora, a preocupação não é mais, somente pela vida, mas pela qualidade de vida. Sobre isto, Alves (2002) destacou que: “A taxa de mortalidade diminui, e a longevidade se estende à medida em que avança a ciência, fazendo com que o homem tenha praticamente o poder sobre a vida, determinando o nascimento e a morte do seu semelhante”. Alterou-se a constituição do ser vivo, o equilíbrio ecológico, a sobrevivência das espécies, e criou-se uma realidade virtual que conectou o mundo inteiro diminuindo as distâncias.

Esses novos tempos trouxeram a necessidade de proteger especificamente alguns direitos, como é o caso da proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes, do jovem, dos idosos, da mulher gestante aos alimentos e do consumidor, entre outros. Como pontua Feliciani (2013), para cada uma das fases da vida existem necessidades especiais que o Código Civil em vigor, “seguramente não mais pode atender”, embora, diga-se de passagem, tenha sido elaborado para

proteger a pessoa humana³. Assim, atendendo a “mandamentos universais e constitucionais”, leis específicas têm sido criadas com o objetivo de proteger o direito à vida e à dignidade da pessoa humana. É dentro deste contexto maior, que a proteção dos idosos tem conquistado especial atenção dos juristas e da sociedade, sobretudo em virtude do crescimento acelerado do número de pessoas idosas no mundo inteiro, e em especial do Brasil (FELICIANI, 2013)

Por outro lado, a dificuldade está centrada na incompatibilidade cultural e do “equipamento conceitual” defasado do Direito com os avanços sociais advindos das novíssimas tecnologias e, na velocidade com que essas tecnologias impactaram a vida humana. “É necessário, portanto, transpor o modelo jurídico individualista, formal e dogmático, adequando seus conceitos, institutos e instrumentos processuais no sentido de contemplar, garantir e materializar os ‘novos’ direitos. (WOLKMER, 2013).

Os novos idosos e os novos direitos

Existem algumas visões estereotipadas sobre o envelhecimento da população que a literatura costuma referir. Uma delas traz a ideia negativa de que o idoso é dependente, vulnerável e frágil e, evidentemente, tal percepção resulta na elaboração de políticas públicas que reforçam essa fragilidade. Se por um lado a ideia da dependência física coloca os idosos em pé de igualdade com as pessoas deficientes, doentes e incapacitadas, hoje essa dependência tem se ampliado, ultrapassando a perspectiva biológica, passando a vincular a situação de vulnerabilidade a um fenômeno decorrente da divisão do trabalho, isto é, à ideia de improdutividade (ALMEIDA, 2019). A este respeito, Camarano e Pasinato (2004) há 15 anos atrás já destacavam que:

“A visão do idoso como intrinsecamente improdutivo leva a se pensar que mesmo que o envelhecimento seja desejável sob a perspectiva dos indivíduos, o crescimento da população idosa pode acarretar um peso sobre a população jovem e o custo de sustentá-la vir a se constituir uma ameaça ao futuro das nações.” (CAMARANO E PASINATO, 2004).

Esse pensamento deu azo à preocupação com a “crise do envelhecimento” já que aponta para imagem do idoso como “grandes consumidores de recursos públicos,

³ O Código Civil remete-se, logo em seu art. 1º, à pessoa como ser “capaz de direitos e deveres na ordem civil”.

principalmente, de benefícios previdenciários e serviços de saúde [...] responsáveis pelos crescentes gastos sociais que pressionam as contas públicas”. (CAMARANO e PASINATO, 2004)

Não é essa a realidade em outras regiões do mundo, o que confirma a percepção de que as diferentes culturas implicam em diferentes formas de compreender essa fase da vida. Martins e Santos (2001) relatam que, no Oriente, o idoso tem um lugar de respeito na sociedade, porém “ser idoso hoje” no mundo ocidental significa “uma imagem e um papel social quase insignificante” [...]. Significa também tornar-se “vulnerável à precariedade econômica”. E adianta:

“O idoso é ainda vulnerável à exclusão social, pela condição de reformado, sem relação com o trabalho e com os colegas, pela dificuldade de comunicação com as gerações mais jovens, pelo isolamento em relação à família, pela perda de autonomia física e funcional e ainda pelas dificuldades da adaptação às novas tecnologias.” (SANTOS, 2001).

No entanto, apesar dessas condições e dessa imagem vulnerável, mais pessoas estão vivendo mais e se tornando idosas por mais tempo. Nesse sentido é bastante conhecido o impacto sobre a estrutura etária decorrente das melhoras das condições de saúde, da redução dos níveis de fecundidade e da mortalidade, condições com significativas consequências demográficas e socioeconômicas. A própria questão da idade cronológica é difícil de interpretar, porque as diferenças individuais e de condições de vida dificultam essa conceituação. Outras consequências podem ser relatadas no tocante ao aumento da proporção de idosos na população brasileira, uma delas analisada por Wajnman, Oliveira e Oliveira (2004), é a participação na força de trabalho de uma parte importante desse grupo social. Existe, como afirmam os autores, uma inequívoca tendência de crescimento da incorporação desse estrato da sociedade na população em idade ativa (NUNES, 2004; WAJNMAN, OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2004)

Por outro lado, o efeito demográfico, aliado à capacidade produtiva do idoso, é fundamental para que o rendimento do trabalho dessa faixa populacional na composição de sua renda pessoal e familiar seja uma realidade relevante. Como corolário dessa análise, é racional que se repense, e com urgência, nas políticas de emprego, renda e educação da população brasileira, com foco nesse contingente populacional para que seja possível equilibrar o nível de qualificação da média da

população adulta. Além disso, em virtude da inevitável tendência de crescimento do número de idosos na população economicamente ativa (PEA), verifica-se que tem sido negligenciada a necessidade de criação de novos postos de trabalho com capacidade para absorver esse contingente crescente de mão-de-obra idosa “com níveis de escolaridade inferiores ao da média populacional, de qualificação muitas vezes defasada, de difícil reciclagem, mas aproveitando-se, em contrapartida, as vantagens comparativas oferecidas pela maturidade”. (WAJNMAN, OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2004)

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, o que é possível confirmar nos informativos da Organização Mundial de Saúde, segundo os quais, o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões até 2050, ou seja, um quinto da população mundial. Nos países menos desenvolvidos como o Brasil, especificamente, este fenômeno será muito maior. “Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2030, o número de idosos ultrapassará o total de crianças entre zero e 14 anos”. (IBGE, 2018).

As projeções demográficas são indicativas de que até o final do século, cerca de três quartos da população idosa ocorrerão em países do Terceiro Mundo, tornando esse grupo etário maior nesses países. Os impactos na população brasileira serão imprevisíveis, levando-se em conta que, de acordo com as estatísticas, no Brasil, o aumento da população idosa será muito maior do que o da população como um todo (numa proporção de 15 para 5) até 2025 o que “colocará o Brasil com a sexta população de idosos do mundo em termos absolutos” (Alves, 2019).

A Constituição de 1988 incorporou avanços e mereceu ser conhecida como Constituição Cidadã, como tal não deixou de prever um conjunto de normas destinadas à população idosa. De fato, no 1º artigo da Constituição ficaram registrados os fundamentos do Estado Democrático de Direito, a cidadania e a dignidade da pessoa humana. Dado que o ser humano é um ser total, a dignidade da velhice não há de começar na velhice, sendo “de capital importância que os idosos sejam vistos pela sociedade brasileira como titulares de direitos, direitos dos quais são credores desde o início de sua existência e que não prescrevem na medida em que o seu tempo de existência avança”. (WOLKMER e LEITE, 2016)

O Art. 3º da Constituição também elege, como objetivos fundamentais da República Federativa, “a erradicação da pobreza e da marginalização, a redução das desigualdades sociais e regionais e a supressão de todas as formas de desigualdade,

inclusive as decorrentes da idade”. Em face do exposto, a interpretação dos objetivos acima mencionados, tem que passar pelo conhecimento quantitativo da realidade brasileira o que é muito bem justificado por Wolkmer e Leite (2016):

[...] não é possível combater e erradicar a pobreza sem que se tenha informação acerca do número de pessoas pobres na sociedade, do nível da pobreza dessas pessoas e das causas que as levam a essa condição; também não se pode atacar a marginalização sem que se conheçam as suas principais manifestações e os seus motivos; não se podem reduzir as desigualdades regionais sem dados sobre a realidade de cada região e o que pode ser feito para que o desnível entre estas seja reduzido; de modo semelhante não se pode combater a desigualdade, especialmente a decorrente da idade, sem que todo o povo tenha acesso à educação e qualificação permanentes, de forma que as pessoas, notadamente as mais velhas, não venham a se encontrar em situação desfavorável em relação às mais novas. Portanto é preciso saber quantos idosos a sociedade apresenta a cada ano e quais as suas condições de vida, as suas necessidades e as suas peculiaridades.

Sobre isso, a Fundação Getúlio Vargas divulgou em 2020, uma pesquisa buscando identificar quem são os idosos brasileiros e como vivem. Segundo essa pesquisa 10,65% da população brasileira tem 65 anos ou mais e “o aumento no número de pessoas com 65 anos ou mais na população brasileira foi de 20% na comparação com os dados de 2012, quando a proporção de idosos era de 8,8%”. (AGÊNCIA BRASIL, 2020)

Sobre os rendimentos, a mesma pesquisa divulgou que a renda dos idosos corresponde a 17,44% dos 5% dos brasileiros mais ricos e 1,67% dos 5% mais pobres, correspondendo a:

15,54% da classe AB, 13,07% da classe C, 4,71% na classe D, e 1,4% dos idosos são da classe E. Quanto à fonte de renda, os idosos recebem 59,64% das aposentadorias da Previdência Social, 40,78% dos benefícios de Prestação Continuada (BPC) e apenas 0,89% do Bolsa Família.

Com relação à educação e considerando os resultados da mesma pesquisa (2020), os idosos representam 30% dos analfabetos. Pois bem, a Constituição determina em seu Art. 205 que “a educação, direito de todos e dever do Estado e da

família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao plano de desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. No Art. 208, I, reforça que o ensino fundamental é “obrigatório e gratuito, assegurado, inclusive, sua oferta gratuita para todos os que a ele não tiveram acesso na idade própria”. (WOLKMER e LEITE, 2016)

O direito à saúde também é uma garantia constitucional, como o é, o direito ao trabalho, à moradia, ao lazer e à segurança, entre outros direitos, cujo atendimento integral é imposto à responsabilidade do Estado. Aliás, no que diz respeito à saúde é pertinente fazer uma abordagem ainda que rápida, porém contextualizada sobre a constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) no período pós-guerra, quando se rompeu uma tradição negativista que conceituava a saúde como a ausência de doenças. A partir daquela época, passou a prevalecer um conceito segundo o qual, saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Saúde, repetindo Coelho (2020) tornou-se “um saber social a ser empregado em políticas governamentais para elevar a qualidade de vida da população”. (COELHO, 2020)

Uma outra questão digna de aporte neste artigo é a violência contra os idosos cuja discussão torna-se pertinente principalmente devido ao aumento da expectativa de vida do idoso no Brasil, a qual, segundo Pereira, Evangelista e Freitas (2019), situa-se na faixa de oitenta anos. Essa realidade extrapola para além do problema social e se torna um verdadeiro e intrincado desafio contemporâneo para a Segurança Pública. No entendimento dos autores, “a violência contra o idoso não é determinada por classe social e sim por uma questão cultural onde os anciãos são estigmatizados como improdutivos [...], ou seja, um peso para a família que muitas vezes depende financeiramente do idoso para sobreviver”

Entre a Legitimação e a Efetivação de Direitos

A hipermodernidade, como visto em tópico anterior, implica em reconhecer que a positivação dos direitos dos idosos, tanto na Constituição de 1988 quanto no Estatuto do Idoso, abrangeu formalmente toda uma gama de direitos, no entanto são enormes as dificuldades na efetivação dos mesmos. Para começar, sem nenhuma pretensão de abarcar todos os argumentos e conceitos que envolvem a questão dos direitos dos idosos, tem que se considerar que a humanidade é plural e que, quando se trata de idosos, não levar em conta essa pluralidade, resulta em conceitos totalmente distorcidos e desvinculados da realidade. Existe ainda uma pluralidade

entre os “idosos dos idosos”, pois segundo Ferreira e Teixeira (2014), trata-se de uma faixa etária com idade mais avançada dentro desse grupo da terceira idade. É natural, portanto, que esse envelhecimento populacional extremamente diversificado, determine grandes desafios para a própria ciência jurídica e para a elaboração de políticas, a fim de que os direitos positivados (postos em lei) na Constituição e legislação específica, sejam efetivamente garantidos.

Por outro lado, é extremamente positivo que, numa sociedade onde o individualismo e o imediatismo são erigidos a valores elogiáveis, a problemática do envelhecimento esteja presente cada vez mais em discussões científicas, acadêmicas ou mesmo entre particulares. Manifesta-se, dessa forma, o enfrentamento do problema afirmando que “somente ter um status de cidadão, em tese, não basta”. A garantia escrita dos direitos dos cidadãos “nos instrumentos legais através da Constituição Federal, da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso, não assegura, de imediato, uma velhice vinculada à melhoria das condições de vida. (FERREIRA e TEIXEIRA, 2014)

Ressalta-se que o Brasil é signatário da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, cujo escopo é “a promoção e a proteção dos direitos dos idosos, com o de reconhecimento de que todas as liberdades fundamentais e os direitos humanos existentes também se aplicam a eles em sua forma plena e em igualdade de condições com os demais”. (PEREIRA, EVANGELISTA e FREITAS, 2019)

Desnecessário dizer quão dispensável é a recomendação acima, mas por serem mais seletivas, as políticas públicas refletem a participação do Estado no sentido de garantir o pleno exercício da cidadania a todos os indivíduos, concebidos como cidadãos e portanto, detentores de direitos. A legitimidade com relação aos direitos dos idosos é assegurada em dispositivos legais como a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso e, embora sejam grandes as dificuldades para a concretização dessas políticas, entende-se que houve um avanço quanto ao seu reconhecimento.

Essas políticas, evidentemente, refletiram conjunturas internacionais, entre as quais podem ser citadas, como impulsionadoras de novos ventos, a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, na cidade de Viena, em 1982, na sua sequência, em 1999, o Ano Internacional do Idoso, uma iniciativa das Nações Unidas e a Assembleia Mundial ocorrida em Madri, em 2002. Esses eventos que resultaram de

um Plano Internacional de Ações sobre Envelhecimento promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU), chamaram a atenção para o problema do envelhecimento no mundo e encorajaram o desenvolvimento de uma política internacional voltada para o envelhecimento no século XXI. (FERREIRA e TEIXEIRA, 2014)

Falando especialmente de Brasil as recomendações das Assembleias Mundiais foram difundidas lentamente, introduzindo de forma gradual a problemática do envelhecimento nas políticas públicas a partir da atuação de alguns sujeitos como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), o SESC com seus programas pioneiros para a terceira idade, e outras ações da sociedade civil organizada. (FERREIRA e TEIXEIRA, 2014)

No entanto, é inegável que, desde a promulgação da Constituição de 1988, como já afirmado anteriormente, o reconhecimento dos direitos da população idosa, abriu as portas para um ganho social maior. De acordo com Camarano e Pasinato (2004) deu-se a incorporação da rede de proteção social ao direito de cidadania e aprovou-se a Política Nacional do Idoso (PNI) em 4 de janeiro de 1994⁴. Vale ressaltar aqui que a Política Nacional do Idoso, impactada pelas propostas neoliberais que afetaram o país, não apenas no campo econômico, mas principalmente na política social, deixa de ser prioridade do Estado o qual repassa sua responsabilidade como garantidor de direitos, para a sociedade civil⁵. Falando-se em efetivação de direitos, fica patente que as garantias expressas na PNI, não se traduzem em ações efetivas, uma vez que dividem as responsabilidades, descentralizando a execução e implementação da política. Isso significa que o Estado diminui sua intervenção direta e divide a responsabilidade com o mercado, com ONGs e com as famílias. Adicionalmente, o afrouxamento da função das políticas, compete com a burocratização do Estado no sentido de reduzir a confiabilidade nos serviços oferecidos aos idosos, bloqueando direitos e deveres. (CRUZ, ROCHA e QUARESMA, 2015)

O Estatuto do Idoso foi uma legislação criada 9 anos depois, em 1º de outubro de 2003⁶ e regulamentou, no plano infraconstitucional, o Art. 230 da Constituição

⁴ Lei n. 8.842, que afirma os direitos sociais da pessoa idosa é um importante instrumento legal que amplia a proteção social para a população idosa.

⁵ Por meio de ações desenvolvidas pelas Organizações Não Governamentais (ONGs), comunidade, família ou entes municipais.

⁶ Lei n. 10. 741

Federal⁷. O Estatuto reforça as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso e unifica leis e políticas até então fragmentadas. Em seu Art. 9º determina que: “É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”. (BRASIL, 2003)

O título II do Estatuto, reitera todos os direitos fundamentais já declarados na Constituição Federal. Nele, são elencados os direitos à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, aos alimentos, à saúde, à educação, cultura, esporte e lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação e ao transporte (BRASIL, 2003).

É pertinente ressaltar aqui que o Estatuto do Idoso o qual entrou em vigor no ano seguinte à sua criação, em 2004, também estabelece o dever do Estado em promover o acesso do idoso à educação. Destaca-se que, com referência à educação, programas que atendam a especificidade dos idosos devem ser incentivados pelo Poder Público, contudo essas iniciativas são incipientes para atender o aumento crescente do número de idosos na sociedade.

Quanto à Saúde, o Estatuto também institui direitos por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), com garantia de acesso universal e igualitário para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam o segmento da terceira idade. No entanto questiona-se: essas políticas ou programas de atenção aos idosos estão sendo de fato implementados?

Não é escopo desse artigo aprofundar os argumentos sobre as falhas do sistema de saúde brasileiro. Convém, no entanto, acrescentar que, dentre os direitos sociais, o direito à saúde merece um estudo especial e específico, principalmente para refletirmos sobre as reivindicações de medicamentos, insumos e tratamentos que um número crescente de idosos dirige ao Poder Judiciário com o objetivo de “forçar” o Estado a cumprir o dever que tanto a Constituição quanto o Estatuto lhes impõe.

O Estatuto do Idoso investe igualmente sobre o direito à moradia dando prioridade nos programas habitacionais públicos (reserva de 3% das unidades). (CRUZ, ROCHA e QUARESMA, 2015)

Quanto à renda dispôs sobre a assistência social estabelecendo nos Art. 33 e seguintes, que a assistência social aos idosos será prestada de acordo com os

⁷ O Art. 230 garante a proteção ao idoso, como responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, que têm o dever de ampará-lo

princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social que foi regulamentada pela Política Nacional do Idoso. Conforme os ditames do Art. 34, os idosos a partir de 65 anos que não possuem meios de subsistência, nem uma família que o sustente, têm direito ao benefício mensal de um salário mínimo.

Da mesma forma, é assegurado ao idoso, o direito ao trabalho sem discriminação ou fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ficando estabelecida a idade como critério de desempate nos concursos públicos. Além disso, o Art. 28 III, assevera que o Poder Público deve criar e estimular programas de “profissionalização especializada para idosos” (inciso I) estimulando novos projetos sociais (inciso II) e empresas privadas para admissão de idosos (inciso III). (CRUZ, ROCHA e QUARESMA, 2015)

Por fim, um outro documento aprovado em 19 de outubro de 2006⁸, a Política Nacional da Saúde do Idoso, vem confirmar, em tese, as virtudes normativas da legislação brasileira quando o assunto é direito da pessoa idosa. A Política Nacional da Saúde do Idoso, tem como objetivo “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”. Na prática, não obstante o reforço teórico, o cumprimento do dispositivo legal ainda é insuficiente (FERREIRA e TEIXEIRA, 2014).

Coerente com tudo o que foi dito acima, os dispositivos legais que reconhecem os direitos das pessoas idosas, foram resultado de lutas dos movimentos e das organizações da sociedade civil que militam na seara dos direitos de todos de modo geral, e dos idosos em particular, igualmente cidadãos, detentores dos direitos humanos fundamentais e dos direitos civis, políticos e sociais assegurados legalmente. Mas apesar dos resultados alcançados, ainda se observa uma grande lacuna entre a lei e a realidade dos idosos no Brasil impondo a permanência das discussões sobre a problemática dos idosos em todos os espaços possíveis. “Somente a aliança contínua da sociedade será capaz de proporcionar uma mudança de paradigma sobre o processo de envelhecimento dos brasileiros mostrando que envelhecer com qualidade de vida é um direito de todos”. (BRUNO e SILVA, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

⁸ Portaria n.2.528

Todo o desenvolvimento vivenciado pelas sociedades nos últimos tempos tem proporcionado o prolongamento da vida de suas populações idosas e esse é, sem dúvida, um dado positivo, desde que seja acompanhado de boa qualidade de vida. Ter mais tempo de vida não significa ter vida de boa qualidade, pois o acesso às boas condições de vida são prerrogativas do envelhecimento saudável.

No entanto, observa-se no Brasil que, apesar de existirem leis que asseguram direitos para todos, a realidade vivida pelos idosos ainda está longe do exercício pleno da cidadania, uma vez que ainda se mantém, no seio desse grupo populacional, um crescimento imoral e acentuado da desigualdade e da pobreza. Além disso, ser idoso não significa ser incapaz ou frágil e apesar de as políticas públicas serem desenvolvidas em atenção a todos os idosos, especificamente no Brasil e em algumas outras regiões do planeta, é a condição de pobreza que enseja a concretização de direitos.

Pretendeu-se aqui, promover reflexões sobre os direitos dos idosos e, conseqüentemente, sobre o fenômeno do envelhecimento, pois o aumento da expectativa média de vida das pessoas, vinculado a outros fenômenos como a queda da fecundidade e a taxa de mortalidade, tornou-se uma realidade mundial para a qual nem mesmo os países mais ricos estavam convenientemente preparados. Vários fatores contribuíram para transformar a população idosa no componente cada vez mais expressivo dentro da população geral a ponto de se afirmar que o mundo definitivamente está envelhecendo mais rápido.

Esse fenômeno ocorreu graças ao progresso da medicina cuja competência tem permitido o combate às doenças anteriormente consideradas incuráveis, graças à indústria dos alimentos que colocou no ostracismo as previsões de Malthus (1798), filósofo que “previu” a impossibilidade de se produzirem alimentos suficientes para uma população em crescimento acelerado, e graças a melhores condições médico-sanitárias.

Como dito acima, é um fenômeno que ocorreu em escala global, todavia, não foi um processo homogêneo que tenha acontecido em todos os países de maneira análoga. Dados populacionais comprovam que a maioria dos idosos vive nos países do Terceiro Mundo, menos desenvolvidos economicamente. Além disso, ressalta-se a evidência de grandes e notáveis diferenças entre os países desenvolvidos onde essa evolução se deu associada à uma relativa melhoria na qualidade de vida, e os países em desenvolvimento onde o crescimento da população idosa ocorreu pleno de

carências. Enfim, o que no passado constituiu uma prerrogativa de poucos, hoje, um número crescente de pessoas desfruta do privilégio de envelhecer, experiência que, no Brasil e em outros países da América Latina consistiu num processo acelerado que não se fez acompanhar de melhora na qualidade de vida das pessoas idosas.

Em um país com um elevado nível de desigualdade como o Brasil e com as enormes dificuldades para alcançar um desenvolvimento econômico satisfatório, reduzindo os índices de pobreza, as legislações destinadas a preservar direitos contribuíram, ainda que formalmente, para minimizar as carências das pessoas idosas, mas não é suficiente. O Brasil precisa se preparar para maiores desafios de uma sociedade ainda mais envelhecida, pois apesar do empenho e do arcabouço legislativo, a eficácia das normas não foi alcançada na sua concretude. Então o que precisa ser feito para assegurar que o idoso tenha direitos exercidos? Esse é o ponto de partida para as reflexões que a sociedade deve se impor em perseguição da construção de um país melhor para todos, inclusive para os mais velhos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Brasileiros com 65 anos ou mais são 10,53% da população.**

Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/em-2030-brasil-tera-a-quinta-populacao-mais-idosa-do-mundo/>. Acesso em 29.10.2021

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira. **A VELHICE NO CONTEXTO DOS DIREITOS HUMANOS.** In: GURGEL, Maria Aparecida e MAIO, Idaya Gama (orgs). *Pessoas Idosas no Brasil: abordagem sobre seus direitos.* Brasília: Edições Inclusivas, 2007

ALVES, Eliana Calmon. **DIREITOS DE QUARTA GERAÇÃO: biodiversidade e biopirataria.** Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região, v.4, n.1, p.41-61, dez. 2002.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo.** Revista Longeviver, 2019.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida.** Tradução Plínio Dentzien - Rio de Janeiro: Zahar, 2003

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992

BRASIL. Lei Nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos.

BRUNO, Máira Bogo; SILVA, Elisa Aparecida Fernandes Rocha. **Políticas Públicas como Instrumentos Infraconstitucionais de Garantia da Dignidade Humana da Pessoa Idosa**. Revista Humanidades e Inovação v.7, n.2, 2020

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60? Introdução**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA, 2004.

COELHO, Marcos Vinícius Furtado. **O Direito Constitucional, a Saúde e sua Evolução**. In: Consultor Jurídico-CONJUR. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mai-10/constituicao-direito-constitucional-saude-evolucao>. Acesso em: 31.10.2021

COSTA, F. G.; FAVÉRO, M. H. **As transformações das representações sociais sobre o envelhecer, o envelhecimento e o idoso: uma pesquisa de intervenção**. In: ARAÚJO, L. F. de; CARVALHO, C. M. R. G. de; CARVALHO, V. A. M. de L. As diversidades do envelhecer: uma abordagem multidisciplinar. 1ª edição. Curitiba: Editora CRV, 2009. Capítulo 5, p. 75-86.

CRUZ, Malutarsis dos Santos; ROCHA, Alinne Meneses; QUARESMA, Amanda Carolina de Lima. **Direitos da Pessoa Idosa: desafios para a sua efetivação na atual conjuntura**. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luiz, 25-28 de agosto de 2015.

DOTTI, René Ariel. **A liberdade e o direito à intimidade**. Revista de Informação Legislativa, Brasília, n. 66, p. 125-152, abril/junho, 1980.

FACHIN, Zulmar; FACHIN, Jéssica. **DIREITOS HUMANOS EM NORBERTO BOBBIO: A TRAJETÓRIA DE UMA UTOPIA EM BUSCA DE CONCRETIZAÇÃO.**

Revista Jurídica,

vol. 03, nº. 60, Curitiba, 2020. pp. 107 - 125

FELICIANI, Ana Lúcia Alves. **Os Velhos e os Novos Direitos dos Idosos.** Revista da Faculdade de Direito da UFRGS – nº 31, 2013.

FERREIRA, Ana Paula; TEIXEIRA, Solange Maria. **Direitos da pessoa idosa: desafios à sua efetivação na sociedade brasileira.** Argumentum, vol. 6, n. 1, janeiro-junho, 2014. Universidade Federal do Espírito Santo.

GOTTERT, Débora Teixeira. ARGERICH, Eloisa Nair de Andrade. **A Defesa da Dignidade e Bem-Estar do Idoso diante das Inovações da Constituição Federal e Estatuto do Idoso.** In: LONDERO, Josirene Cândido e BIRNFELD, Carlos André Hüning (org). Direitos Sociais Fundamentais: contributo interdisciplinar para a redefinição das garantias de efetividade. Rio Grande: Editora da FURG, 2013.

JORNAL DA USP. **Em 2030, Brasil terá a quinta população mais idosa do mundo.** Publicado e atualizado em 16.10.2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/em-2030-brasil-tera-a-quinta-populacao-mais-idosa-do-mundo/>. Acesso em 29.10.2021

MARTINS, Rosa Maria Lopes; SANTOS, Ana Cristina Almeida. **Ser Idoso Hoje.** Millenium. Journal of Education, Technologies and Health

MORIN, Edgard. **A comunicação pelo meio: teoria complexa da comunicação.** Revista FAMECOS. Porto Alegre, nº 20, abril 2003, p.7-12, quadrimestral.

NUNES, André. **O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde.** In: CAMARANO, Ana Amélia (org). Os novos idosos brasileiros, além dos 60? Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada-IPEA, 2004

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2019, p. 57. ROCHA, Carmen Lúcia Antunes. Os Princípios Constitucionais e o Novo Código Civil.

Revista da EMERJ, v. 6, n. 22, 2003

SANTILI, Juliana. **Os “Novos” direitos socioambientais**. Revista DIREITO E JUSTIÇA - Reflexões Sociojurídicas - AnoVI - Nº9 - Novembro 2006

PEREIRA, Rondinelli Santos de Matos; EVANGELISTA, Cláudio Belmino Rabelo; FREITAS, Ana Maria Lima de. **VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: DESAFIO CONTEMPORÂNEOPARA A SEGURANÇA PÚBLICA**. Ambiente: Gestão e Desenvolvimento. II Seminário do Mestrado Profissional em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Uma Constituição aberta a outros Direitos Fundamentais?** In: Revista Consultor Jurídico, 13 de março de 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-mar-13/direitos-fundamentais-constituicao-aberta-outros-direitos-fundamentais>

SILVA, Flávia Martins André da. **Direitos fundamentais: conteúdo essencial, restrições e eficácia**. São Paulo: Malheiros, 2009

WAJNMAN, Simone; OLIVEIRA, Ana Maria; OLIVEIRA, Elzira Lucia. **Os idosos no mercado de trabalho: tendências e consequências**. In: CAMARANO, Ana Amélia (org). Os novos idosos brasileiros, além dos 60? Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada-IPEA, 2004

WOLKMER, Antonio Carlos. **INTRODUÇÃO AOS FUNDAMENTOS DE UMA TEORIA GERAL DOS “NOVOS” DIREITOS**. In: Revista Jurídica UNICURITIBA. Vol. 02, n. 31 (2013)

WOLKMER, Antonio Carlos; LEITE, José Rubens Morato. **Os “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas, uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas**. São Paulo: Saraiva, 2016

