



I Seminário Gerontológico

Novo tempo de envelhecimento

Livro de Atas



Apoios:



Ficha Técnica

Título:

I Seminário Gerontológico. Novo tempo de envelhecimento: livro de atas

Editores:

Ana Maria Galvão, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Luís Jacob, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

RUTIS

Revisores:

Clarisse Pais, Instituto Politécnico de Bragança

Marco Pinheiro, ISCTE-IUL

Fotógrafa: Sandra Ventura

Editora:

Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia

5300-253 Bragança

Portugal

ISBN: 978-972-745-331-3

Handle: <http://hdl.handle.net/10198/27068>



Comissão Organizadora:

Finalistas da Licenciatura em Gerontologia

Comissão Científica:

Adília Fernandes, Instituto Politécnico de Bragança

Ana Galvão, Instituto Politécnico de Bragança

Ana Maria Pereira, Instituto Politécnico de Bragança

Beatriz Edra, Escola Santa Maria, Porto

Bruno Magalhães, UTAD

Bruno Santos, Fundação Betânia

Carina Rodrigues, Instituto Politécnico de Bragança

Clarisse Pais, Instituto Politécnico de Bragança

Claúdia Alexandra Vaz, Liga Portuguesa Contra o Cancro

Fernando Pereira, Instituto Politécnico de Bragança

Helder Fernandes, Instituto Politécnico de Bragança

Jéssica Gonçalves, Fundação Betânia

José Manuel Silva, Escola Santa Maria, Porto

Juliana Canteiro, Fundação Betânia

Justina Silvano, Instituto Politécnico de Bragança

Kleiver Sanchez, Instituto do Emprego e Formação Profissional

Luís Jacob, RUTIS

Maria José Gomes, Instituto Politécnico de Bragança

Maria José Viveiros, Instituto Politécnico de Bragança

Paula Pimentel, Fundação Betânia

Sílvia Ala, Estabelecimento Prisional de Bragança

Índice

Introdução.....	5
Novo tempo de envelhecimento	7
Podemos atrasar ou mesmo reverter o envelhecimento?	11
Descobertas recentes e perspectivas futuras	11
Psicogerontologia: análise reflexiva.....	21
Competências necessárias para cuidar dos mais velhos	25
Estado Nutricional da população idosa: Revisão sistemática da Literatura	32
Risco de disfagia e estado nutricional: revisão sistemática da literatura	16
Envelhecer em casa: porque sim e porque não.....	34
Envelhecimento ativo numa cidade de província.....	38
Envelhecer entre grades.....	42
A intervenção do educador social na população envelhecida: estudo de caso	47
O papel da Gerontologia na formação profissional	50
A felicidade no trabalho – algumas reflexões sobre a felicidade em organizações centradas na pessoa idosa.....	54
Narrativa autobiografia como método no trabalho com idosos	60
Reflexões finais	68



Introdução

Ana Galvão

Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

UICISA: E

A COISA MAIS MODERNA que existe NESTA VIDA é ENVELHECER/Pois ser eternamente adolescente/Nada é mais démodé/Não sei porque essa gente/Vira a cara pro presente e esquece de aprender/Que felizmente ou infelizmente/Sempre o tempo vai correr.”

(Arnaldo Antunes)

A criação do curso de licenciatura em Gerontologia no Instituto Politécnico de Bragança ocorreu com a Portaria nº 841/2004 de 16 de Julho. Decorridas duas décadas temos formado centenas de Gerontólogos! Ser Gerontólogo: uma profissão do presente para o futuro! Este Seminário trata-se de uma exigência curricular inserida na Unidade Curricular: Estágio II.

O processo de envelhecimento é um processo heterogéneo e individual. Cada pessoa envelhece de forma única, com as suas próprias necessidades, desejos e circunstâncias. O novo tempo de envelhecimento valoriza a autonomia e a autodeterminação das pessoas mais velhas, permitindo que elas tomem decisões sobre a sua saúde, estilo de vida, participação social e cuidados.

O "novo tempo de envelhecimento" refere-se a uma mudança de perspetiva e abordagem em relação ao processo de envelhecimento na sociedade atual. Com o aumento da expectativa de vida e os avanços médicos e tecnológicos, estamos a viver numa época em que as pessoas estão a envelhecer com mais qualidade de vida. Ou seja, o novo tempo de envelhecimento tem sido marcado por um aumento na expectativa de vida saudável.

Uma das principais características deste novo tempo de envelhecimento é o reconhecimento de que a idade não é um impedimento para a realização pessoal, a contribuição social e o desenvolvimento contínuo. Existe uma tentativa de romper com os estereótipos negativos associados à velhice e de redefinição do conceito de envelhecimento.

Muitas vezes, a velhice é vista como um período de declínio e limitações, mas o novo tempo de envelhecimento está a desafiar esta visão. As pessoas mais velhas estão a envolver-se em atividades que lhes trazem satisfação e significado, seja trabalhando, viajando, aprendendo novas habilidades ou dedicando-se a causas sociais. Elas estão a aproveitar a vida de maneira plena e procuram novas oportunidades de crescimento pessoal.

No entanto, é importante reconhecer que nem todos os indivíduos têm as mesmas oportunidades e recursos para desfrutar plenamente deste novo tempo de envelhecimento. Disparidades sociais, económicas e de saúde podem limitar o acesso a cuidados adequados, oportunidades de trabalho e participação social para algumas pessoas mais velhas. É fundamental que a sociedade adote uma abordagem inclusiva e garanta que todos os indivíduos possam envelhecer com dignidade e desfrutar de uma qualidade de vida satisfatória.

Em suma, o novo tempo de envelhecimento representa uma mudança de paradigma em relação à velhice. No entanto, é importante reconhecer que o novo tempo de envelhecimento também traz desafios. O aumento da população idosa traz consigo questões como a sustentabilidade dos sistemas de saúde, a garantia de cuidados de longo prazo adequados e a promoção da inclusão social para todas as faixas etárias.

O novo tempo de envelhecimento é um momento de reconhecimento, valorização e respeito pelas pessoas idosas, bem como de adaptação dos sistemas e práticas para atender às suas necessidades. Ao abraçar esta nova perspectiva, podemos construir uma sociedade mais justa, inclusiva e que promova o bem-estar e a dignidade de todas as pessoas, independentemente da idade.

Este E-book integra as conferências e as apresentações livres.

O I Seminário Gerontológico foi realizado com as entidades parceiras: RUTIS; Liga Portuguesa Contra o Cancro, Delegação de Bragança e Fundação Betânia.



Novo tempo de envelhecimento

Cláudia Moura

Gabinete de Congressos CM Status

Resumo

A tendência de envelhecimento demográfico em Portugal não é novidade – é o quinto país mais envelhecido do mundo, depois do Japão, Itália, Grécia e Finlândia. De acordo com as Projeções de População Residente 2018-2080 do Instituto Nacional de Estatísticas (INE), o número de idosos acima dos 65 anos passara de 2,2 para 3,0 milhões em pouco mais de 60 anos. Associado ao viver mais tempo, gerou-se a necessidade de compreender os principais desafios da longevidade e as prioridades. Estamos a viver mais tempo, mas não significa que estamos a viver melhor, sendo por isso este o grande desafio das sociedades no século XXI. O novo tempo de envelhecimento coloca inúmeros desafios coletivos e individuais, onde cada um estabelece as suas próprias prioridades em relação às necessidades.

Introdução

Com o envelhecimento da população, o aumento da longevidade e o aumento em número e proporção da população idosa, surgem na sociedade e na saúde novas situações que até recentemente ainda não se tinham vivenciado. A população mundial está a envelhecer e, por isso, torna-se urgente repensar o papel das pessoas idosas e a sua importância nas sociedades atuais. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que até 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos triplique e passe de 400 milhões para mais de 2 mil milhões a nível mundial. O novo tempo de envelhecimento é uma realidade improcrastinável, que nos convida ao olhar do envelhecimento como uma experiência positiva, onde é essencial investir no bem-estar físico, social e mental ao longo da vida.

Envelhecer é um processo natural

O envelhecimento não chega de uma só vez. O envelhecimento é um processo natural, gradual e contínuo, que começa no nascimento e prolonga-se por todas as fases da vida. Afeta todos os seres vivos sendo difícil datar o seu começo, porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo. O corpo vai envelhecendo dia a dia, lentamente, durante toda a existência. Por essa razão, costuma-se dizer que ele é um processo natural da vida, e cada indivíduo faz a sua própria trajetória, envelhecendo de maneira única e individual, pois as experiências que vivenciamos dizem respeito a cada um de modo particular. Com o passar do tempo, a nossa capacidade de adaptação a doenças ou incapacidade de viver com independência podem ou não esgotar mediante as perdas lentas e progressivas e a saúde mental. A presença de doenças, especialmente as crônicas, e a existência de hábitos de vida considerados inadequados, vão constituir para a ausência de saúde das pessoas idosas. As condições sociais experimentadas no cotidiano da pessoa idosa, aliadas às limitações psicofísicas decorrentes do processo de envelhecimento, tendem a configurar uma situação de saúde comprometida. As principais recomendações que visam o bem-estar físico, mental e social das pessoas idosas estão relacionadas à ecologia do envelhecimento.

Ecologia do Envelhecimento

O envelhecimento demográfico das sociedades ocidentais é uma realidade, com tendência a aumentar. As mudanças ocorridas na estrutura populacional acarretam uma série de consequências a nível social, cultural, económico e político, para as quais, a sociedade parece não estar preparada, influenciando desta forma, a dimensão e a complexidade desta problemática. Parece ser consensual que, longe de terminar, o processo de envelhecimento demográfico continuará em expansão e a produzir

mudanças na organização do sistema social, donde decorrerão, certamente e de entre outras, a perspectiva ecológica do envelhecimento. Ao contextualizar o envelhecimento numa perspectiva ecológica, percebemos a complexidade deste fenómeno social, enquanto processo multifacetado, nas suas múltiplas dimensões, resultado das alterações que ocorrem ao longo da vida. A capacidade de adaptação do idoso passa pela relação de interdependência entre o ecossistema social e o ecossistema natural.

O estudo da situação humana, de hoje, necessita de uma abordagem interdisciplinar, como a que é oferecida pela ecologia humana, uma nova e ainda recente área do saber, mas que perspectiva o estudo do homem, numa constante interação com tudo aquilo o que o rodeia.

Segundo H. Hawley (1986), o pressuposto fundamental da ecologia humana é que um ecossistema humano consiste numa população que responde às necessidades de manter uma relação que funcione com o meio ambiente. Adotar uma perspectiva ecológica do envelhecimento, mais concretamente de ecologia humana, implica a adoção de uma nova perspectiva de envelhecimento. Esta nova perspectiva de envelhecimento equaciona a inserção das pessoas mais velhas no meio, criando condições que lhes dão de modo a que não só a sua vida tenha mais qualidade como elas próprias tenham a perceção subjetiva dessa mais qualidade traduzida num bem-estar que induz a estados de felicidade. De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é a “perceção por parte do indivíduo ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade” (Couvreur, 2001).

Reinventar a longevidade

É urgente mentalizar a população para a diferença entre envelhecimento patológico, determinado como o conjunto de doenças e limitações associados à pessoa idosa, de envelhecimento saudável, que se refere às modificações biológicas, psicológicas e sociais da pessoa ao longo do tempo sem ser acompanhado de incapacidades ou doenças debilitantes. Acautelar para a diversidade das formas de envelhecimento que são dispare de indivíduo para indivíduo, a este respeito, podemos falar de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica, já que o processo de envelhecimento depende de três classes de fatores principais: biológicos, psicológicos e sociais. O envelhecimento humano é, antes de tudo, um processo biológico, logo, natural e universal. O homem, como os outros animais, passa por um contínuo processo de desenvolvimento que o leva necessariamente à velhice e à morte. No entanto, ele distingue-se dos outros animais por uma série de características, entre as quais a consciência de si enquanto ser finito, isto é, ele tem consciência de seu processo de envelhecimento e de sua própria morte. É fácil compreender que o reinventar a longevidade, assente num estilo de vida mais saudável que passam pelo prevenir e até reverter alguns tipos de declínio, independentemente da idade. Assim, o envelhecimento saudável dependerá do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas; da prevenção de doenças, atrasando o seu aparecimento ou diminuindo a sua gravidade; da manutenção da autonomia durante a velhice mantendo-se sempre ativo física, mental e socialmente. Cada vez mais se deve pensar no envelhecimento com uma atitude preventiva e promotora. Assim, lembre-se: Como vive o presente influenciará o seu futuro!

Empreendedorismo cinzento

A grande questão é como viver melhor esse “tempo extra”. Não é a velhice que está a ficar mais longa, é a meia-idade. Tal realidade conduz ao quanto importante é uma vida com objetivos. Todos precisamos de nos sentir úteis, de sentir que precisamos de nós. Empreender para não morrer! Vale a pena lembrar que o sedentarismo e a falta de uma atividade que estimule o cérebro trazem malefícios à saúde em qualquer fase da vida. Quando a pessoa idosa se mantém ativa, ela tem a possibilidade de socializar e conseqüentemente a oportunidade para lazer e fazer novas amizades. Simões define, de forma sumária, o lazer como um “tempo em que se está livre para se fazer outras coisas do seu agrado” (Simões, 2006).

Na era do conhecimento o empreendedorismo cinzento apresenta-se como mola incitadora de oportunidades além de impulsionar a pessoa idosa a estudar, possibilita que se sinta participativa, é uma forma de renovar os ânimos. Afinal, o acesso a novas informações, e o poder desenvolver tarefas que antes não era capaz, dá a pessoa idosa uma motivação na vida, renovada. Nunca é tarde para aprender e empreender. E, mais que isso, antes tarde do que nunca. Apesar dessas frases parecerem clichês, elas são muito verdadeiras e representam bem o que é envelhecimento ativo e saudável. Estudar e empreender nesta fase da vida permite um envelhecimento ativo e traz diversos benefícios à saúde da pessoa idosa. Além de ser uma excelente forma de ocupar o tempo livre. O empreendedorismo sénior é um tema que tem merecido recentemente uma atenção acrescida por parte dos académicos (Matos, Amaral, & Baptista, 2018), mantendo-se, no entanto, ainda insuficientemente estudado. Cabe ressaltar, que o empreendedorismo cinzento, é uma mais-valia para melhorar a economia do país, afinal, há movimentação na economia.

Para Moura (2012), o envelhecimento demográfico, irá ser impactante na sociedade atual, pois, os processos de desenvolvimento da economia e de desenvolvimento social serão afetados e arrastarão consequências. O envelhecimento é assim um “tsunami irreversível”, que atingirá toda a população. Como dizia Fukuyama, “O prolongamento da esperança de vida é apenas uma parte da história das populações do mundo desenvolvido nos finais do séc. XX” (Fukuyama, 2002). Damos visibilidade a essa dimensão não significa amputar o otimismo que anima a espécie humana em viver cada vez mais. Sem esconder os ganhos adquiridos em termos de saúde e no recuo das incapacidades, em simultâneo com a mortalidade, convém estar alerta pois que o alongamento da vida nas pessoas mais velhas pode significar uma diminuição na qualidade de vida advinda da perda de condições (físicas ou mentais) para fazer face às tarefas da vida quotidiana. Perante o panorama existe muitas razões para considerar que o empreendedorismo cinzento pode ser uma opção para o antes e durante o período de reforma. O potencial inexplorado situado na pessoa mais velha, assim como a possibilidade de aliviar a pressão dos fundos sociais e de reforma, são apenas a ponta do iceberg (OECD, 2013; Wainwright & Kibler, 2013). Wainwright e Kibler (2013) demonstraram que o empreendedorismo cinzento está a emergir enquanto potencial modelo de reforma ou pilar complementar. As pessoas identificam-no como uma solução para lidar com os baixos rendimentos de reforma, bem como para mitigar as falhas do financiamento do regime de previdência. No entanto, existem vários fatores e desafios que influenciam a predisposição da pessoa mais velha para o empreendedorismo cinzento. O grande desafio é, então, encontrar novos papéis que contribuam para a preservação do sentimento de utilidade social e para a vivência de um envelhecimento ativo e produtivo. Aqui, o empreendedorismo cinzento poderá ser uma opção. Intervenção social e intergeracional A intervenção social e intergeracional tem um papel crucial em contexto comunitário, no combate ao isolamento da pessoa mais velha. Permite a criação e desenvolvimento de um conjunto de atividades de combate ao isolamento e solidão na pessoa mais velha. Este é um dos principais desafios das pessoas mais velhas, o isolamento e abandono a que muitas vezes são sujeitas. A ressaltar que não falo unicamente da pessoa mais velha que não tem família direta; falo também de quem, apesar de ter família próxima, não tem uma visita, um telefonema daqueles de quem mais gosta. A temática literacia digital foi escolhida, principalmente, para os idosos poderem manusear vários instrumentos informáticos com o objetivo de falar/ver os familiares.

Conclusão

O envelhecimento populacional originado quer por uma baixa fecundidade e natalidade quer por um recuo da mortalidade e conseqüente aumento da esperança de vida, faz com que num futuro próximo os velhos sejam cada vez mais velhos e numerosos.

Se por um lado, as posições mais otimistas sublinham que o aumento da esperança de vida tem sido acompanhado pela “compressão” da morbilidade, por outro lado, os mais pessimistas acreditam que este aumento do número de anos vividos, que não cessa de se alongar, será acompanhado de doenças

degenerativas várias, a que os indivíduos não poderão fazer face de igual forma, dada a desigualdade entre eles no acesso ao consumo de serviços de saúde. Por isso é que é necessário forjar e adotar medidas que promovam um novo tempo de envelhecimento. Além dos impactos sobre a saúde e qualidade de vida, outros impactos advêm do envelhecimento populacional tais como: os riscos que representa para os sistemas de segurança social, na área das relações internacionais, ao nível da manutenção das hierarquias próprias das sociedades humanas, das relações intergeracionais e familiares que podem gerar conflitos sociais e políticos. É necessário que num diálogo intergeracional, com base na solidariedade e altruísmo geracional, se evite construir ghettos para manter os velhos isolados ou deixar que eles próprios se isolem. Deve-se recuperar e valorizar a sua função na comunidade e, em particular, na família e atribuir-lhes o papel de educadores no seio dela e de transmissores experienciais e culturais.

Referências Bibliográficas

- Couvreur, C. (2001), *A Qualidade de Vida – Arte Para Viver no Séc. XXI*, Loures, Lusociência.
- Fukuyama, F. (2002), *O Nosso Futuro Pós-Humano – Consequências da Revolução Biotecnológica*, Lisboa,
- Quetzal. Hawley, A. H. (1986). *Human Ecology – A theoretical essay*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kautonen, T. (2008). Understanding the older entrepreneur: Comparing third age and prime age entrepreneurs in Finland. *International Journal of Business Science & Applied Management (IJBSAM)*, 3(3), 3-13
- Matos, C. S., Amaral, M., & Baptista, R. (2018). Senior Entrepreneurship: A Selective Review and a Research Agenda. *Foundations and Trends in Entrepreneurship*, 14(5), 427-554
- Moura, C, (2012). *Processos e estratégias do envelhecimento*. Editora Euedito.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice – Um novo público a educar* (1.a ed). Porto: Âmbar
- Wainwright, T., & Kibler, E. (2013). Beyond financialization: Older entrepreneurship and retirement planning. *Journal of Economic Geography*, 14, 849-864. <https://doi.org/10.1093/jeg/lbt023>



Podemos atrasar ou mesmo reverter o envelhecimento?

Descobertas recentes e perspectivas futuras

Carina de Fátima Rodrigues

Laboratório Associado para a Sustentabilidade e Tecnologia em Regiões de Montanha (SusTEC), Instituto Politécnico de Bragança

Resumo

O envelhecimento é um processo natural e inevitável. Nos últimos anos, as pesquisas científicas têm revelado descobertas empolgantes sobre a possibilidade de atrasar ou até mesmo reverter esse processo. Neste artigo, exploramos as descobertas mais recentes neste campo e as perspectivas para o futuro, discutimos alguns avanços na biologia do envelhecimento, potenciais terapias, o impacto do estilo de vida no processo de envelhecimento e os desafios éticos e sociais que enfrentamos.

O progresso contínuo no entendimento científico dos mecanismos moleculares que fundamentam o processo de envelhecimento está cada vez mais a despertar o interesse da sociedade. É essencial que cada um de nós assuma a responsabilidade de refletir sobre a exploração científica neste campo e as considerações éticas que dela derivam, à medida que aspiramos a viver mais anos e com saúde.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Teorias do envelhecimento, Medicina anti-aging, Mecanismos moleculares, Medicina regenerativa.

Introdução

Uma questão que tem persistido ao longo do tempo é saber é: Qual o limite da longevidade humana? Ao longo das últimas décadas, temos observado um aumento notável na esperança média de vida, atingindo níveis nunca antes alcançados. No entanto, apesar dos avanços científicos na compreensão do envelhecimento, ainda não dispomos de um conhecimento definitivo sobre qual é o limite máximo da longevidade humana. Outra questão de significativa, reside na compreensão da variabilidade observada na forma como o processo de envelhecimento ocorre em diferentes indivíduos [1]. À medida que observamos os sinais do envelhecimento, torna-se evidente que existem pessoas que apresentam ritmos distintos nesse processo. Assim, surge a necessidade imperativa de distinguir entre a idade biológica e a idade cronológica [2]. A distinção entre idade biológica e idade cronológica é um conceito amplamente discutido na pesquisa sobre envelhecimento e saúde. Não existe uma única definição universalmente aceite. A idade cronológica refere-se normalmente à idade medida em anos desde o nascimento de um indivíduo, enquanto a idade biológica refere-se à avaliação do estado de envelhecimento do corpo com base em vários fatores, como a saúde dos órgãos, a função celular e a presença de doenças e pela avaliação de determinados biomarcadores [1]. A idade biológica reconhece que as pessoas envelhecem de maneira diferente e que alguns indivíduos podem envelhecer mais rapidamente ou mais lentamente do que outros, com base em fatores genéticos, estilo de vida e exposições ambientais.

Uma das mudanças mais notáveis na nossa compreensão do envelhecimento diz respeito à emergência de uma nova especialidade médica, a medicina *anti-aging*, que tem ganhado destaque, embora ainda não seja formalmente reconhecida em Portugal e em muitos outros países como uma especialidade médica estabelecida [3]. A medicina *anti-aging* procura explorar intervenções médicas e terapias que possam ajudar as pessoas a alcançar a “otimização” da saúde à medida que envelhecem, promovendo um envelhecimento saudável e ativo [3]. Com este trabalho pretende-se abordar o estado atual da pesquisa anti-envelhecimento e o seu potencial para abrandar ou reverter o envelhecimento.

Teorias do envelhecimento e mecanismos biológicos

O envelhecimento humano é um processo biológico natural caracterizado pela deterioração gradual das funções corporais ao longo do tempo. Tem sido objeto de estudo e fascínio há séculos. Ao longo do tempo, o nosso conhecimento sobre os mecanismos subjacentes ao envelhecimento tem evoluído muito e nos últimos anos tem mesmo crescido exponencialmente., em muito devido ao surgimento das novas ciências as “ómicas” (Genómica, Proteómica, Metabolómica, etc.) que resultaram da conclusão do grande projeto, “O Genoma Humano”. Estas novas ciências produzem informação massiva sobre todas as moléculas de uma célula ou de um tecido.

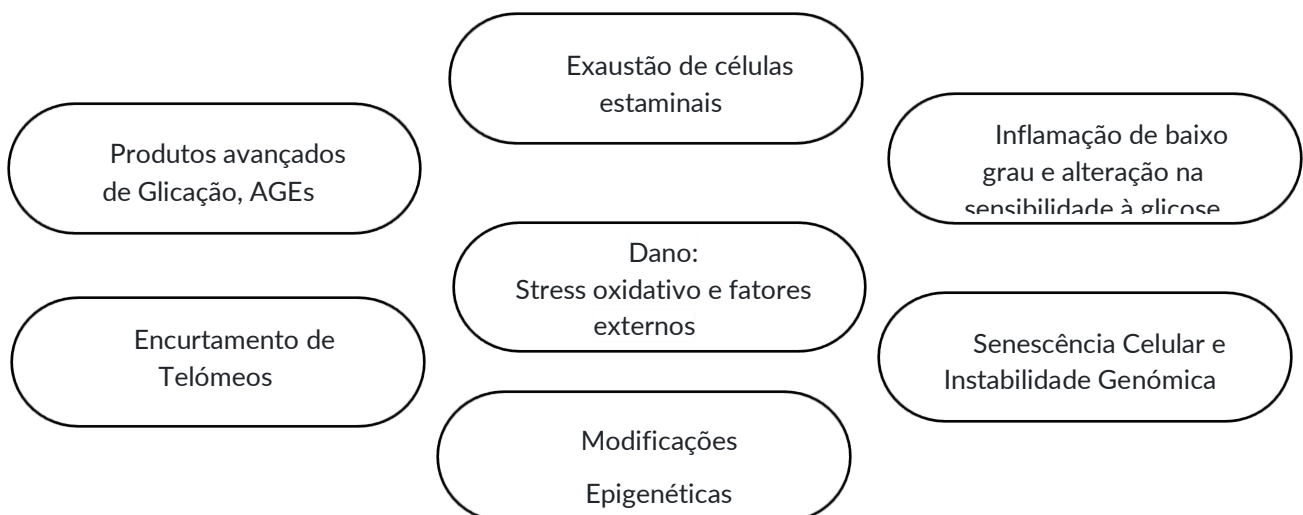


Figura 1. Mecanismos celulares e moleculares que explicam o envelhecimento.

O processo de envelhecimento é um fenómeno complexo e multifacetado que tem sido objeto de estudo ao longo de décadas [4]. Para descrever e compreender este processo, várias teorias e mecanismos celulares e moleculares têm sido propostos (ver figura 1). Neste trabalho vamos referir alguns dos principais.

A “Teoria do Dano” é uma das teorias mais consensuais [5]. Esta teoria sugere que o envelhecimento resulta da acumulação progressiva de danos moleculares e celulares ao longo da vida. Isso inclui danos no DNA, proteínas e lípidos, que podem levar à disfunção celular e ao envelhecimento dos tecidos. Existe também a “Teoria dos Radicais Livres” (do inglês, “Free Radical Theory of Aging”), no entanto, esta está relacionada com a primeira, uma vez que propõe que o envelhecimento é, em parte, resultado do dano causado pelos radicais livres, que são moléculas altamente reativas que podem danificar componentes celulares, como DNA, proteínas e lípidos, devido à sua capacidade de oxidar outras moléculas [6]. As mitocôndrias são organelos responsáveis pela produção de energia nas nossas células e constituem a

principal fonte destes radicais, como resultado do metabolismo do oxigênio. Assim, esta teoria é também designada muitas vezes de “Teoria da Mitocôndria” uma vez que é o seu DNA o primeiro alvo dos radicais livres de oxigênio. A acumulação de danos mitocondriais pela produção excessiva de radicais livres são fatores que podem levar à disfunção mitocondrial, explicando a nossa perda de energia com o passar do tempo.

A teoria da “morte programada” está relacionada com a observação de que as células de um organismo complexo têm um limite de divisões (aproximadamente 50) que pode empreender, o chamado “Limite de Hayflic” [7]. A partir deste limite a célula inicia um processo de senescência, não podendo mais dividir-se sem erros. Este limite está relacionado com a perda de porções das extremidades dos telômeros (braços dos cromossomas) a cada divisão celular. Esta teoria é muitas vezes designada por “Teoria dos telômeros”, uma vez que propõe que o encurtamento dos telômeros ao longo do tempo contribui para o envelhecimento celular e, conseqüentemente, para o envelhecimento do organismo [8].

A acumulação de Produtos Finais de Glicação Avançada (AGEs), muito estudados, são produtos químicos resultantes da ligação de açúcares a proteínas no corpo, também designados por modificações pós-tradicionais das proteínas [9]. A acumulação de AGEs ao longo do tempo pode afetar a função das proteínas e contribuir para o envelhecimento e desempenham um papel no envelhecimento e em doenças relacionadas à idade por meio de diversos mecanismos tais como a ligação cruzada de proteínas tornando-as menos flexíveis e prejudicando sua função. Isso contribui para a rigidez e a perda de elasticidade em tecidos ricos em colagênio, como pele e vasos sanguíneos, sinais comuns de envelhecimento [10]. Eles também promovem o stress oxidativo, resultando em desequilíbrio entre radicais livres e antioxidantes no corpo. Este stress leva a danos celulares e inflamação, ambos associados ao envelhecimento e a doenças relacionadas à idade. A ligação dos AGEs às proteínas pode alterar sua estrutura e função, prejudicando os processos celulares normais e contribuindo para o desenvolvimento de condições relacionadas com o envelhecimento. A sua acumulação nos tecidos contribui para a deterioração progressiva dos tecidos e órgãos, agravando a degeneração relacionada com a idade e que podem estar na base de doenças como Alzheimer Parkinson e outras doenças neuro degenerativas [11,12].

A inflamação crônica de baixo grau, conhecida como inflamação senescente, desempenha um papel importante no envelhecimento. A ativação contínua do sistema imunológico pode causar danos aos tecidos e contribuir para o envelhecimento. Esta inflamação, está na maior parte das vezes relacionada com perturbações metabólicas. como resistência à insulina, obesidade e dislipidemia, podem contribuir para o “*inflammaging*” [13, 14]. Estas perturbações afetam a regulação normal do metabolismo da glicose e dos lípidos, levando a uma inflamação crônica [14].

Um outro mecanismo que pode também explicar o envelhecimento é a depleção de células estaminais no nosso corpo. À medida que envelhecemos, o número e a função das células estaminais diminuem. Isso afeta a capacidade do corpo de se regenerar e de se reparar, contribuindo para o envelhecimento dos tecidos [15, 16].

A predisposição genética para certas doenças ou outras características desempenha um papel importante no envelhecimento. Certos genes estão associados a uma maior longevidade, enquanto outros podem aumentar o risco de doenças relacionadas ao envelhecimento [15,17]. Assim, se tivermos um pool génico mais “favorável” os sinais de envelhecimento podem ser atrasados e podemos mesmo dizer que o modo como envelhecemos é herdado [18].

As nossas células apresentam mecanismos de reparação que consistem em sistemas enzimáticos que reparam o DNA danificado [19,20]. A medida que envelhecemos, a capacidade do organismo de reparar diminui, o que pode levar a mutações e é isso conduz à senescência da célula. Há uma redução na

capacidade de reparação do DNA, talvez porque também os danos se acumulem nas enzimas que fazem parte deste sistema de reparação e elas deixam de funcionar corretamente.

Existe um mecanismo que, na atualidade, está sob os holofotes da ciência, as modificações epigenéticas. A epigenética refere-se a mudanças na expressão génica que não envolvem alterações na sequência de DNA e que resultam da interação com o ambiente [21]. Podemos considerar que existe uma “teia” de moléculas muito complexas que, independente da informação na sequência de DNA que cada um possui, esta controla os genes que se vão expressar a cada momento, de acordo com sinais do ambiente. E como ambiente podemos incluir o ambiente físico (luz, calor ...) e os hábitos de vida. Este mecanismo é muito importante durante o desenvolvimento embrionário, de tal forma que o ambiente intrauterino nos vai marcar para a vida, na saúde e na doença [22]. A epigenética desempenha também um papel crucial no processo de envelhecimento, influenciando como os genes são ativados ou desativados ao longo do tempo. As interações que ocorreram entre genoma e o ambiente, durante nosso desenvolvimento intrauterino e ao longo da nossa vida, determinam a forma como vamos envelhecer e as doenças que poderão surgir [23].

Muitas são as teorias sobre o envelhecimento e, algumas delas, são redundantes quando analisadas à luz dos mecanismos moleculares. A acumulação de danos ou “erros”, sobretudo no nosso material genético, é um mecanismo que unifica várias teorias. O acumular de erros, explica o “decaimento” do nosso corpo, uma vez que as células são impedidas de exercer as suas funções adequadamente. Atualmente, os avanços no conhecimento de mecanismos epigenéticos têm vindo a “destronar” esta teoria. No entanto, podemos também considerar que as alterações epigenéticas figuram, de certa forma, como “danos” ao nível da regulação do DNA.

Estilo de Vida e Envelhecimento

Alguns hábitos de vida saudáveis podem contribuir para um envelhecimento “bem-sucedido”. O grande exemplo é a dieta. Uma alimentação saudável desempenha um papel crucial no processo de envelhecimento e no bem-estar geral. Os alimentos ricos em nutrientes fornecem vitaminas e minerais essenciais para o funcionamento celular, protegendo as células contra o stress oxidativo promovendo o bom funcionamento das células [24]. O álcool e as comidas processadas são fontes de radicais livres conduzindo ao envelhecimento dos tecidos. Uma dieta anti-inflamatória, com alimentos como peixe gordo, nozes e vegetais de folhas verdes, ajuda a reduzir a inflamação crónica, um fator-chave no envelhecimento e doenças relacionadas com a idade, promovendo, por exemplo a saúde cardiovascular, saúde cerebral e óssea [25-27]. Uma dieta saudável ajuda a manter um peso corporal adequado e a prevenir a obesidade, reduzindo o risco de doenças relacionadas com a idade.

Manter-se fisicamente ativo é também essencial para manter a força muscular, a flexibilidade e a saúde cardiovascular à medida que se envelhece [28]. O exercício regular estimula a biogénese mitocondrial, melhorando a função das mitocôndrias, ajudando a reduzir a acumulação de danos mitocondriais relacionados ao envelhecimento. O exercício moderado aumenta a produção de enzimas antioxidantes, que neutralizam os radicais livres e reduzem o estresse oxidativo, um dos principais contribuintes para o envelhecimento celular [28]. Há também expressão diferenciada de genes relacionados ao envelhecimento, promovendo a expressão de genes associados à saúde e suprimindo a expressão de genes envolvidos em processos degenerativos [29]. A atividade física regular melhora a função cerebral, aumentando a produção de fatores neurotróficos, como o fator neuro trófico derivado do cérebro (BDNF), que está associado à neura plasticidade e à saúde cerebral [29]. O exercício físico tem capacidade anti-inflamatório, reduzindo a inflamação crónica de baixo grau [28]. O exercício de resistência ajuda a preservar a massa muscular e a densidade óssea, reduzindo o risco de sarcopenia (perda massa muscular) e osteoporose (perda de massa óssea), condições comuns em idades avançadas [30-32]. A perda de massa muscular é uma característica comum do envelhecimento. Ela tem implicações

metabólicas significativas, especialmente no que diz respeito à regulação da glicose e à resistência à insulina porque são as células musculares que regulam em grande escala a utilização da glicose [32].

Ter um padrão de sono regular e de qualidade é importante para a saúde cerebral e a recuperação do corpo. O sono desempenha um papel fundamental na eliminação de resíduos metabólicos do cérebro, [33] e tem também impacto na função cognitiva [34]. O stress crónico está na base de um envelhecimento acelerado, uma vez que o stress psicológico pode desencadear uma resposta de stress físico no organismo, levando a processos oxidativos prejudiciais [35]. Verificou-se que o stress crónico está associado a um encurtamento dos telómeros [35], mecanismo referido anteriormente como associado à senescência da célula. Ter práticas de gestão do stress, como a meditação e o yoga, podem ser benéficas. Manter as ligações sociais sólidas (família e amigos) e relacionamentos significativos pode contribuir para o bem-estar emocional e mental.

Avanços Científicos MAIS RECENTES E Potenciais Intervenções

Dos trabalhos científicos que têm vindo a ser apresentados na comunicação social, sobre possíveis formas de atrasar ou reverter o envelhecimento e muitos deles publicados em revistas de renome como a *Nature* e *Science*, destacam-se formas de prevenir a senescência celular, através da manipulação de mecanismos moleculares que interferem na manutenção dos telómeros, reparação das células e, ainda, o desencadear de atividades celulares “protetoras”. As intervenções potenciais que estão a ser exploradas para abrandar ou reverter o envelhecimento estão incluídas na medicina regenerativa (ex. terapia com células estaminais e o uso de compostos específicos que interferem em vias metabólicas associadas ao envelhecimento).

Um dos mecanismos que hoje conhecemos com potencial para abrandar o envelhecimento é a restrição calórica [36]. Hoje compreende-se porque a restrição em calorias beneficia a função celular.

Através do jejum intermitente, que alterna períodos de alimentação com períodos de jejum, verifica-se uma melhoria nas condições metabólicas da célula [36]. Investigações recentes, têm explorado os efeitos do jejum na saúde e no envelhecimento. Essa abordagem tem mostrado potencial para melhorar a sensibilidade à insulina, reduzir a inflamação, promover a autofagia (processo de “limpeza” celular) e ativar mecanismos celulares de proteção, como as proteínas sirtuínas [36, 37, 38]. A autofagia é um processo celular pelo qual as células quebram e reciclam componentes celulares danificados ou não essenciais para obterem energia sobretudo em estado de jejum. Isto ajuda a manter a saúde celular, remover proteínas agregadas e resíduos celulares, e pode contribuir para a longevidade [37]. As sirtuínas são um grupo de proteínas envolvidas na regulação de processos celulares que são ativadas em resposta à restrição calórica e estão implicadas na promoção da saúde celular e no aumento da expectativa de vida [38].

Outra abordagem é a utilização de compostos ou fármacos que têm a capacidade de eliminar seletivamente células senescentes do organismo, os senolíticos [39]. As células senescentes são células que perderam a capacidade de se dividir e funcionar normalmente, mas permanecem metabolicamente ativas. Elas são frequentemente associadas ao envelhecimento e a várias doenças relacionadas com o envelhecimento [40]. Os senolíticos removem as células problemáticas podendo melhorar a saúde, reduzindo a inflamação crónica e outros efeitos negativos associados às células senescentes.

Um exemplo de molécula que pode alterar positivamente o nosso metabolismo é o NAD⁺ (Nicotinamida adenina Dinucleótido). É uma coenzima importante na transferência de eletrões durante a produção de energia, nas mitocôndrias, bem como em processos de reparação do DNA e regulação do envelhecimento celular [41]. À medida que envelhecemos, os níveis de NAD⁺ tendem a diminuir, e isso pode estar relacionado com o envelhecimento celular e a saúde em geral. Portanto, os precursores de NAD⁺ são substâncias que podem ser convertidas em NAD⁺ no organismo e são usados em suplementos dietéticos com a esperança de promover a saúde metabólica e retardar o envelhecimento [42]. É tal a

importância deste mecanismo que o composto NADH está a ser considerado, pela Federação do Medicamento Americano (FDA) como o primeiro potencial fármaco anti idade [43].

Como outros exemplos de substâncias antienvhecimento, temos a fisetina, um flavonoide encontrado em morangos e outras frutas. Esta tem evidenciado propriedades senolíticas em muitos estudos experimentais [44]. Também o resveratrol, extraído da semente de uva, tem as mesmas propriedades e capacidade para ativar as sirtuínas, tal como foi referido anteriormente, são proteínas da longevidade [45].

Na atualidade, existem dois fármacos, com diferentes propósitos terapêuticos, que são também estudados como possíveis fármacos antienvhecimento, a rapamicina (ou rapamicina) e a metformina [46,47]. A rapamicina é um medicamento imunossupressor que é amplamente utilizado em transplantes de órgãos para prevenir a rejeição do transplante. Ela inibe a resposta do sistema imunitário e tem sido estudada em pesquisas relacionadas com o envelhecimento. Alguns estudos em animais sugeriram que a rapamicina pode ter efeitos positivos na longevidade e na saúde ao atrasar o processo de envelhecimento [46]. A metformina é um medicamento amplamente prescrito para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Ela pertence à classe de medicamentos chamados biguanidas e ajuda a reduzir os níveis de glicose no sangue ao melhorar a sensibilidade à insulina e reduzir a produção de glicose pelo fígado. Algumas pesquisas sugeriram que a metformina pode estar associada a uma redução no risco de certas doenças relacionadas com o envelhecimento, como doenças cardiovasculares e cancro. Estes são apenas alguns exemplos do que chamamos a medicina “regenerativa”.

Num recente artigo publicado na revista “*The Cell*”, Sinclair e colaboradores [23] referem que é possível desacelerar o envelhecimento de ratos, mas também podem reverter os efeitos desse envelhecimento e restaurar algumas das manifestações biológicas da juventude nos animais. Argumentam, de forma convincente, que os principais impulsionadores do envelhecimento não são mutações no DNA, mas erros nas instruções epigenéticas que de alguma forma saem do “eixo”. Neste artigo é referido que o envelhecimento é resultado da perda de instruções críticas de que as células precisam para continuar a funcionar, numa teoria que ele chama de “Teoria da Informação do Envelhecimento”. “No cerne do envelhecimento, está a informação que se perde nas células, não apenas a acumulação de danos. Isso representa uma mudança paradigmática na forma de pensar sobre os mecanismos determinantes do envelhecimento.

Implicações Éticas e Sociais: desafios e Limitações da pesquisa antienvhecimento

O potencial aumento da esperança de vida e os desafios que isso pode representar para a sociedade, incluindo questões relacionadas com a saúde, reforma e dinâmicas de força de trabalho é também um tema atual e muitas questões têm sido debatidas à medida que vemos esta possibilidade de atrasar ou reverter o envelhecimento [48-50].

Existem também preocupações no que respeita às incertezas e os riscos associados às potenciais intervenções. Um exemplo está na utilização de substâncias capazes de retardar ou mitigar o processo de envelhecimento que representa uma área de investigação de extrema importância. É fundamental que se conduza uma investigação aprofundada sobre a eficácia e segurança dessas substâncias (mais estudos clínicos), evitando assim a disseminação de alegações infundadas para o público. É necessário proteger as pessoas contra a promoção de terapias que ainda não estejam devidamente estabelecidas ou comprovadas, a fim de garantir a sua saúde e a segurança da população. Muitas dúvidas surgem com as intervenções antienvhecimento com terapia genética, a manipulação de telómeros e a eliminação de células senescentes [51].

A pesquisa antienvhecimento levanta também questões sobre se o objetivo de se alargar a vida saudável ou simplesmente prolongar o processo de envelhecimento. Isso tem implicações importantes para a qualidade de vida na velhice. Além disso o aumento da longevidade da população pode criar

desafios económicos e sociais relacionados à sustentabilidade, como a segurança social e a necessidade de recursos.

Considerações Finais

Um dos fatores mais importantes e que pode ser controlado por cada um de nós é, sem dúvida, a alimentação. Embora não seja uma garantia, a adoção de padrões alimentares associados à longevidade, como a dieta mediterrânea ou a dieta de Okinawa, pode contribuir para uma vida mais longa e saudável. A atividade física influencia positivamente os mecanismos moleculares que desempenham um papel no envelhecimento, contribuindo para uma vida mais saudável e ativa à medida que envelhecemos.

À medida que se desenvolvem as ciências relacionadas com a obtenção massiva de dados, genómica, proteómica e metabolómica, descobrimos novos insights valiosos sobre os mecanismos moleculares subjacentes ao envelhecimento. As descobertas mais recentes estão a redefinir a nossa visão sobre o envelhecimento e levantando questões fundamentais sobre a possibilidade de atrasá-lo ou até mesmo revertê-lo. Na verdade, este exercício de compreensão sobre os mecanismos do envelhecimento, bem como a possibilidade de o abrandar, com as suas implicações éticas e sociais, não é apenas um dever dos "académicos". É também um imperativo social que deve ser encarado com seriedade.

Referências

1. Belsky, D. W., & Caspi, A. (2012). Genetics of aging. In L. Ferrucci, J. M. Guralnik, & S. B. Harris (Eds.), *Frailty and its discontents* (pp. 17-31). Springer.
2. Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303(3), 130-135.
3. Klatz, R., & Goldman, R. (2015). Anti-aging medicine: The history, present status, and future of the new specialty. In *Textbook of Aging Skin* (pp. 2427-2437). Springer.
4. Harman, D. (1956). Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *Journal of Gerontology*, 11(3), 298-300.
5. López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2013). The hallmarks of aging. *Cell*, 153(6), 1194-1217.
6. Kirkwood, T. B. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell*, 120(4), 437-447.
7. Hayflick, L., & Moorhead, P. S. (1961). The serial cultivation of human diploid cell strains. *Experimental Cell Research*, 25, 585-621.
8. Blackburn, E. H., & Greider, C. W. (1985). Identification of a specific telomere terminal transferase activity in Tetrahymena extracts. *Cell*, 43(2), 405-413.
9. Hayflick, L., & Moorhead, P. S. (1961). The serial cultivation of human diploid cell strains. *Experimental Cell Research*, 25, 585-621.
10. Vlassara, H., & Palace, M. R. (2002). Diabetes and advanced glycation end products. *Journal of Internal Medicine*, 251(2), 87-101.
11. Srikanth, V., Maczurek, A., Phan, T., Steele, M., Westcott, B., Juskiw, D., ... & Münch, G. (2011). Advanced glycation endproducts and their receptor RAGE in Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 32(5), 763-777.
12. Vicente Miranda, H., El-Agnaf, O. M., & Outeiro, T. F. (2016). Glycation in Parkinson's disease and Alzheimer's disease. *Movement Disorders*, 31(6), 782-790.

13. Franceschi, C., Garagnani, P., Parini, P., Giuliani, C., & Santoro, A. (2018). Inflammaging: a new immune-metabolic viewpoint for age-related diseases. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(10), 576-590.
14. alminen, A., & Kaarniranta, K. (2010). Insulin/IGF-1 paradox of aging: regulation via AKT/IKK/NF- κ B signaling. *Cellular Signalling*, 22(4), 573-577.
15. López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2013). The hallmarks of aging. *Cell*, 153(6), 1194-1217.
16. Sharpless, N. E., & DePinho, R. A. (2007). How stem cells age and why this makes us grow old. *Nature Reviews Molecular Cell Biology*, 8(9), 703-713.
17. Sebastiani, P., Gurinovich, A., Nygaard, M., Sasaki, T., Sweigart, B., Bae, H., ... & Atzmon, G. (2017). APOE alleles and extreme human longevity. *The Journals of Gerontology: Series A*, 72(11), 1401-1406.
18. Brooks-Wilson, A. R. (2013). Genetics of healthy aging and longevity. *Human Genetics*, 132(12), 1323-1338.
19. Niedernhofer, L. J., Gurkar, A. U., Wang, Y., Vijg, J., Hoeijmakers, J. H., & Robbins, P. D. (2018). Nuclear genomic instability and aging. *Annual Review of Biochemistry*, 87, 295-322.
20. Fontana, L., Partridge, L., & Longo, V. D. (2010). Extending healthy life span—from yeast to humans. *Science*, 328(5976), 321-326.
21. Bocklandt, S., Lin, W., Sehl, M. E., Sánchez, F. J., Sinsheimer, J. S., Horvath, S., ... & Vilain, E. (2011). Epigenetic predictor of age. *PLoS ONE*, 6(6), e14821.
22. Horvath, S. (2013). DNA methylation age of human tissues and cell types. *Genome Biology*, 14(10), 1-19.
23. Yang, J. H., Hayano, M., Griffin, P. T., Amorim, J. A., Bonkowski, M. S., Apostolides, J. K., Salfati, E. L., Blanchette, M., Munding, E. M., Bhakta, M., Chew, Y. C., Guo, W., Yang, X., Maybury-Lewis, S., Tian, X., Ross, J. M., Coppotelli, G., Meer, M. v., Rogers-Hammond, R., ... Sinclair, D. A. (2023). Loss of epigenetic information as a cause of mammalian aging. *Cell*, 186(2), 305-326.e27.
24. Calder, P. C., Bosco, N., Bourdet-Sicard, R., Capuron, L., Delzenne, N., Doré, J., ... & Visioli, F. (2017). Health relevance of the modification of low grade inflammation in ageing (inflammageing) and the role of nutrition. *Ageing Research Reviews*, 40, 95-119.
25. Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... & Turner, M. B. (2016). Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), e38-e360.
26. Morris, M. C., Evans, D. A., Tangney, C. C., Bienias, J. L., & Wilson, R. S. (2005). Associations of vegetable and fruit consumption with age-related cognitive change. *Neurology*, 67(8), 1370-1376.
27. Weaver, C. M. (2015). Nutrition and bone health. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 101(1), 126S-132S.
28. López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2013). The hallmarks of aging. *Cell*, 153(6), 1194-1217.
29. Voss, M. W., Vivar, C., Kramer, A. F., & van Praag, H. (2013). Bridging animal and human models of exercise-induced **brain plasticity**. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(10), 525-544.

30. Srikanthan, P., & Karlamangla, A. S. (2011). Muscle mass index as a predictor of longevity in older adults. *The American Journal of Medicine*, 124(7), 555-561.
31. Park, S. W., & Goodpaster, B. H. (2006). Strotmeyer esarcopenia, muscle quality, and insulin resistance in older adults: the Health, Aging and Body Composition Study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(10), 1059-1063.
32. Srikanthan, P., Hevener, A. L., & Karlamangla, A. S. (2010). Sarcopenia exacerbates obesity-associated insulin resistance and dysglycemia: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *PloS One*, 5(5), e10805.
33. Xie, L., Kang, H., Xu, Q., Chen, M. J., Liao, Y., Thiyagarajan, M., ... & Nedergaard, M. (2013). Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science*, 342(6156), 373-377.
34. Mander, B. A., Winer, J. R., & Walker, M. P. (2017). Sleep and human aging. *Neuron*, 94(1), 19-36.
35. Epel, E. S., Blackburn, E. H., Lin, J., Dhabhar, F. S., Adler, N. E., Morrow, J. D., & Cawthon, R. M. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(49), 17312-17315.
36. Kapahi, P., Kaeberlein, M., & Hansen, M. (2017). Dietary restriction and lifespan: lessons from invertebrate models. *Ageing Research Reviews*, 39, 3-14.
37. Mizushima, N., Levine, B., Cuervo, A. M., & Klionsky, D. J. (2008). Autophagy fights disease through cellular self-digestion. *Nature*, 451(7182), 1069-1075.
38. Guarente, L. (2013). Calorie restriction and sirtuins revisited. *Genes & Development*, 27(19), 2072-2085.
39. Zhu, Y., Tchkonja, T., Pirtskhalava, T., Gower, A. C., Ding, H., Giorgadze, N., ... & Kirkland, J. L. (2015). The Achilles' heel of senescent cells: from transcriptome to senolytic drugs. *Aging Cell*, 14(4), 644-65
40. van Deursen, J. M. (2014). The role of senescent cells in ageing. *Nature*, 509(7501), 439-446.
41. Canto, C., Houtkooper, R. H., Pirinen, E., Youn, D. Y., Oosterveer, M. H., Cen, Y., ... & Auwerx, J. (2012). The NAD⁺ precursor nicotinamide riboside enhances oxidative metabolism and protects against high-fat diet-induced obesity. *Cell Metabolism*, 15(6), 838-84.
42. Mills, K. F., Yoshida, S., Stein, L. R., Grozio, A., Kubota, S., Sasaki, Y., ... & Yoshino, J. (2016). Long-term administration of nicotinamide mononucleotide mitigates age-associated physiological decline in mice. *Cell Metabolism*, 24(6), 795-806.
43. DISODIUM NICOTINAMIDE ADENINE DINUCLEOTIDE, <https://precision.fda.gov/uniisearch/srs/unii/8295030ync>.
44. Yousefzadeh, M. J., Zhu, Y., McGowan, S. J., Angelini, L., Fuhrmann-Stroissnigg, H., Xu, M., ... & Niedernhofer, L. J. (2018). Fisetin is a senotherapeutic that extends health and lifespan. *EBioMedicine*, 36, 18-28.
45. Therapeutic potential of resveratrol: the in vivo evidence. *Nature Reviews Drug Discovery*, 5(6), 493-506.
46. Harrison, D. E., Strong, R., Sharp, Z. D., Nelson, J. F., Astle, C. M., Flurkey, K., ... & Miller, R. A. (2009). Rapamycin fed late in life extends lifespan in genetically heterogeneous mice. *Nature*, 460(7253), 392-395.

47. Barzilai, N., Crandall, J. P., Kritchevsky, S. B., & Espeland, M. A. (2016). Metformin as a tool to target aging. *Cell Metabolism*, 23(6), 1060-1065.
48. Bredenoord, A. L., Hyun, I., & Isasi, R. (2016). Ethical and policy issues in mitochondrial replacement. *EMBO Molecular Medicine*, 8(6), 589-591.
49. Kennedy, B. K., Berger, S. L., Brunet, A., Campisi, J., Cuervo, A. M., Epel, E. S., ... & Sierra, F. (2014). Geroscience: linking aging to chronic disease. *Cell*, 159(4), 709-713
50. Gems, D., & de Magalhães, J. P. (2020). The hoverfly, *Episyrphus balteatus*, as a model organism in the study of the molecular mechanisms underlying longevity. *F1000Research*, 9, 149.
51. de Grey, A. D. (2007). Life extension, human rights, and the rational refinement of repugnance. *Journal of Medical Ethics*, 33(10), 585-590.
52. Olshansky, S. J., Antonucci, T., Berkman, L., Binstock, R. H., Boersch-Supan, A., Cacioppo, J. T., ... & Rowe, J. (2012). Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Affairs*, 31(8), 1803-1813.

Psicogerontologia: análise reflexiva

Sílvia Ala¹ & Ana Galvão²

¹Instituto Politécnico de Bragança

²Instituto Politécnico de Bragança

UICISA:E

Iniciamos esta análise reflexiva com a distinção de conceitos: Gerontologia e Psicogerontologia. Seguidamente ilustramos com quatro autores de renome na temática do processo de envelhecimento e por último enunciamos algumas pistas reflexivas. A psicogerontologia e a gerontologia são duas disciplinas relacionadas ao estudo do envelhecimento, porém com focos e abordagens ligeiramente diferentes.

A gerontologia é um campo multidisciplinar que abrange o estudo do envelhecimento em várias áreas, incluindo aspetos biológicos, sociais, psicológicos e políticos. Procura compreender o processo de envelhecimento, as características e necessidades das pessoas mais velhas, e desenvolver estratégias e políticas para promover o envelhecimento saudável e a qualidade de vida nessa faixa etária.

Por outro lado, a psicogerontologia é um subcampo da gerontologia que se concentra especificamente nos aspetos psicológicos e emocionais do envelhecimento. Explora as mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais que ocorrem ao longo da vida e investiga os fatores que afetam a saúde mental e o bem-estar psicológico das pessoas mais velhas. Procura compreender e intervir nas questões relacionadas à saúde mental, como depressão, ansiedade, demência e problemas de adaptação à velhice.

Resumindo, a gerontologia estuda o envelhecimento em todas as suas dimensões, abrange um escopo mais amplo e inclui diferentes disciplinas, como a medicina geriátrica, a sociologia do envelhecimento, as políticas públicas e a economia do envelhecimento, enquanto a psicogerontologia é uma subárea especializada que se concentra nos aspetos psicológicos do envelhecimento. Sendo ambas as disciplinas importantes para promover um envelhecimento saudável e melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas.

A psicogerontologia é, portanto, uma área de estudo que se dedica a compreender os aspetos psicológicos do processo do envelhecimento e a promover o bem-estar mental e emocional das pessoas mais velhas. Procurando compreender os processos psicológicos que ocorrem durante o envelhecimento, as mudanças cognitivas, emocionais e sociais, bem como as estratégias para lidar com os desafios inerentes a esta faixa etária. Convida-nos a refletir sobre como podemos melhorar a qualidade de vida dos mais velhos, respeitando a sua individualidade, promovendo a sua saúde mental, combatendo o estigma ligado ao processo do envelhecimento, integrando os cuidados de saúde e incentivando o envelhecimento ativo.

Em relação aos autores que contribuíram para o desenvolvimento da psicogerontologia, destacamos alguns com os exemplos das suas contribuições mais relevantes sobre a temática. Robert J. Havighurst (1900 – 1991); James E. Birren (1918 – 2016); Robert N. Butler (1927 – 2010) e Laura Carstensen (1956).

Robert J. Havighurst, considerado um dos pioneiros no estudo do envelhecimento, desenvolveu a Teoria do Desenvolvimento Humano e propôs a ideia de um conjunto de tarefas do desenvolvimento (TD) ao longo da vida. Enfatizou a importância das atividades e do *engagement* social na promoção de um envelhecimento saudável. Apesar de Havighurst ter proposto um conjunto de TD para todo o curso de vida há mais de cinco décadas, tem servido de suporte para pesquisas e revisões de literatura recentes. De acordo com Havighurst, as TD são objetivos e desafios específicos que as pessoas enfrentam em diferentes fases da vida. Essas tarefas são influenciadas por fatores biológicos, sociais e culturais, e

concluí-las com sucesso contribuí para um desenvolvimento saudável e um envelhecimento positivo. No contexto do envelhecimento, Havighurst propôs como TD: Ajuste ao declínio físico, que envolve a aceitação e o ajuste às mudanças físicas associadas ao envelhecimento, como a diminuição da força e da capacidade física; Redefinição de papéis, que inclui a procura de novas identidades e papéis significativos após a aposentadoria ou a perda de papéis anteriores; Manutenção de relações sociais, que envolve o investimento em relacionamentos significativos, a construção de novas amizades e a participação em atividades sociais que promovam o bem-estar emocional; Envolvimento em atividades significativas, que inclui o *engagement* em atividades que proporcionem satisfação pessoal, como hobbies, voluntariado, aprendizagem contínua ou envolvimento em organizações comunitárias. Havighurst enfatizou que o engajamento em atividades significativas e o envolvimento social são fundamentais para um envelhecimento saudável. Ele argumentou que o envelhecimento não deve ser visto apenas como um declínio, mas como uma oportunidade para procurar um propósito, encontrar novos significados e envolver-se ativamente na vida. A Teoria do Desenvolvimento Humano de Havighurst trouxe-nos uma perspectiva positiva sobre o envelhecimento, destacando a importância das atividades e do engajamento social como fatores-chave para promover um envelhecimento saudável e satisfatório. As suas contribuições continuam a influenciar o campo da psicogerontologia até aos dias de hoje, A expressão TD e o seu significado foram sendo fortemente incorporados ao campo da Psicologia do Desenvolvimento ao longo do tempo e, atualmente, é um conceito chave para várias perspectivas que se dedicam à compreensão do desenvolvimento humano, a *Life-Span*, é uma das mais importantes e tem este conceito como um dos pilares de sua estrutura epistemológica. Baltes (1987).

James E. Birren era conhecido por definir o envelhecimento como três processos distintos: primário, secundário e terciário. Birren foi o primeiro diretor da Escola de Gerontologia da Universidade do Sul da Califórnia e fundador do Centro de Gerontologia. Foi um dos principais teóricos gerontológicos na área da neuro cognição e psicologia, pioneiro na área do envelhecimento. Ele fez contribuições significativas para o campo da psicogerontologia, incluindo a criação do conceito de "gerontologia do comportamento" a introdução do estudo da plasticidade cognitiva na velhice e o estudo da personalidade na velhice. Estas contribuições foram fundamentais para o avanço da compreensão dos processos cognitivos, emocionais e comportamentais na velhice. Embora não exista uma teoria específica associada a James E. Birren, as suas pesquisas e conceitos ajudaram a moldar a psicogerontologia como um campo de estudo e influenciaram o desenvolvimento de teorias e modelos na área do envelhecimento.

Robert N. Butler, médico, gerontologista, psiquiatra, foi o primeiro diretor do Instituto Nacional de Envelhecimento dos Estados Unidos. Butler é conhecido pelo seu trabalho sobre as necessidades sociais e os direitos dos idosos, bem como pelas suas pesquisas sobre envelhecimento saudável e demências. Foi um defensor dos direitos e do bem-estar das pessoas idosas, cunhou o termo "idadeísmo" para descrever a discriminação e o preconceito baseados na idade. As suas pesquisas e ideias ajudaram a moldar a compreensão do envelhecimento e a promover mudanças na forma como a sociedade percebe e aborda o envelhecimento. As principais ideias e conceitos associados a Butler incluem: Idadeísmo, Butler cunhou o termo "idadeísmo" para descrever a discriminação e o preconceito baseados na idade. Ele destacou a importância de combater o estigma associado ao envelhecimento e promover uma visão mais positiva e inclusiva das pessoas idosas; Envelhecimento ativo, enfatizando a importância do envelhecimento ativo, que envolve o *engagement* em atividades físicas, intelectuais e sociais para promover um envelhecimento saudável e uma melhor qualidade de vida;

Cuidados de longo prazo: Butler defendeu a necessidade de melhorar os cuidados de longo prazo para os idosos, enfatizando a importância da assistência de qualidade, da autonomia e do respeito pelos desejos e preferências individuais; Envelhecimento saudável, promovendo a ideia de um envelhecimento saudável, enfatizando a importância de hábitos de vida saudáveis, prevenção de doenças e promoção do bem-estar físico e mental ao longo da vida.

Embora Butler não tenha desenvolvido uma teoria específica, as suas contribuições e ideias influenciaram significativamente a psicogerontologia e o campo do envelhecimento, estimulando o debate e impulsionando mudanças em relação à forma como a sociedade percebe e valoriza as pessoas idosas. Foi um defensor dos direitos e do bem-estar das pessoas idosas e fez importantes contribuições para a área do envelhecimento, tanto a nível académico quanto a nível de políticas públicas.

Laura Carstensen, uma renomada psicóloga e pesquisadora do envelhecimento, é diretora fundadora do Centro de Longevidade de Stanford e a principal pesquisadora do Laboratório de Desenvolvimento ao Longo da Vida de Stanford. Desenvolveu a Teoria Socio emocional seletiva, argumentando que a percepção do tempo limitado na vida leva os idosos a focarem-se em objetivos emocionais significativos e a se cercarem-se de relacionamentos positivos e de qualidade. Ao examinar os postulados da teoria da seletividade socio emocional, identificaram e desenvolveram a base conceitual do efeito da positividade, oferecendo assim uma perspectiva inovadora sobre as mudanças socio emocionais que ocorrem ao longo da vida, com ênfase no envelhecimento. De acordo com a teoria de Carstensen, as pessoas têm consciência do tempo limitado que lhes resta de vida à medida que envelhecem. Isso leva a uma mudança no foco das metas e prioridades socio emocionais. A Teoria Socio Emocional Seletiva postula que, à medida que envelhecemos, temos uma motivação crescente para procurar relacionamentos e experiências emocionais significativas, ao mesmo tempo em que procuramos reduzir a exposição a situações emocionalmente negativas ou irrelevantes. A teoria de Carstensen sugere que as pessoas tendem a direcionar suas energias para relacionamentos de qualidade e para atividades emocionalmente gratificantes, enquanto são mais seletivas em relação a relacionamentos superficiais ou a atividades que podem não ser emocionalmente recompensadoras. Esta seleção é uma estratégia adaptativa que leva a um aumento do bem-estar emocional e social.

A Teoria Socio Emocional Seletiva tem implicações significativas para o envelhecimento saudável, destacando a importância de relacionamentos interpessoais significativos e a busca por experiências emocionalmente gratificantes. Além disso, a teoria ressalta a importância de compreender as mudanças socio emocionais ao longo da vida e oferece uma perspectiva positiva sobre o envelhecimento, enfatizando as oportunidades e os benefícios emocionais que podem surgir nessa fase da vida.

Após esta contextualização com os autores relevantes na psicogerontologia, apresentamos algumas reflexões sobre a psicogerontologia e os seus impactos na sociedade:

Reconhecimento da diversidade, o processo de envelhecimento é heterogêneo, cada pessoa envelhece de maneira única, com experiências, histórias de vida e desafios diferentes. A psicogerontologia recorda-nos a importância de reconhecer a diversidade dos mais velhos e entender que não há uma abordagem única para todos. É fundamental considerar as necessidades individuais, respeitar as escolhas e promover a inclusão social. **ODS**

Promoção do bem-estar mental, a saúde mental dos mais velhos é uma área crítica que requer atenção. Muitos enfrentam desafios como solidão, perda de entes queridos, doenças crônicas e mudanças significativas na vida. A psicogerontologia destaca a importância de promover o bem-estar mental, fornecendo suporte psicológico adequado, estimulando o engajamento social, incentivando atividades significativas e desenvolvendo estratégias de enfrentamento saudáveis.

Combate ao estigma do envelhecimento, a sociedade frequentemente associa o envelhecimento a estereótipos negativos, como declínio cognitivo, fragilidade e dependência. A psicogerontologia desafia esses estereótipos, enfatizando a importância de uma visão mais positiva do envelhecimento. Ela nos lembra que o envelhecimento pode trazer sabedoria, crescimento pessoal e oportunidades de contribuição significativa para a sociedade.

Integração dos cuidados de saúde, a psicogerontologia ressalta a necessidade de uma abordagem integrada no cuidado dos idosos. Isso implica a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, como gerontólogos, médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, para fornecer um atendimento abrangente e personalizado. A interdisciplinaridade é fundamental para garantir uma visão completa das necessidades físicas, emocionais e psicológicas dos idosos.

Promoção do envelhecimento ativo, a psicogerontologia incentiva a promoção do envelhecimento ativo, que envolve a participação ativa dos idosos em atividades que promovam a saúde, o envolvimento social e o desenvolvimento pessoal. Esta abordagem reconhece a importância do autocuidado, da autonomia e da busca por um propósito de vida, mesmo na idade avançada.

Conclusão: A psicogerontologia é um campo de estudo em constante evolução, que visa entender e melhorar a experiência do envelhecimento, considerando o envelhecimento populacional e a importância de promover uma melhor qualidade de vida nos mais velhos.

Referências

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of Life-Span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 5, 611-626.
- Havighurst, R. J. (1953). *Human development and education*. New York: Longmans.
- Havighurst, R. J. (1956). Research on the developmental-task concept. *The School Review*, 64(5), 215-223.

Competências necessárias para cuidar dos mais velhos

Ana Galvão & Gorete Batista

¹*Instituto Politécnico de Bragança*

UICISA:E

²*Instituto Politécnico de Bragança*

“Numa época de desafios imprevisíveis para a saúde, sejam devidos às mudanças climáticas, às doenças infecciosas emergentes ou a uma próxima bactéria a desenvolver resistência aos medicamentos, uma tendência é certa: o envelhecimento das populações está a evoluir rapidamente em todo o mundo.”

Margaret Chan, Organização Mundial da Saúde, 2017

Resumo

Podemos ler no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015) que globalmente há poucas evidências de que as pessoas mais velhas desfrutem de melhor saúde do que as gerações anteriores. A boa saúde adiciona vida aos anos. As oportunidades que surgem com o aumento da longevidade dependem em grande medida do envelhecimento saudável. Quando as pessoas vivem esses anos adicionais com boa saúde e continuam a participar da vida familiar e comunitária como parte integrante delas, contribuem para o fortalecimento das sociedades; no entanto, se esses anos adicionais forem dominados por má saúde, isolamento social ou dependência de cuidados, eles tornam-se um fardo para os indivíduos e para a sociedade como um todo.

Esta reflexão integra a narrativa de cuidadores e as evidências sobre a prática do cuidar dos mais velhos. Diz respeito a competências dos profissionais de saúde e aos aspetos sociais, políticos e da comunidade. Assim ilustramos também com as áreas de ação da década do Envelhecimento Saudável.

Sobre a década do Envelhecimento Saudável

O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015) delinea um quadro de ação para promover o Envelhecimento Saudável construído em torno do novo conceito de capacidade funcional. Isso exigirá uma transformação dos sistemas de saúde, longe dos modelos curativos baseados em doença e para a prestação de cuidados integrais e centrados nas pessoas mais velhas. O envelhecimento saudável consiste em desenvolver e manter, em idades avançadas, a capacidade funcional que permite o bem-estar.

A capacidade funcional é determinada pela capacidade intrínseca de uma pessoa (ou seja, pela combinação de todas as suas capacidades físicas e mentais), pelo ambiente em que vive (entendido no seu sentido mais amplo, incluindo o ambiente físico, social, cultural e político) e pelas interações entre ambos.

O envelhecimento saudável é um processo que abrange toda a vida e afeta todas as pessoas, não apenas aquelas que não têm nenhuma doença no presente. A capacidade intrínseca é determinada a todo momento por muitos fatores, incluindo as mudanças fisiológicas e psicológicas subjacentes, comportamentos relacionados à saúde e a presença ou ausência de doenças. A capacidade intrínseca depende grandemente dos ambientes em que as pessoas viveram ao longo de suas vidas.

Os recursos e oportunidades sociais e económicas disponíveis ao longo da vida influenciam a capacidade das pessoas de tomar decisões saudáveis e de fornecer e receber apoio quando necessário. Consequentemente, o envelhecimento saudável está intimamente ligado à desigualdade social e

económica. Desvantagens em saúde, educação, emprego e renda começam cedo, reforçam-se mutuamente e se acumulam ao longo da vida. Idosos com problemas de saúde trabalham menos, ganham menos e se aposentam mais cedo. Sexo, cultura e etnia são fatores que influenciam significativamente a desigualdade e levam a trajetórias de envelhecimento muito diferentes.

O conceito de envelhecimento saudável e o quadro de saúde pública relacionado são descritos em detalhes no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015), apresentado na Figura 1, extraída do Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (2015).

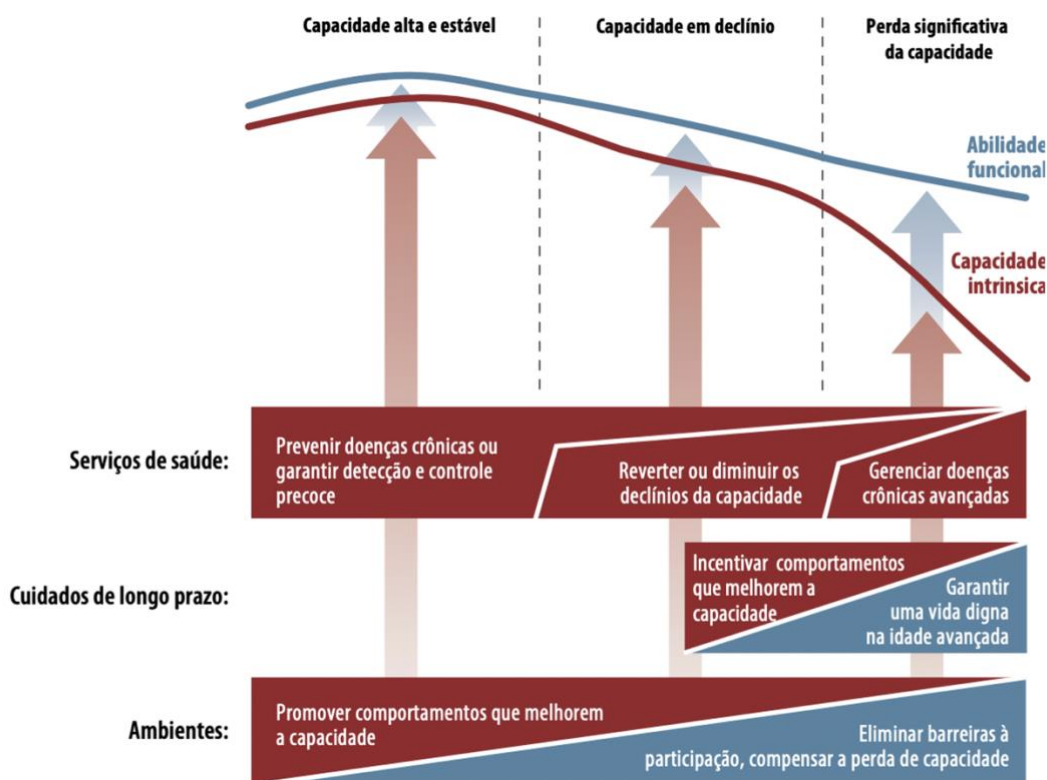


Figura 1. Um quadro de saúde pública para o Envelhecimento Saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida. Fonte: WHO. (2015). O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde. p. 15

O envelhecimento saudável pode tornar-se uma realidade para todos, mas para isso é necessário deixar de ver o envelhecimento saudável como mera ausência de doenças e, em vez disso, promover a capacidade funcional que permite que as pessoas idosas sejam e façam o que preferirem. Promover o envelhecimento saudável exigirá a implementação de medidas em múltiplos níveis e setores, voltadas para a prevenção de doenças, promoção da saúde, manutenção da capacidade intrínseca e facilitação da capacidade funcional. Acima de tudo temos de atuar na autonomia das pessoas, promovendo essa autonomia durante o máximo tempo possível.

A década 2020-2030 foi declarada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a década do Envelhecimento Saudável. Esta década procura promover uma mudança de paradigma na forma como a sociedade percebe o envelhecimento. Em vez de focar nas limitações e nos problemas associados à velhice, a iniciativa visa destacar as capacidades, o potencial e as contribuições que as pessoas idosas podem oferecer à sociedade. Trata-se de uma iniciativa global liderada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar das pessoas idosas em todo o mundo.

Os principais objetivos da década do envelhecimento saudável incluem:

1. Mudar a narrativa sobre o envelhecimento, promovendo uma visão positiva e realista do envelhecimento, reconhecendo as contribuições dos idosos e combatendo estereótipos negativos.
2. Fortalecer os sistemas de saúde, garantindo que os sistemas de saúde estejam preparados para atender às necessidades das pessoas idosas, incluindo serviços de saúde preventiva, diagnóstico e tratamento de doenças crônicas e cuidados de longo prazo.
3. Promover o envelhecimento ativo, incentivando a participação ativa dos idosos na sociedade, proporcionando oportunidades para que eles permaneçam implicados em atividades sociais, culturais, económicas e comunitárias.
4. Criar ambientes favoráveis ao envelhecimento saudável, garantindo que os ambientes físicos, sociais e políticos sejam adaptados para atender às necessidades e capacidades das pessoas idosas, promovendo a acessibilidade, segurança e inclusão.
5. Melhorar a recolha de dados e a pesquisa sobre envelhecimento, promovendo a recolha de dados e pesquisas que ajudem a compreender melhor os determinantes do envelhecimento saudável e a desenvolver políticas e intervenções baseadas em evidências.

A década do envelhecimento saudável oferece uma oportunidade para os governos, organizações e indivíduos trabalharem juntos para promover um envelhecimento saudável e digno para todas as pessoas. É uma chamada para ação global visando melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e criar sociedades mais inclusivas e sustentáveis.

Neste sentido foram propostas quatro áreas de ação da década, as quais citamos:

Área de ação I: Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento

Apesar de todas as contribuições e ações que as pessoas idosas fazem e fizeram às suas comunidades e familiares, ainda existem muitos estereótipos (como pensamos), preconceito (como nos sentimos) e discriminação (como agimos) em relação às pessoas com base na sua idade. A discriminação tem efeitos particularmente prejudiciais sobre a saúde e o bem-estar das pessoas idosas.

A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas defende especificamente a importância de garantir:

- a independência e a autonomia das pessoas idosas
- o consentimento informado em relação à saúde
- o reconhecimento igualitário da lei
- a segurança social, a acessibilidade e a mobilidade pessoal

É importante que os marcos legais em todo o mundo promovam e protejam ainda mais a população idosa vulnerável.

Área de ação II: Garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas

Ambientes físicos, sociais e económicos, tanto rurais quanto urbanos, são importantes determinantes do envelhecimento saudável e fazem parte das poderosas influências no processo de envelhecimento, bem como nas oportunidades oferecidas durante esta etapa da vida. Ambientes amigáveis às pessoas idosas são os melhores lugares onde se pode crescer, viver, trabalhar, brincar e envelhecer, ou seja, uma comunidade amigável à pessoa idosa é um lugar melhor para todas as pessoas e idades.

Áreas de ação III: Entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa

Os sistemas de saúde devem estar preparados para prestar uma assistência de saúde de boa qualidade às pessoas idosas, que seja integrada entre prestadores e serviços e esteja ligada à prestação sustentável de cuidados de longo prazo. Integrar os setores saúde e social em uma abordagem centrada na pessoa é fundamental para um melhor cuidado às pessoas idosas. Além disso, a implantação de serviços orientados à manutenção e melhoria da capacidade funcional é essencial para alcançar o envelhecimento saudável.

A capacidade funcional é definida como os "atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam e façam aquilo que valorizam", consiste na capacidade intrínseca do indivíduo, que é definida como "todas as habilidades físicas e mentais das quais um indivíduo dispõe", do ambiente do indivíduo e das interações entre esses dois componentes. Essas definições são importantes para apontar a relação entre os componentes da Década do Envelhecimento Saudável e a relevância do desenvolvimento de atividades intersectoriais, a partir de uma abordagem baseada no curso de vida.

Áreas de ação IV: Entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa

A diminuição das habilidades físicas e mentais pode limitar a capacidade das pessoas idosas de se cuidarem e participarem da sociedade.

A maioria das pessoas que precisam de cuidados de longo prazo são pessoas idosas, sendo que a maioria vive em comunidade e recebe cuidados de cuidadores informais (familiares, amigos).

O acesso a um atendimento de longo prazo de boa qualidade é essencial para manter a capacidade funcional, desfrutar dos direitos humanos básicos e viver com dignidade. Além disso, é essencial apoiar os cuidadores, para que eles possam prestar cuidados adequados e também cuidar de sua própria saúde.

Sobre competências para cuidar dos mais velhos...

Existirão pré-requisitos para quem opta por trabalhar com a população idosa?

Acreditamos que sim, identificamos alguns desses pré-requisitos: sensibilidade; gosto por esta área dos cuidados; resiliência; responsabilidade; compaixão e humanismo.

Cuidar de pessoas mais velhas requer uma série de competências e habilidades especiais para garantir o seu bem-estar geral e a qualidade de vida. Algumas competências importantes para cuidar dos mais velhos são:

1. Empatia e paciência: Os idosos podem apresentar limitações físicas e emocionais, além de necessitarem de compreensão e suporte. A empatia permite que o profissional se coloque no lugar deles e compreenda as suas necessidades, enquanto a paciência ajuda a lidar com qualquer frustração ou dificuldade que possam enfrentar.
2. Comunicação efetiva: Saber comunicar de forma clara e eficaz é essencial. Os idosos podem ter problemas de audição ou cognitivos, então é importante adaptar a comunicação para se adequar às suas reais necessidades, usando uma linguagem simples e compreensível.
3. Habilidades de observação: Ser capaz de observar e identificar mudanças físicas, emocionais e comportamentais nos idosos é crucial. Isto inclui ficar atento a sinais de desconforto, alterações no apetite, humor ou sono, além de sintomas de doenças ou problemas de saúde.
4. Conhecimento em cuidados de saúde: É importante ter um entendimento básico de cuidados de saúde, como administração de medicamentos, primeiros socorros, higiene pessoal e prevenção de infecções.

5. Flexibilidade e adaptabilidade: Os idosos podem ter rotinas e necessidades variáveis, então é importante ser flexível e adaptar-se às suas demandas. Pode ser necessário ajustar horários, atividades e cuidados de acordo com as mudanças nas condições físicas ou emocionais.
6. Capacidade de lidar com situações de emergência: Estar preparado para lidar com emergências é crucial ao cuidar dos idosos. Isto inclui saber como agir em caso de quedas, engasgos, problemas respiratórios ou qualquer outra situação urgente. A obtenção de treino em primeiros socorros pode ser extremamente útil.
7. Organização e planeamento: Manter registos atualizados, planear atividades, gerir medicamentos e garantir a segurança do ambiente são aspetos importantes do cuidado com idosos. Ter habilidades de organização e planeamento ajudará a garantir que todas as suas necessidades sejam atendidas de maneira adequada e oportuna.
8. Prática da Humanidade, abordagem centrada no cuidado de idosos a qual se baseia nos princípios éticos: respeito, dignidade e valorização da pessoa idosa. Desenvolvida na década de 90, por Yves Gineste e Rosette Maescotti, tem como objetivo promover uma relação de cuidado humanizada e centrada na individualidade de cada idoso.

A Humanidade baseia-se em quatro pilares principais, o olhar, que envolve o estabelecimento de um contato visual respeitoso e afetivo com o idoso, reconhecendo-o como um ser único e valorizando a sua dignidade. O toque, que se refere à importância do toque no cuidado, sendo realizado de forma suave, respeitosa e afetuosa. O toque adequado pode transmitir segurança, conforto e conexão emocional para o idoso. A verticalidade, trata-se de estimular a autonomia e a capacidade de movimentação do idoso, procurando ajudá-lo a manter-se de pé, caminhar e realizar atividades diárias. Isto contribui para preservar sua independência e funcionalidade.

A palavra, que consiste em utilizar uma comunicação clara, simples e adaptada às necessidades e capacidades do idoso. É importante falar de forma pausada, respeitando o seu ritmo e oferecendo-lhe tempo para se expressar.

A prática da Humanidade tem como objetivo principal proporcionar uma abordagem mais humanizada no cuidado dos idosos, valorizando a sua individualidade, respeitando a sua história de vida e promovendo a sua autonomia. Procura criar um ambiente de cuidado que seja acolhedor, empático e que possibilite uma relação de confiança entre o cuidador e o idoso. Essa abordagem reconhece que cada pessoa idosa é única e merece ser tratada com dignidade, respeito e consideração. Ao implementar os princípios da Humanidade, os profissionais de saúde e cuidadores podem melhorar a qualidade de vida dos idosos, promovendo o seu bem-estar emocional, físico e social.

Edgar Morin no livro "Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro", identifica: Ensinar a condição humana, ou seja, promover uma visão holística do ser humano, considerando os seus aspetos físicos, emocionais, sociais e culturais.

Considerações finais

Quanto às competências dos profissionais de saúde necessárias para cuidar dos mais velhos há um caminho de aprendizagem a fazer... estas competências são competências técnicas e são indicadores da qualidade dos cuidados de saúde. Pelo que são aprendidas e treinadas. Destacamos a aprendizagem da prática da Humanidade, a qual permite prestar cuidados humanizados e integrais aos mais velhos.

A Década enfatiza quatro áreas de atuação: mudar a nossa forma de pensar, sentir e agir em relação à idade e ao envelhecimento; garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; disponibilizar atendimento integrado e centrado nas pessoas, bem como serviços de saúde primários que atendam às necessidades das pessoas idosas e fornecer acesso a cuidados de longo prazo para as pessoas idosas que precisem deles.

Para promover um envelhecimento saudável e melhorar a vida das pessoas idosas, suas famílias e comunidades, será necessário introduzir mudanças fundamentais não apenas nas nossas ações, mas também na nossa forma de pensar sobre a idade e o envelhecimento.

Referências

- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025.
- Galvão, A. (2019). O perfil do cuidador e ética na intervenção. Competências necessárias para as boas práticas gerontológicas. In C. Moura (Ed.), O perfil no mosaico da intervenção gerontológica (pp. 293–303). Seda Publicações.
- Galvão, A., & Gomes, M.J. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. In Joaquim Pinheiro (coord.), Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares, vol. I, pp. 159-168.
- Galvão, A., Pereira, F. A., & Silva, A. (2021). Promoção do autocuidado no envelhecimento gratificante. In A. Galvão (Ed.), Literacia em saúde e autocuidado: evidências que projetam a prática clínica (pp. 211–221). EuroMédice Publicações Médicas.
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). Humanitude, compreender a velhice, cuidar dos Homens velhos. Lisboa: Instituto Piaget.
- Morin, E. (2002). Os Sete Saberes para a Educação do Futuro. Instituto Piaget.
- World Health Organization [WHO] (2015). O relatório mundial sobre envelhecimento e saúde. <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>



Estado Nutricional da população idosa: Revisão sistemática da Literatura

Nutritional status of elderly: Systematic review of literature

Amélia Catarina Ribeiro (ameliacatarinafr@gmail.com)¹, António Fernandes (toze@ipb.pt)², Ana Maria Pereira (amgpereira@ipb.pt)²

¹ Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal;

² Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal; Laboratório Associado para a Sustentabilidade e Tecnologia em Regiões de Montanha (SusTEC), Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal

Resumo

O fenómeno do envelhecimento está associado a diversas alterações fisiológicas e surgimento de patologias, assumindo a nutrição e o estado nutricional um papel fulcral visto que exerce uma influência sobre a qualidade de vida, morbilidade e mortalidade.

A presente revisão sistemática teve como objetivo estudar o estado nutricional da população idosa. Realizou-se uma busca nas plataformas *Web of Science* e *PubMed*, publicados entre 2010 e 2019, que respondessem aos objetivos, tendo sido selecionados 12 artigos. Esta revisão foi conduzida de acordo com as diretrizes PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises) e colaboração *Cochrane* para revisões sistemáticas.

Constatou-se que 50% (n=6) dos artigos apresentavam idosos institucionalizados e 50% (n=6) não institucionalizados. Verificou-se uma prevalência de baixo peso entre 1,8% e 58,8%, estando mais presente entre os idosos institucionalizados (n=1; 8,33%). Nos artigos analisados, a prevalência de excesso de peso situou-se entre 4,3% e 84,2%, estando este mais presente entre os idosos não institucionalizados. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o IMC e as variáveis: idade, etnia, nível educacional, consumo de álcool e hábitos tabágicos (n=1; 8,33%), e género (n=2; 16,67%).

A nutrição é uma área de grande importância na idade geriátrica, sendo fundamental investir no cuidado nutricional de forma a possibilitar o máximo de saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Estado nutricional, Índice de Massa Corporal, Idoso

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, idoso é o indivíduo que, em países desenvolvidos tem mais de 65 anos, e em países em desenvolvimento tem mais de 60 anos (OMS, 2015). O envelhecimento demográfico indica as alterações na distribuição etária de uma população, expressando uma maior proporção de idosos (INE, 2017). A descida da natalidade, aumento da esperança média de vida e o impacto da migração, está a levar a uma alteração da composição da população mundial. Este fenómeno está a ocorrer em todos os países do mundo ainda que, de forma mais acentuada nos países desenvolvidos. Apesar de se poder considerar o aumento da esperança média de vida como uma vitória, esta transição também apresenta alguns desafios, nomeadamente sociais, económicos e culturais, colocando em questão a capacidade da sociedade atual ser capaz de acompanhar as necessidades inerentes a este fenómeno (FPNU, 2012).

O envelhecimento está associado a diversas alterações fisiológicas, associando-se à perda gradual das funções dos sentidos, alterações biológicas e surgimento de situações patológicas (doenças cardíacas, doenças respiratórias, cancro e demência) (OMS, 2015). A partir dos 65 anos, pode haver diminuição do apetite e conseqüentemente pode surgir anorexia geriátrica. Nesta faixa etária ocorrem alterações como a saciedade precoce, aumento do tempo necessário para finalizar a refeição e diminuição do número de refeições realizadas por dia, culminando com uma diminuição da ingestão alimentar diária, podendo esta diminuir até 30% (Ahmed & Haboubi, 2010; Wysokiński, Sobów, Kłoszewska & Kostka, 2015). Paralelamente, com o avançar da idade, ocorre habitualmente uma diminuição do gasto energético, diminuição da massa magra e um aumento do tecido adiposo (Cozzolino & Cominetti, 2013). Grande parte da gordura corporal localiza-se na região intra-hepática e intra-abdominal, estando associada à resistência à insulina e a um aumento do risco de doenças cardiovasculares e metabólicas como diabetes, doenças cardiovasculares, doenças do aparelho respiratório e hipertensão arterial (Ahmed & Haboubi, 2010; Silveira, Vieira, & De Souza, 2016).

A nutrição, é uma área de grande importância na idade geriátrica, dado que associada a um estilo de vida saudável e ativo, proporciona maior longevidade, independência e reduz as comorbidades e mortalidade (Cozzolino & Cominetti, 2013). Vários estudos demonstraram o impacto do estado nutricional na saúde e qualidade de vida dos idosos. Em meio hospitalar este influencia o tempo de internamento e o prognóstico do utente (Tavares, 2017) assim como o nível de independência (Parente, Pereira, & Mata, 2018). A presente revisão sistemática teve como objetivo estudar o estado nutricional da população idosa.

2. Metodologia

Esta pesquisa foi efetuada de acordo com as recomendações PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises) (Harrard, Galvão, & Pansani, 2015), baseada na análise de artigos referentes ao estado nutricional da população idosa.

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, em que os artigos foram selecionados por meio de busca nas bases de dados *Pubmed* e *Web of Science*, no horizonte temporal de 2010 a 2019, utilizando os termos chave (*elderly, older adults, geriatric age, seniors, third age, fourth age, nutritional status, nutritional state, nutritional assessment, BMI, Body Mass Index, Body Weight*) e as diferentes combinações entre eles.

Com o intuito de obter artigos adequados ao objetivo do estudo, estabeleceu-se um conjunto de critérios de inclusão, nomeadamente, estudos sobre o estado nutricional em idosos, de ambos os géneros publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019, disponíveis em texto integral, e publicados em inglês, espanhol e português. Excluíram-se estudos de revisão sistemática, e artigos de opinião.

Na pesquisa inicial foram identificados nas bases de dados 3671 artigos, dos quais 397 foram excluídos devido à duplicidade em ambas as bases de dados, tendo sido selecionados 3274. Destas publicações, 3006 foram excluídas e 269 foram selecionadas com base na leitura do título. Depois desta etapa, foram excluídos 140 artigos após leitura do resumo e 128 foram selecionados. Após a leitura do texto integral foram excluídos 116 artigos e apenas 12 preencheram os critérios de inclusão, sendo considerados para esta revisão (Figura 1).

Os 12 artigos foram analisados na íntegra (metodologia, conteúdo e pertinência dos resultados) para a integração nesta revisão sistemática da literatura. A avaliação crítica da qualidade metodológica foi realizada nos artigos selecionados, através de uma versão modificada de um instrumento de avaliação crítica, adaptado por Crombie (Steele, Bialocerkowski, & Grimmer, 2003). Este instrumento é constituído por 16 itens, sendo que é atribuído um ponto caso este se encontre expresso no estudo o item em questão e zero pontos quando ausente ou pouco claro (Steele, Bialocerkowski, & Grimmer, 2003). A qualidade metodológica de cada estudo foi cotada como baixa entre 0 e 5 pontos, moderada entre 6 e 11 pontos e alta entre 12 e 16 pontos. Assim, tendo em conta a pontuação obtida, a maioria dos artigos

(n=7; 58,3%) apresentou qualidade alta (Bermejo, García, Galera, Rodríguez, & Torramadé, 2015; Calvo et al., 2012; Chen, Winterstein, Fillingim, & Wei, 2019; Donini, Neri, Chiara, Poggiogalle, & Muscaritoli, 2013; Eide, Benth, Sortland, Halvorsen, & Almendingen, 2015; Galiot, Torrado, & Cambrodón, 2015; Mendes et al., 2018), sendo que os restantes cinco artigos (n=5; 41,7%) apresentou qualidade moderada (Barrón, Rodrigues, & Chavarría, 2017; Chang et al., 2018; De Sousa, De Mesquita, Pereira, & Azeredo, 2014; Guede et al., 2017; Noronha et al., 2015), não se tendo registado artigos com qualidade baixa.

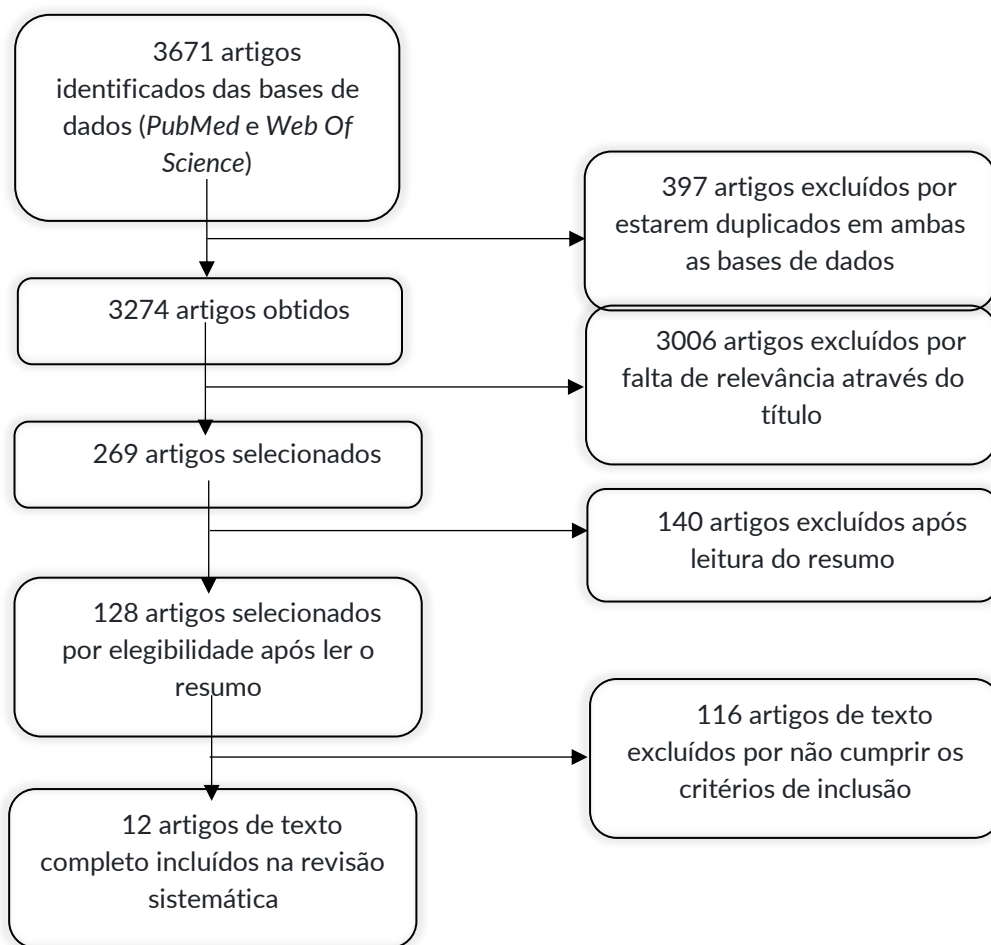


Figura 1- Fluxograma de seleção de artigos

3. RESULTADOS

Os dados retirados dos artigos selecionados foram resumidos e apresentados na Tabela 1, nomeadamente, autores, ano da publicação do estudo, tipo de estudo, país, dimensão da amostra, género, idade média, a utilização ou não de fórmulas de estimativa de peso e estatura, e as variáveis utilizadas para o estudo do estado nutricional.

Todos os estudos selecionados eram do tipo transversal, onde o tamanho da amostra variou entre 57 idosos (Galiot et al., 2015) e 3722 (Chang et al., 2018). Verificou-se uma predominância do género feminino (n=9; 75%) (Barrón et al., 2017; Bermejo et al., 2015; Chang et al., 2018; Chen et al., 2019; De Sousa et al., 2014; Donini et al., 2013; Guede et al., 2017; Mendes et al., 2018; Noronha et al., 2015). Os

valores médios de idade variaram entre $71,4 \pm 6,2$ anos (Barrón et al., 2017) e $82,1 \pm 6,3$ anos (Noronha et al., 2015), sendo que um artigo não referiu a média de idades dos indivíduos da amostra (Chen et al., 2019). Em relação aos países de origem, três estudos foram realizados em Espanha (n=3; 25%) (Bermejo et al., 2015; Calvo et al., 2012; Galiot et al., 2015), seguido por Portugal (n=2; 16,67%) (Mendes et al., 2018; Noronha et al., 2015), Chile (n=2; 16,67%) (Barrón et al., 2017; Guede et al., 2017), Brasil (n=1; 8,33%) (De Sousa et al., 2014), Estado Unidos da América (n=1; 8,33%) (Chen et al., 2019), República da China (n=1; 8,33%) (Chang et al., 2018), Noruega (n=1; 8,33%) (Eide et al., 2015) e Itália (n=1; 8,33%) (Donini et al., 2013).

Para a recolha de dados do estado nutricional, o Índice de Massa Corporal (IMC), foi a variável mais utilizada (n=12; 100%), seguido da classificação do *Mini Nutritional Assessment* (MNA) (n=6; 50%) (Bermejo et al., 2015; Calvo et al., 2012; De Sousa et al., 2014; Donini et al., 2013; Galiot et al., 2015; Noronha et al., 2015), peso (n=5; 41,67%) (Barrón et al., 2017; Eide et al., 2015; Mendes et al., 2018; Noronha et al., 2015), estatura (n=3; 25%) (Barrón et al., 2017; Mendes et al., 2018; Noronha et al., 2015), circunferência do braço (n=3; 25%) (Galiot et al., 2015; Mendes et al., 2018; Noronha et al., 2015), perímetro do gémeo (n=3; 25%) (Galiot et al., 2015; Mendes et al., 2018; Noronha et al., 2015), percentagem de perda de peso (n=3; 25%) (Bermejo et al., 2015; Donini et al., 2013; Galiot et al., 2015), perímetro da cintura (n=1; 8,33%) (Guede et al., 2017), perímetro da anca (n=1; 8,33%) (Mendes et al., 2018), razão cintura-anca (n=1; 8,33%) (Guede et al., 2017), razão cintura-estatura (n=1; 8,33%) (Guede et al., 2017). O número de variáveis utilizadas diferiu nos 12 artigos selecionados, variando entre um (n=5; 41,67%) (Calvo et al., 2012; Chang et al., 2018; Chen et al., 2019; Eide et al., 2015; Galiot et al., 2015) e 7 (n=2; 16,67%) (Donini et al., 2013; Guede et al., 2017). Verificou-se que 33,33% (n=4) dos artigos utilizou valores de peso e estatura estimados (De Sousa et al., 2014; Donini et al., 2013; Eide et al., 2015; Noronha et al., 2015), 25% (n=3), não fez recurso a esta metodologia (Barrón et al., 2017; Chang et al., 2018; Guede et al., 2017) e 41,67% (n=5) não é clara a utilização ou não das fórmulas de estimativa de peso e altura (Bermejo et al., 2015; Calvo et al., 2012; Chen et al., 2019; Galiot et al., 2015; Mendes et al., 2018). As medidas utilizadas para as fórmulas de estimativa de peso foram, altura do joelho (n=3; 25%) (De Sousa et al., 2014; Donini et al., 2013; Noronha et al., 2015), prega tricipital (n=1, 8,33%) (De Sousa et al., 2014), prega subescapular (n=1; 8,33%) (De Sousa et al., 2014) e a medida do antebraço (n=1; 8,33%) (Eide et al., 2015).

Verificou-se ainda o recurso a ferramentas de avaliação do risco nutricional, sendo a mais prevalente o MNA (n=7; 58,3%) (Bermejo et al., 2015; Calvo et al., 2012; De Sousa et al., 2014; Donini et al., 2013; Galiot et al., 2015; Mendes et al., 2018; Noronha et al., 2015), seguida do *Nutritional Risk Screening-2002* (NRS-2002) (n=1; 8,33%) (Eide et al., 2015), sendo que os restantes quatro artigos não fizeram recurso a este tipo de ferramenta (n=4; 33,3%) (Barrón et al., 2017; Chang et al., 2018; Chen et al., 2019; Guede et al., 2017). Relativamente à classificação do IMC, quatro artigos (33,33%) utilizaram a classificação da OMS (Donini et al., 2013; Eide et al., 2015; Mendes et al., 2018; Noronha et al., 2015) dois utilizaram a classificação do Ministério da Saúde do Chile para idosos (n=2; 16,67%) (Barrón et al., 2017; Guede et al., 2017), foram ainda utilizadas as classificações da organização *Centers for Disease and Control and Prevention* (CDC) (n=1; 8,33%) (Chen et al., 2019) Organização Pan-Americana de Saúde (n=1; 8,33%) (De Sousa et al., 2014) e *Health Promotion Administration* (n=1; 8,33%) (Chang et al., 2018), dois utilizaram a classificação utilizada na ferramenta MNA (n=2; 16,67%) (Bermejo et al., 2015; Galiot et al., 2015; Noronha et al., 2015) e outro não identifica a classificação utilizada (n=1; 8,33%) (Calvo et al., 2012).

A Tabela 2 sumariza o objetivo dos 12 artigos selecionados, o estado nutricional e ainda a indicação da institucionalização, ou não, de idosos.

Verificou uma maior prevalência de baixo peso num artigo (n=1; 8,33%) (De Sousa et al., 2014), peso adequado (n=4; 33,33%) (Barrón et al., 2017; Chang et al., 2018; Donini et al., 2013; Eide et al., 2015),

excesso de peso (n=4; 33,33%) (Calvo et al., 2012; Chen et al., 2019; Mendes et al., 2018; Noronha et al., 2015), e obesidade (n=2; 16,67%) (Galiot et al., 2015; Guede et al., 2017), sendo que um dos artigos verificou uma prevalência muito semelhante de idosos com excesso de peso e obesidade (34,4% e 34,3% respetivamente) (n=1; 8,33%) (Bermejo et al., 2015).

Verificou-se que, três artigos analisaram o estado nutricional por género (n=3; 25%) (Barrón et al., 2017; Donini et al., 2013; Guede et al., 2017). Destes, dois verificaram uma maior prevalência de indivíduos do género feminino com peso adequado (n=2; 16,67%) (Barrón et al., 2017; Donini et al., 2013) e um com obesidade (n=1; 8,33%) (Guede et al., 2017). Relativamente ao género masculino, um artigo verificou uma prevalência superior de indivíduos com peso adequado (57,1%) (n=1; 8,33%) (Barrón et al., 2017), um excesso de peso (n=1; 8,33%), e um obesidade (n=1; 8,33%) (Donini et al., 2013). Observou-se ainda que um artigo (n=1; 8,33%), fez a análise da prevalência de IMC segundo as categorias “Com risco de depressão” e “Sem risco de depressão”, verificando-se uma maior prevalência de idosos categorizados como “obesos” no grupo “sem risco de depressão” e idosos com excesso de peso no grupo “com risco de depressão” (Noronha et al., 2015). Visto isto, verificou-se que a maioria da população incluída nos diferentes estudos da presente revisão apresentam excesso de peso ou obesidade (n=7; 58,33%) (Bermejo et al., 2015; Calvo et al., 2012; Chen et al., 2019; Galiot et al., 2015; Guede et al., 2017; Mendes et al., 2018; Noronha et al., 2015).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o IMC e as variáveis, idade, etnia, nível educacional, consumo de álcool, hábitos tabágicos (n=1; 8,33%) (Chen et al., 2019) e género (n=2; 16,67%) (Chen et al., 2019; Guede et al., 2017).

Constatou-se que 50% (n=6) dos artigos, apresenta uma amostra de idosos institucionalizados (Bermejo et al., 2015; Calvo et al., 2012; De Sousa et al., 2014; Donini et al., 2013; Eide et al., 2015; Noronha et al., 2015) e 50% (n=6), apresenta uma amostra de idosos no domicílio (Barrón et al., 2017; Chang et al., 2018; Chen et al., 2019; Galiot et al., 2015; Guede et al., 2017; Mendes et al., 2018). Verificou-se uma prevalência superior de excesso de peso tanto em idosos institucionalizados (n=3; 25%) (Bermejo et al., 2015; Calvo et al., 2012; Noronha et al., 2015) como em idosos não institucionalizados (n=4; 33,33%) (Barrón et al., 2017; Chang et al., 2018; Chen et al., 2019; Galiot et al., 2015; Guede et al., 2017; Mendes et al., 2018), e prevalência superior de baixo peso em idosos institucionalizados (n=1; 8,33%) (De Sousa et al., 2014).

Autor, Ano	Tipo de estudo	País	n	Género Masculino	Género Feminino	Idade Média (anos) ± desvio padrão	Estimativa de Peso e estatura	Variáveis de recolha de dados para o estado nutricional
Chen et al. 2019	Transversal	Estados Unidos da América	3693	42,70%	57,20%	NI (>65 anos)	NI	IMC
De Sousa et al., 2014	Transversal	Brasil	233	87 (37,3%)	146 (62,6%)	79,5 ± 9,98	Sim	IMC, MNA
Chang et al. 2018	Transversal	República da China	3722	1611 (43,4%)	2111 (56,6%)	76,2 ± 6,5	Não	IMC
Eide et al. 2015	Transversal	Noruega	508	257	245	79,6 ± 6,4	Sim	IMC, peso
Guede et al.	Transversal	Chile	116	40,50%	59,50%	72,3	Não	IMC, Perímetro da cintura, razão

2017								cintura-anca, razão cintura-estatura
Noronha et al. 2015	Transversal	Portugal	84	31	53	82,1 ± 6,3	Sim	IMC, peso, estatura, circunferência do braço, perímetro do gêmeo, MNA
Galiot et al. 2015	Transversal	Espanha	57	31	26	80,98 ± 4,58	NI	IMC, % peso perdido, circunferência do braço, perímetro do gêmeo, MNA
Bermejo et al. 2015	Transversal	Espanha	3681	33,9	66,10%	82,08 ± 9,61	NI	IMC, MNA, % peso perdido
Calvo et al. 2012	Transversal	Espanha	106	58 (54,7%)	48 (45,3%)	79,4	NI	IMC, MNA
Donini et al. 2013	Transversal	Itália	100	29	71	80,2 ± 10	Sim	IMC, MNA, % peso perdido no último mês, % peso perdido nos últimos 3 meses
Barrón et al. 2017	Transversal	Chile	183	21 0 11,5%	162 88,5%	71,4 ± 6,2	NI	IMC, peso, estatura
Mendes et al. 2018	Transversal	Portugal	1425	591	834	74,9 ± 7,0	NI	IMC, Peso, estatura, circunferência do braço, perímetro da anca, perímetro do gêmeo

Tabela 1 - Visão geral dos estudos incluídos na revisão sistemática sobre o estado nutricional da população idosa

Legenda: n: tamanho da amostra, NI: não identificado, IMC: Índice de Massa Corporal, %: percentagem, MNA: Mini Nutritional

Autor, Ano	Objetivos	Estado Nutricional	Institucionalizados
Chen et al. 2019	Estudar a associação entre peso não recomendado e dor crónica numa amostra representativa de adultos Norte Americanos.	Foi identificado uma prevalência de 7,6% de baixo peso, 38,0% de sobrepeso e 26,6% de obesidade. Em comparação com o peso adequado, tanto o baixo peso como excesso de peso e obesidade apresentam maior probabilidade de experienciar dor crónica. Verificou-se relação entre o estado nutricional e o consumo de tabaco ($p=0,002$).	Não
De Sousa et al., 2014	Identificar a associação entre estado nutricional e dependência funcional de idosos institucionalizados.	Verificou-se que, dos idosos com dependência funcional 74,5% apresentava baixo peso. Na população estudada, verificou-se uma prevalência mais acentuada de baixo peso (58,8%), seguida do peso normal (31,8%), obesidade (5,1%) e excesso de peso (4,3%).	Sim
Chang et al. 2018	Estudar a associação entre IMC e qualidade de vida relacionada com saúde, auto relacionada de saúde e felicidade	A maioria da população (40,3%) encontrava-se com peso adequado, seguido do excesso de peso (31,0%), obesidade (24,3%) e baixo peso (4,4%). Indivíduos com baixo peso apresentou pontuação mais alta em relação às variáveis mencionadas.	Não
Eide et al. 2015	Estimar a prevalência de risco nutricional.	Em relação à classificação de IMC, 48% da população encontrava-se com peso adequado, 6,5% com baixo peso e 45,5% com excesso de peso.	Sim
Guede et al. 2017	Analisar as características antropométricas e a condição física funcional de idosos autónomos.	Verificou-se uma maior prevalência de excesso de peso (38,8%) no género masculino, e obesidade no género feminino (52,2%). Em ambos o género se verificou uma baixa prevalência de baixo peso.	Não
Noronha et al. 2015	Avaliar se a desnutrição está relacionada com sintomas depressão considerando os níveis de Vitamina B12 e ácido fólico no plasma.	Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o IMC e sintomas depressivos ($p=0,051$), no entanto, verificou-se uma maior prevalência de risco depressivo em idosos com excesso de peso (48,9%). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação à Vitamina B12 ($p=0,896$) e ácido fólico ($p=0,419$)	Sim
Galiot et al. 2015	Avaliar o Estado Nutricional de idosos autónomos não institucionalizados e determinar a relação entre risco nutricional, fatores sociais e qualidade de vida.	Não ocorreu diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao risco nutricional e género ($p=0,839$). Verificou-se ainda que os fatores sociais têm influência sobre o estado nutricional. Segundo a classificação do IMC, a maioria da população encontra-se com obesidade (84,2%), seguida de excesso de peso (12,3%).	Não
Bermejo et al. 2015	Examinar o Estado Nutricional dos idosos admitidos no SARquavita.	A prevalência de excesso de peso e obesidade foi muito semelhante (34,4% e 34,3%). Registou-se uma prevalência de 12,9% de baixo peso.	Sim
Calvo et al. 2012	Avaliar o uso do MNA em idosos hospitalizados para uma rápida avaliação do estado nutricional	Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o MNA e local de residência ($p<0,002$). A desnutrição foi significativamente maior entre idosos que vivem lares. A maioria dos idosos em estudos apresentaram excesso de peso (>80%).	Sim
Donini et al. 2013	Determinar a prevalência de desnutrição em hospitais e lares, para avaliar o nível atenção nutricional e medir a qualidade alimentar e a percepção do cuidado nutricional	A desnutrição associou-se à menor força muscular e à idade, isto é, com o aumento da idade ocorreu aumento da prevalência de desnutrição. No género masculino verificou-se maior prevalência de obesidade (36,6%), e no feminino peso adequado (50%).	Sim
Barrón et al. 2017	Determinar os hábitos alimentares, estado nutricional, atividade física e estilo de vida de	Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre géneros no que diz respeito às características antropométricas e idade ($p>0,005$), à exceção da estatura ($p=0,001$). Além do consumo de laticínios ($p=0,027$) nenhum outro alimento estudado apresentou diferenças estatisticamente	Não

Autor, Ano	Objetivos	Estado Nutricional	Institucionalizados
	idosos ativos pertencentes a grupos comunitários organizados no Chile.	significativas, no entanto verificou-se que os indivíduos que consumiam mais legumes e água apresentavam IMC adequado. A categoria do IMC mais prevalente foi peso normal, seguida de excesso de peso e obesidade.	
Mendes et al. 2018	Descrever a velocidade de marcha numa amostra de idosos e quantificar a associação entre excesso de peso, obesidade, risco nutricional e velocidade de marcha.	Ocorreram diferenças estatisticamente significativas em relação às diferentes classificações de IMC em indivíduos do género feminino, isto é, mulher com velocidade de marcha lenta apresentavam IMC mais elevado ($p < 0,001$). No geral, a classificação de IMC mais prevalente foi excesso de peso, seguido da obesidade e baixo peso.	Não

Tabela 2 - Visão geral dos objetivos e estado nutricional da população idosa

Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal; %: percentagem; MNA: Mini Nutritional Assessment; p : p-value

4. DISCUSSÃO

A avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar os indivíduos em risco de desenvolver complicações associadas ao estado nutricional. Esta pode ser realizada por meios convencionais, através da recolha de dados relativos à história clínica, exame físico, avaliação da ingestão oral, medidas antropométricas e exames bioquímicos ou meios não convencionais, como a densitometria computadorizada, ressonância magnética e absorciometria de raio-x de dupla energia (DEXA) (Cozzolino & Cominetti, 2013).

A avaliação do estado nutricional dos idosos é fundamental para que o indivíduo se mantenha saudável, ativo e independente. O recurso à antropometria, é um método de fácil aplicação, de baixo curso e não invasivo (Ferreira, Gomes & Oliveira, 2013; Soares, 2009). Destacam-se o peso, estatura, circunferências do braço e da perna e as dobras cutâneas tricipital e subescapular, sendo que o IMC é um bom indicador do estado nutricional (Cozzolino & Cominetti, 2013; Ferreira da Costa et al., 2013).

Tem vindo a ser demonstrado que o estado nutricional influencia a qualidade de vida dos idosos. Em meio hospitalar, a desnutrição relaciona-se com o tempo de internamento e readmissões (Miranda et al., 2012; Tavares, 2017), indo de encontro ao descrito por Eide et al., (2015), onde este verificou uma diferença estatisticamente significativa entre a classificação do MNA (*p-value* 0,023) e IMC (*p-value* <0,001), com o tempo de permanência em meio hospitalar, sendo que, quanto menor o IMC, maior o número de dias de internamento registados.

O baixo peso relacionou-se ainda com a fragilidade (Chen et al., 2019) (condição verificada em idosos, caracterizada pela diminuição de reservas fisiológicas e funcionais resultando em um aumento da vulnerabilidade às consequências causadas pelos fatores de risco e stress que poderão colocar em causa a saúde física e mental) (Fried et al., 2001; Lu et al., 2016), dor crónica (Chen et al., 2019), pontuação mais baixa no que diz respeito a questionários de saúde auto-avaliada (Chang et al., 2018) e dependência (De Sousa et al., 2014; Galiot et al., 2015). Este último dado, referente à dependência funcional vai ao encontro ao descrito por outros autores (Lázaro et al., 2019).

Em Portugal, cerca de 81% dos idosos têm excesso de peso ou obesidade (Ministério da Saúde, 2018). Nos artigos incluídos nesta revisão, Calvo et al (2012) e Mendes et al.(2018), verificaram valores muito semelhantes ao registado em Portugal (81,13% e 83,5% respetivamente). Nos estudos que comparam a prevalência das diferentes categorias de IMC por género, no geral, os indivíduos do género feminino apresentam prevalência superior de excesso de peso e obesidade relativamente aos indivíduos do género masculino (Barrón et al., 2017; Donini et al., 2013; Guede et al., 2017). Os valores encontrados vão ao encontro do estudo *Health at a Glance*, que apresenta dados sobre os principais indicadores de saúde e sistemas de saúde dos diferentes países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (OCDE, 2017), e ainda com os valores descritos, em específico, na população portuguesa (Ministério da Saúde, 2018).

O excesso de peso é um dos fatores de risco das doenças mais prevalentes na sociedade portuguesa. Entre as patologias mais decorrentes destacam-se a hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares (Ministério da Saúde, 2018; Santos et al, 2013). Nesta revisão da literatura, além de se ter verificado associação entre a obesidade e a diabetes *mellitus* (Chang et al., 2018), constatou-se ainda que o excesso de peso influencia a presença de fragilidade, ainda que de forma menos prevalente do que o baixo peso (Chen et al., 2019). O excesso de peso e a obesidade tem ainda influência sobre o sentimento de felicidade e sobre a componente mental da qualidade de vida relacionada com saúde, (Chang et al., 2018), resultados também descritos por Wachholz, Rodrigues, & Yamane (2011). Relativamente aos idosos não institucionalizados o excesso de peso e obesidade foi mais prevalente (n=6; 50%) (Barrón et al., 2017; Chang et al., 2018; Chen et al., 2019; Galiot et al., 2015; Guede et al., 2017; Mendes et al., 2018).

Existem alguns estudos que comparam as características dos idosos institucionalizados e não institucionalizados e vão ao encontro dos resultados dos artigos da presente revisão. Estes afirmam que há uma maior prevalência de baixo peso entre os idosos institucionalizados, que estes apresentam maior faixa etária, e apresentam níveis de dependência mais elevados, ao contrário dos não institucionalizados, que são mais novos, têm maior probabilidade de ter excesso de peso e obesidade e apresentam níveis de dependência menores (Nascimento Costa, 2017; Spinelli & Schneider, 2010). A diminuição de independência, juntamente com outros fatores como as mudanças do paradigma da sociedade, nomeadamente o isolamento social, levam a um constante aumento da população idosa institucionalizada (Gonzaga, Machado, & Machado, 2003; Paiva & Wajnman, 2005; Perlini, Leite, & Furini, 2007).

Chang et al.(2018), e Chen et al. (2019), verificaram diferenças estatisticamente significativas do estado nutricional em relação ao género ($p\text{-value}=0,009$ e $p\text{-value} <0,0001$ respetivamente).São vários os estudos que demonstram a existência de diferenças na composição corporal dos indivíduos do género masculino e feminino, tornando assim espectável a existência de diferenças estatisticamente significativas (He et al., 2018; Lasheras et al.; 1998; Song et al., 2014).

Chen et al., (2019), e Galiot et al. (2015), verificaram que os idosos com baixo peso eram principalmente do género feminino, contradizendo Chang et al., (2018), onde revela que as mulheres são mais prováveis de apresentar obesidade. Esta diferença de resultados pode ser explicada pela diferença de idades da população em questão, visto que na amostra estudada por Chang et al., (2018), o género feminino apresenta uma média de idades mais baixa relativamente ao género masculino.

O impacto dos hábitos alimentares e estilo de vida no estado nutricional de idosos foi estudado por Barrón et al., (2017), verificando-se que os indivíduos que consumiam a quantidade de legumes e fruta adequada, apresentavam uma prevalência inferior de excesso de peso em relação aos que consumiam quantidades inferiores ao recomendado. Constatou-se ainda uma associação entre o consumo de água e o estado nutricional, em que, os indivíduos que ingeriam maior quantidade de água por dia apresentavam uma maior probabilidade de possuir um estado nutricional adequado. Relativamente ao estilo de vida, os indivíduos que praticavam algum tipo de atividade física apresentavam maior probabilidade de ter peso adequado em relação aos que não praticam, tendo estes, maior probabilidade de apresentar obesidade. São diversos os fatores que podem influenciar o consumo alimentar, sendo estes mais proeminentes nos indivíduos não institucionalizados, que apresentem níveis de dependência maiores ou que se encontrem mais isolados e sem apoios de terceiros ou apoios reduzidos (Campos, Monteiro, & Ornelas, 2000). Já Lasheras et al., (1998) não encontrou relação estatisticamente significativa entre o IMC e os hábitos alimentares em idosos.

O consumo de álcool foi estudado por Chang et al.,(2018) e Chen et al., (2019) . Chen et al., (2019), ao contrário de Lasheras et al.(1998), verificou que o consumo de álcool está estatisticamente associado com o estado nutricional ($p\text{-value} =0,001$). Chang et al., (2018,) verificou uma diferença estatisticamente significativa entre o género masculino e feminino ($p\text{-value}<0,001$), sendo que, tal como no estudo de Lasheras et al., (1998), registou-se um maior consumo de álcool por parte dos indivíduos do género masculino, constatando-se ainda que, indivíduos que ingerem álcool apresentam menor classificação nos componentes físico e mental da qualidade de vida relacionada com saúde e felicidade autoavaliada (OCDE, 2017).

O consumo de tabaco apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado nutricional ($p\text{-value} = 0,002$) (Chen et al., 2019) e entre géneros, ($p\text{-value} <0,001$). Chen et al. (2019), verificaram ainda que os antigos fumadores obtiveram menores classificações no componente físico da qualidade de vida relacionada com saúde, saúde e felicidade autoavaliadas. Este resultado pode ser explicado pelo facto de o consumo de tabaco acarretar diversas consequências, nomeadamente nutricionais, sendo várias as teorias aceites que explicam a relação entre o tabagismo e o peso corporal, nomeadamente o aumento da taxa metabólica e a redução do apetite, culminando numa diminuição do peso corporal (De Negreiros, 2010; Maria et al, 1997; Perkins, Epstein, & Pastor, 1990).

Esta revisão sistemática apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados, tais como, a falta de padronização da classificação do IMC, a heterogeneidade dos estudos e tamanhos amostrais.

Conclusão

A presente revisão teve como objetivo estudar o estado nutricional da população idosa. Verificou-se uma prevalência de baixo peso entre 1,8% e 58,8%, estando mais presente entre os idosos institucionalizados. Nos artigos analisados, a prevalência de excesso de peso situou-se entre 4,3% e 84,2% estando este mais presente entre os idosos não institucionalizados. São diversas as variáveis que afetam o estado nutricional. O aumento da população idosa, exige a realização de mais estudos sobre esta temática para que seja perceptível quais as necessidades desta população, no que diz respeito ao cuidado nutricional, de forma a possibilitar o máximo de saúde e qualidade de vida.

Referências

- Ahmed, T., & Haboubi, N. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging*, 5, 207–216. <https://doi.org/10.2147/cia.s9664>
- Barrón, V., Rodrigues, A., & Chavarría, P. (2017). Hábitos alimentarios , estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán , Chile Eating habits , nutritional status and lifestyle among active seniors in the city of Chillan , Chile, 44(4), 57–62. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182017000100008>
- Bermejo, R. V., García, I. A., Galera, D. M., Rodrigues, M. de las H., & Torramadé, J. P. (2015). Prevalencia de desnutrición en personas mayores institucionalizadas en España: un análisis multicéntrico nacional, 31(3), 1205–1216. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8082>
- Bowen, M. E. (2012). The Relationship Between Body Weight, Frailty, and the Disablement Process. *Journals of Gerontology*, 67(5), 618–626. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs067>
- Calvo, I., Olivar, J., Martínez, E., Rico, A., Díaz, J., & Gimena, M. (2012). MNA ® Mini Nutritional Assessment as a nutritional screening tool for hospitalized older adults ; rationales and feasibility, 27(5), 1619–1625. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.5.5888>
- Campos, M. T. F. de S., Monteiro, J. B. R., & Ornelas, A. P. R. de C. (2000). Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista Nutrição*, 13(2), 157–165.
- Chang, H., Hsu, N., Chen, H., Tsao, H., Lo, S., & Chou, P. (2018). Associations between Body Mass Index and Subjective Health Outcomes among Older Adults : Findings from the Yilan Study , Taiwan. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122645>
- Chen, C., Winterstein, A. G., Fillingim, R. B., & Wei, Y. (2019). Body weight , frailty , and chronic pain in older adults : a cross-sectional study, 1–10.
- Cozzolino, S. M. F., & Cominetti, C. (2013). Bases Bioquímicas e Fisiológicas da Nutrição: Nas diferentes fases de vida, na saúde e na doença.
- De Negreiros, A. S. B. (2010). A Influência do Tabagismo na Prova de Função Pulmonar e no Estado Nutricional de Idosos. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- De Sousa, K. T., De Mesquita, L. A. S., Pereira, L. A., & Azeredo, C. M. (2014). Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de uberlândia (MG), Brasil, 19(8), 3513–3520. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21472013>
- Donini, L. M., Neri, B., Chiara, S. De, Poggiogalle, E., & Muscaritoli, M. (2013). Nutritional Care in a Nursing Home in Italy, 8(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055804>

- Eide, H. K., Benth, J. S., Sortland, K., Halvorsen, K., & Almendingen, K. (2015). Prevalence of nutritional risk in the non-demented hospitalised elderly: a cross-sectional study from Norway using stratified sampling, (16), 1–9. <https://doi.org/10.1017/jns.2015.8>
- Ferreira da Costa, A., Gomes da Cunha, A., & Oliveira, C. (2013). Avaliação Do Estado Nutricional Do Idoso Não Institucionalizado.
- FPNU. (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. *Fundo de População Das Nações Unidas (UNFPA)*, 12. <https://doi.org/978-0-89714-981-5>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults : Evidence for a Phenotype, *56*(3), 146–157.
- Galiot, A. H., Torrado, Y. P., & Cambrodón, I. G. (2015). Riesgo de malnutrición en una población mayor de 75 años no institucionalizada con autonomía funcional, *32*(3), 1184–1192. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.3.9176>
- Gonzaga, G., Machado, A. ., & Machado, D. (2003). Horas de trabalho: efeitos, idade, período e coorte.
- Guede, F. A., Chiroso, L. J., Fuentealba, S. A., Vergara, C. A., Ulloa, D. L., Salazar, S. E., & Márquez, H. A. (2017). Características antropométricas y condición física funcional de adultos mayores chilenos insertos en la comunidad, *34*(6), 1319–1327. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20960/nh.1288>
- Harrard, D., Galvão, T. F., & Pansani, S. A. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *24*(2), 335–342. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742015000200017>
- He, X., Li, Z., Tang, X., Zhang, L., Wang, L., He, Y., ... Yuan, D. (2018). Age- and sex-related differences in body composition in healthy subjects aged 18 to 82 years. *Medicine (United States)*, *97*(25), 12–17. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011152>
- INE. (2017). Projeções de população residente 2015-2080, (2015), 1–19.
- Lasheras, C., Gonzalez, C., Patterson, A. M., & Fernandez, S. (1998). Food Habits and Anthropometric Measurements in a Group of Independent and Institutionalized Elderly People in Spain. *J Nutr Sci Vitaminol*, *44*, 757–768.
- Lázaro, M. Á. P., Calleja Fernández, A., Castro Penacho, S., Tierra Rodríguez, A. M., & Vidal Casariego, A. (2019). Valoración del riesgo de malnutrición en pacientes institucionalizados en función del grado de dependencia. *Nutricion Hospitalaria*, *36*(2), 296–302. <https://doi.org/10.20960/nh.2196>
- Lu, Y., Tze Ying Tan, C., Shwe Zin Nyunt, M., Wing Hei Mok, E., Camous, X., Kared, H., ... Larbi, A. (2016). Inflammatory and immune markers associated with physical frailty syndrome : findings from Singapore longitudinal aging studies, *7*(20).
- Maria Veras Gonçalves-silva, R., Lemos-santos, M. G., & Botelho, C. (1997). Influência do tabagismo no ganho ponderal, crescimento corporal, consumo alimentar e hídrico de ratos, *23*(3).
- McCarthy, L. H., Bigal, M. E., Katz, M., Derby, C., Lipton, R. B., & Author, C. (2009). Chronic Pain and Obesity in the Elderly: Results from the Einstein Aging Study. *J Am Geriatr Soc*, *57*(1), 115–119. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02089.x>
- Mendes, J., Borges, N., Santos, A., Padrão, P., Moreira, P., Afonso, C., ... Amaral, T. F. (2018). Nutritional status and gait speed in a nationwide population-based sample of older adults, (February), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-22584-3>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*.

- Miranda, R., Salgado, N., Almeida, T., Silva, T., & Maciel, A. (2012). Métodos de avaliação para a detecção de Desnutrição em idosos Hospitalizados atendidos pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, Belém/PA.
- Moretto, M. C., Alves, R. M. de A., Neri, A. L., & Guariento, M. E. (2012). Relação entre estado nutricional e fragilidade em idosos brasileiros. *Rev Bras Clin Med.* <https://doi.org/10.1590/S1516-31802012000200006>
- Nascimento Costa, F. (2017). Comparação do estado nutricional, qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Universidade Estadual Paulista .
- Noronha, M. B., Cunha, N. A., Araújo, D. A., Abrunhosa, S. F., Rocha, A. N., & Amaral, T. F. (2015). Undernutrition , serum vitamin B12 , folic acid and depressive symptoms in older adults, *32(1)*, 354–361. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.8880>
- OCDE. (2017). Health at a Glance 2017. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- OMS. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.
- Paiva, P. de T. A., & Wajnman, S. (2005). Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil, *22(2)*.
- Parente, A., Pereira, A. M., & Mata, A. (2018). Estado nutricional e nível de independência em pessoas idosas. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 18–25. <https://doi.org/10.21011/apn.2018.1204>
- Perkins, K. ., Epstein, L. H., & Pastor, S. (1990). Changes in energy balance following smoking cessation and resumption of smoking in women. *Consulting and Clinical Psychology*, *58(1)*, 121–125.
- Perlini, N. M. O. G., Leite, M. T., & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares, 229–236. Retrieved from www.ee.usp.br/reeusp/
- Piani, M. C., Alves, A. L. S., Bervian, J., Graeff, D. B., Pancotte, J., Doring, M., & Dalmolin, B. M. (2016). Prevalence of depressive symptoms among elderly women from a Center of Reference and Care for the Elderly in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150211>
- Ray, L., Lipton, R. B., Zimmerman, M. E., Katz, M. J., & Derby, C. A. (2011). Mechanisms of association between obesity and chronic pain in the elderly, *152(1)*, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.08.043>
- Santos, R. R. dos, Bicalho, M. A. C., Mota, P., De, O. D. R., & Nunes, D. M. E. (2013). Obesidade em idosos, *23(1)*, 64–73. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130011>
- Scherar, F., & Vieira, J. L. da C. (2010, June). Estado Nutricional e a sua associação com risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos. *Revista de Nutrição*.
- Silveira, E. A., Vieira, L. L., & de Souza, J. D. (2016). Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. *Ciencia e Saude Coletiva*, *23(3)*, 903–912. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.01612016>
- Soares, M. (2009). Estado Nutricional e Padrão Alimentar de Idosos Diabéticos. Universidade de Aveiro.
- Song, H. J., Oh, S., Quan, S., Ryu, O.-H., Jeong, J.-Y., Hong, K.-S., & Kim, D.-H. (2014). Gender differences in adiponectin levels and body composition in older adults: Hallym aging study. *BMC Geriatrics*, *14(8)*, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-8>
- Spinelli, R. B., & Schneider, R. H. (Eds.). (2010). Estudo comparativo do estado nutricional de idosos independentes institucionalizados e não no Município de Erechim, RS. In: *Atualizações em geriatria e gerontologia III - Nutrição e Envelhecimento* (pp. 193–200). EDIPUCRS.

- Steele, E., Bialocerkowski, A., & Grimmer, K. (2003). The postural effects of load carriage on young people – a systematic review, 1–7.
- Tavares, A. P. P. (2017). Risco nutricional e tempo de internamento num grupo de idosos: relação com os reinternamento e terapêutica nutricional.
- Wachholz, P. A., Rodrigues, S. C., & Yamane, R. (2011). Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, pr. *Rev. Bras. Geriatria e gerontologia*, 8(1), 625–635.
- Wysockiński, A., Sobów, T., Kłoszewska, I., & Kostka, T. (2015). Mechanisms of the anorexia of aging—a review. *Age*, 37(4). <https://doi.org/10.1007/s11357-015-9821-x>

Risco de disfagia e estado nutricional: revisão sistemática da literatura

Dysphagia risk and nutritional status: systematic literature review

Ana Barbosa (anacatarinabarb@hotmail.com)¹, António Fernandes (toze@ipb.pt)², Ana Maria Pereira (amgpereira@ipb.pt)²

¹ Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal;

² Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal; Laboratório Associado para a Sustentabilidade e Tecnologia em Regiões de Montanha (SusTEC), Instituto Politécnico de Bragança, Campus de Santa Apolónia, 5300-253 Bragança, Portugal

Resumo

A disfagia, apresenta diversas complicações, como desidratação, pneumonia de aspiração, aumento de hospitalizações e mortalidade, sendo considerada como um fator de risco da desnutrição, devido a uma ingestão alimentar inadequada. Esta revisão sistemática teve como objetivo analisar, a associação entre o risco de disfagia e o estado nutricional da população com mais de 65 anos. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, de acordo com as recomendações PRISMA, com recurso às bases de dados *PubMed*, *Scopus* e *Web of Knowledge*. Incluíram-se 10 artigos, constatando-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre o estado nutricional e o risco de disfagia (n=9;90%). Na sua maioria (n=6; 60%), a prevalência do risco de disfagia não foi superior a 50%. Em 4 estudos (n=4; 40%), os indivíduos com risco de disfagia, apresentavam desnutrição ou risco de desnutrição. O desenvolvimento de disfagia na população envelhecida, acarreta modificações no seu estado nutricional, sendo necessário o desenvolvimento de rastreios para a sua identificação.

Palavras-chave: Disfagia, Distúrbios da deglutição, Estado nutricional, Avaliação nutricional, Idosos

Introdução

O envelhecimento da população é considerado um desafio da saúde pública, tendo ocorrido em primeira instância nos países desenvolvidos, mas atualmente, nos países em desenvolvimento já se verifica, um envelhecimento da população de uma forma mais acentuada (Lima-Costa & Veras, 2003). «O envelhecimento é um fenómeno do processo da vida, sendo este, marcado por alterações biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo» (Ferreira, Maciel, Silva, Sá, & Moreira, 2010, p. 1)". O fenómeno de envelhecimento, não é idêntico em todos os indivíduos, podendo assim, ser determinado pela genética ou ser influenciado pelo estilo de vida, pelo meio ambiente e pelos hábitos alimentares que cada indivíduo tem ao longo da vida (Ávila, Guerra & Meneses, 2007).

A junção do decréscimo da fecundidade com o aumento da esperança média de vida, bem como o aumento da emigração portuguesa, estão na base do envelhecimento em Portugal (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013). Segundo o Instituto Nacional de Estatística, o índice de envelhecimento em Portugal, entre 2015 e 2080, passará de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Apesar da nossa sociedade ser representada com uma sociedade envelhecida, também é uma sociedade onde os indivíduos vivem mais tempo (Cabral et al., 2013).

Independentemente da esperança média de vida, a população idosa apresenta uma elevada afluência aos serviços de saúde, com elevadas taxas de internamento, assim como de permanência hospitalar, quando comparada com as outras faixas etárias. Isto ocorre devido às alterações que o

organismo humano sofre com o fenômeno do envelhecimento, onde este se depara com uma sequência de alterações morfológicas e funcionais dos órgãos (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012). Uma das manifestações consideradas importantes, pode suceder-se através do distúrbio de deglutição de alimentos sólidos ou líquidos, denominando-se desta forma por disfagia.

A “*disfagia e as suas morbidades associadas levam a complicações crescentes na assistência à saúde, incluindo desnutrição, desidratação, pneumonia de aspiração, quedas, aumentos de hospitalizações e mortalidade*» (Madhavan, Carnaby, Chhabria, & Crary, 2018, p. 1)”. Atualmente, “*as diretrizes clínicas pretendem identificar o mais precoce possível o risco de disfagia(...)*» (Andrade et al., 2018, p. 2).

A desnutrição ou o risco de desnutrição, afeta cerca de 60% da população idosa, acarretando deste modo, complicações crescentes na assistência à saúde, como o aumento do risco de infecções, hospitalizações mais frequentes, diminuição da resposta imune, aumento dos custos de saúde e mortalidade (Pereira et al., 2015; Senior, Henwood, Beller, Mitchell, & Keogh, 2015). O desenvolvimento de disfagia foi caracterizado como um dos fatores de risco para a desnutrição, devido à dificuldade que esta população apresenta na ingestão alimentar, podendo levar à diminuição da qualidade de vida dos idosos (Andrade, Santos, Firmino, & Rosa, 2018; Carrión et al., 2015).

Tendo isto em consideração, esta revisão sistemática da literatura tem como objetivo analisar, a associação entre o risco de disfagia e o estado nutricional da população com mais de 65 anos.

Metodologia

A realização deste artigo de revisão sistemática da literatura, baseou-se nas recomendações PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análise)(Harrad, 2015). A pesquisa bibliográfica dos artigos concentrou-se nas bases de dados *PubMed*, *Scopus* e *Web of Knowledge*, sendo utilizados os descritores (*Dysphagia*, *Swallowing Disorders*, *Nutritional Status* e *Nutritional Assessment*) nas diferentes combinações possíveis.

Com o propósito de obter artigos adequados ao objetivo do estudo, instituiu-se um conjunto de critérios de inclusão, nomeadamente, estudos sobre a relação do estado nutricional e do risco de disfagia em idosos, disponíveis em texto integral e redigidos em inglês, espanhol e português. Foram excluídos artigos que não relacionassem o risco de disfagia com o estado nutricional e que não mostrassem relevância para o estudo.

A seleção dos artigos foi realizada de acordo com as recomendações PRISMA: 1º- exclusão dos artigos duplicados, 2º- exclusão dos artigos por falta de relevância através do título, 3º- exclusão após leitura do resumo e 4º- exclusão por não cumprimento os critérios de inclusão, ficando deste modo com os artigos que iam ao encontro dos critérios de inclusão estabelecidos (Figura 1).

Os 10 artigos selecionados foram analisados através de uma ferramenta de avaliação crítica, constituída por 16 itens, em que a atribuição de um ponto é referente a presença do mesmo item no artigo e na ausência desse item a pontuação esperada é de zero (Steele, Bialocerkowski, & Grimmer, 2003). A qualidade metodológica dos artigos foi considerada como baixa entre 0 a 5 pontos, moderada entre 6 a 11 pontos e alta entre 12 a 16 pontos. Tendo em conta a pontuação obtida, a maioria dos artigos 60% (Chatindiara et al., 2019; Goes et al., 2014; Hägglund, Fält, Hägg, Wester, & Levring Jäghagen, 2019; Izaola et al., 2018; Kurosawa et al., 2019; Popman, Richter, Allen, & Wham, 2018), apresentou uma qualidade alta, sendo que apenas 40% (Huppertz et al., 2018; Lim et al., 2018; Serra-Prat et al., 2012; Tagliaferri, Lauretani, Pelá, Meschi, & Maggio, 2019) apresentaram uma qualidade moderada.

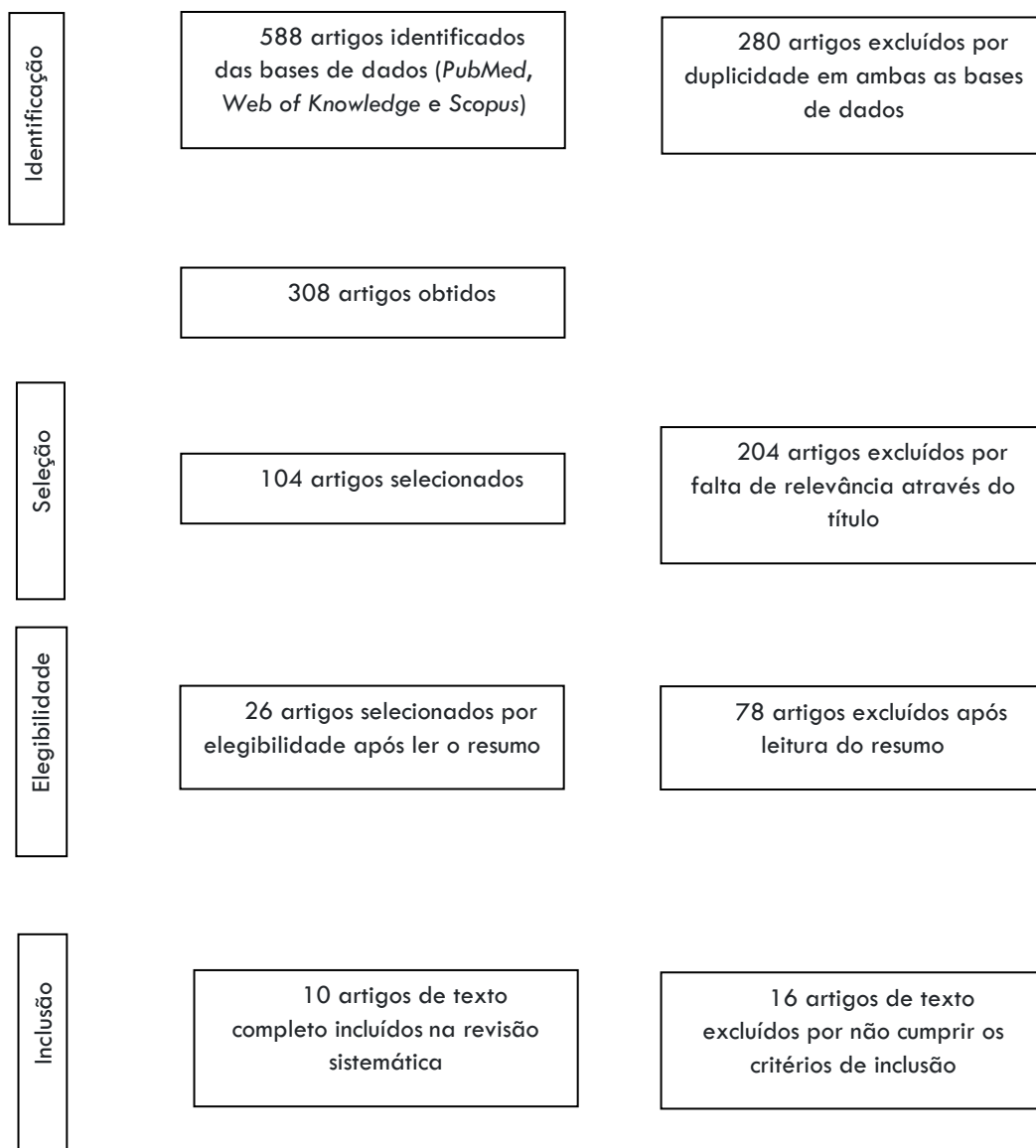


Figura 1. Fluxograma de seleção de artigos

Resultados

Na Tabela 1, encontram-se os dados retirados dos estudos selecionados, nomeadamente, o título, o autor e ano, país, tipo de estudo, instrumentos de recolha de dados, dimensão amostral, género e idade média. Dos 10 estudos incluídos, seis (n=6; 60%) são estudos transversais (Chatindiara et al., 2019; Huppertz et al., 2018; Izaola et al., 2018; Kurosawa et al., 2019; Popman et al., 2018; Tagliaferri et al., 2019), seguido de um (n=1; 10%) estudo descritivo e transversal (Hägglund et al., 2019), um (n=1; 10%) estudo prospetivo (Serra-Prat et al., 2012), um (n=1; 10%) estudo de coorte transversal (Goes et al., 2014) e um (n=1; 10%) dos estudos selecionados não refere que tipo de estudo que apresenta (Lim et al., 2018).

No que diz respeito à dimensão amostral, este varia de 30 (Goes et al., 2014) a 6349 indivíduos (Huppertz et al., 2018) e, na sua maioria, o género feminino é predominante em oito estudos (n=8; 80%) (Chatindiara et al., 2019; Hägglund et al., 2019; Huppertz et al., 2018; Izaola et al., 2018;

Kurosawa et al., 2019; Lim et al., 2018; Popman et al., 2018; Tagliaferri et al., 2019), nos restantes dois estudos, um não referiu o género (n=1; 10%)(Goes et al., 2014) e noutro estudo (n=1;10%) o género predominante foi o género masculino (Serra-Prat et al., 2012).

Os valores de média de idades variaram entre 77 ± 9.3 (Goes et al., 2014) e 90.0 ± 3.7 (Popman et al., 2018). A realização destes estudos variou em relação ao local de recolha de dados, sendo mais frequente em Espanha (n=2; 20%)(Izaola et al., 2018; Serra-Prat et al., 2012) e na Nova Zelândia (n=2; 20%)(Chatindiara et al., 2019; Popman et al., 2018), seguida da Coreia do Sul (n=1;10%)(Lim et al., 2018), Holanda (n=1;10%)(Huppertz et al., 2018), Brasil (n=1;10%)(Goes et al., 2014), Suécia (n=1;10%)(Hägglund et al., 2019), Itália (n=1;10%)(Tagliaferri et al., 2019) e Tóquio (n=1;10%)(Kurosawa et al., 2019).

Relativamente à recolha de dados sobre a disfagia, quatro estudos utilizaram o *Eating Assessment Tool* (EAT-10) (n=4;40%)(Chatindiara et al., 2019; Izaola et al., 2018; Popman et al., 2018; Tagliaferri et al., 2019), um estudo utilizou a escala de avaliação de risco de disfagia (n=1; 10%)(Lim et al., 2018), um estudo utilizou questionário padronizado do *Annual National Prevalence Measurement of Quality of Care* (LPZ) (n=1; 10%)(Huppertz et al., 2018), um estudo usou questionário para identificação do risco de disfagia orofaríngea em paciente com demência (n=1; 10%)(Goes et al., 2014), um estudo empregou o *Water Swallowing Test* (WST) (n=1; 10%)(Hägglund et al., 2019), um estudo utilizou o *Dysphagia Severity Scale* (DSS) e videoendoscopia (n=1; 10%)(Kurosawa et al., 2019), e por ultimo um estudo empregou o *Volume Viscosity Swallow test* (V-VST) (n=1; 10%)(Serra-Prat et al., 2012).

A recolha de dados do estado nutricional, a variável mais utilizada foi o MNA (n=5;50%)(Chatindiara et al., 2019; Izaola et al., 2018; Kurosawa et al., 2019; Lim et al., 2018; Serra-Prat et al., 2012). Em dois estudos, as variáveis usadas foi o MNA e o Índice de Massa Corporal (IMC) (n=2; 20%)(Popman et al., 2018; Tagliaferri et al., 2019), um estudo utilizou como variáveis IMC e % de perda de peso (n=1; 10%)(Huppertz et al., 2018), um estudo utilizou o MNA e o recordatório das 24 horas (n=1; 10%)(Goes et al., 2014) e por fim, um estudo utilizou a ferramenta observação alimentar mínima e a versão nutricional II (n=1;10%)(Hägglund et al., 2019).

Na tabela 2, encontra-se resumido o objetivo, a prevalência do risco de disfagia, o estado nutricional dos participantes com risco de disfagia e a relação entre risco de disfagia e estado nutricional dos 10 estudos selecionados.

A prevalência de disfagia variou de 7% a 83.1% consoante os diferentes estudos, sendo que na sua maioria (n=6; 60%) a prevalência não foi superior a 50% (Chatindiara et al., 2019; Huppertz et al., 2018; Kurosawa et al., 2019; Popman et al., 2018; Serra-Prat et al., 2012; Tagliaferri et al., 2019). Um estudo utilizou uma escala que distinguia a disfagia pelos diferentes riscos, como baixo risco (13.1%), risco leve (70%) e risco moderado (16.6%), não havendo nenhum participante classificado como risco grave de disfagia (Goes et al., 2014). Os restantes três estudos apresentaram uma prevalência de disfagia superior a 50% (Hägglund et al., 2019; Izaola et al., 2018; Lim et al., 2018). Lim et al., (2018), verificaram a associação do género feminino e idade superior a 75 anos, com o risco de disfagia. Outro estudo, verificou uma associação da diminuição do estado funcional e o aumento de idade com o risco de disfagia (Hägglund et al., 2019), e por ultimo um estudo verificou uma associação entre os géneros e o *Calf Circumference* (CC) com o risco de disfagia (Kurosawa et al., 2019).

Alusivamente ao estado nutricional, observou-se que em cinco estudos (n=5; 50%), os participantes com risco de disfagia, encontravam-se maioritariamente eutróficos (Hägglund et al., 2019; Huppertz et al., 2018; Kurosawa et al., 2019; Lim et al., 2018; Serra-Prat et al., 2012). Em quatro estudos (n=4;40%), a prevalência de desnutrição ou risco de desnutrição era superior, nos

participantes com risco de disfagia, situando-se entre 30 a 70.6% (Chatindiara et al., 2019; Goes et al., 2014; Popman et al., 2018; Tagliaferri et al., 2019).

A associação entre o estado nutricional e o risco de disfagia foi verificado na maioria dos estudos (n=9; 90%) (Chatindiara et al., 2019; Hägglund et al., 2019; Huppertz et al., 2018; Izaola et al., 2018; Kurosawa et al., 2019; Lim et al., 2018; Popman et al., 2018; Serra-Prat et al., 2012; Tagliaferri et al., 2019). Serra-Prat et al.,(2012), verificaram uma associação entre o risco de disfagia e o estado nutricional no seguimento (p=0.010). Destes nove estudos, a correlação inversa foi observada em dois estudos (n=2) (Izaola et al., 2018; Popman et al., 2018) e a correlação direta foi observada num estudo (n=1) (Kurosawa et al., 2019). A associação não foi observada num estudo, tendo em consideração que as diferentes escalas do estado nutricional estavam distribuídas pelos diferentes riscos de disfagia (p=0.377) (Goes et al., 2014).

Título	Autor/Ano	País	Tipo de estudo	Instrumento de recolha de dados		Tamanho da Amostra	Nº masculino (%)	Nº feminino (%)	Idade Média ± desvio padrão
				Risco de disfagia	Estado nutricional				
The 10-item eating assessment tool is associated with nutritional status, mortality and hospital stay in elderly individuals requiring hospitalization with acute diseases	Izaola et al (2018)	Espanha	Transversal	EAT-10	MNA	560	43.8%	56.2%	80.3 ± 8.3
Socio-demographic factors and diet-related characteristics of community-dwelling elderly individuals with dysphagia risk in South Korea	Lim et al (2018)	Coreia do Sul	NI	Escala de avaliação de risco de disfagia	MNA	568	44.2%	55.8%	NI ≥ 65 anos
Association between oropharyngeal dysphagia and malnutrition in dutch nursing home residents: results of the national prevalence measurement of quality of care	Huppertz et al (2018)	Holanda	Transversal	Questionário padronizado LPZ	IMC e % perda de peso	6349	29.8%	70.2%	NI ≥ 65 anos
Avaliação do risco de disfagia, estado nutricional e ingestão calórica em idosos com Alzheimer	Goes et al (2014)	Brasil	Corte transversal	Questionário para identificação do risco de disfagia orofaríngea em paciente com demência	MNA e recordatório das 24 horas	30	NI	NI	77 ± 9.3
Associations between nutrition risk status, body composition and physical performance among community-dwelling older adults	Chatindiara et al (2018)	Nova Zelândia	Transversal	EAT-10	MNA-SF	257	47%	53%	79
Swallowing dysfunction as risk factor for undernutrition in older people admitted to Swedish short-term care: a cross-sectional study	Hägglund et al (2019)	Suécia	Descritivo e Transversal	WST	Observação alimentar mínima e a versão nutricional II	391	46.5%	53.5%	84
The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a	Tagliaferri et al (2019)	Itália	Transversal	EAT-10	MNA e IMC	773	38.7%	61.3%	81.97 ± 7.10

Título	Autor/Ano	País	Tipo de estudo	Instrumento de recolha de dados		Tamanho da Amostra	Nº masculino (%)	Nº feminino (%)	Idade Média ± desvio padrão
				Risco de disfagia	Estado nutricional				
larges populations of outpatient older individuals									
High nutrition risk is associated with higher risk of dysphagia in advanced age adults newly admitted to hospital	Popman et al (2018)	Nova Zelândia	Transversal	EAT-10	MNA e IMC	88	35.2%	64.8%	90.0 ± 3.7
Calf Circumference Is a Useful Index for Assessing Dysphagia among Community Dwelling Elderly Recipients of Long-Term Care	Kurosawa et al (2019)	Tóquio	Transversal	DSS e videoendoscopia	MNA-SF	154	42.2%	57.8%	80.1 ± 7.1
Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study	Serra-Part et al (2012)	Espanha	Prospetivo	V-VST	MNA	254	53.5%	47.5%	78.2 ± 5.6

Tabela 1: Caracterização dos estudos incluídos

Legenda: NI- Não Identificado; EAT-10 – *Eating Assessment Tool* ; WST- *Water Swallowing Test*; DSS- *Dysphagia Severity Scale*; V-VST- *Volume-Viscosity Swallow test*; MNA- *Mini Nutritional Assessment*

Autor/Ano	Objetivo	Prevalência do risco de disfagia	Disfagia VS estado nutricional	
			Estado nutricional dos participantes com disfagia	Relação sobre o estado nutricional com o risco de disfagia
Izaola et al (2018)	Investigar as associações entre o estado nutricional pelo teste de Mini Avaliação Nutricional (MNA) e a disfagia do EAT-10 em idosos que necessitam de cuidados bucais nutricionais em um hospital agudo.	O valor médio do EAT-10 foi de 11.2 ± 0.83 . Um total de 465 (83.1%) apresentou um score do EAT-10 ≥ 3 , indicando deste modo a presença de risco de disfagia. Os parâmetros antropométricos como o peso e o IMC foram mais baixo em pacientes que apresentaram um score ≥ 3 no EAT-10, de igual modo, apresentaram uma permanência hospitalar e mortalidade superior.	NI	Verificou-se uma correlação negativa entre o score do teste EAT-10 com o score do MNA ($r = -0.43$; $p = 0.001$), havendo deste modo uma associação entre estes dois parâmetros.
Lim et al (2018)	Determinar o risco de disfagia em idosos da comunidade e avaliar seu estado nutricional.	Um total de 350 (61.6%) utentes foram classificados com risco de disfagia. Verificou-se diferenças significativas entre o sexo, idade, escolaridade, estado social e econômico, nos grupos de utentes que apresentaram risco de disfagia e não apresentaram risco. O risco de disfagia foi significativamente maior em mulheres (OR = 1,82; $p = 0.004$) e em indivíduos com idades superiores a 75 anos (OR = 2,40; $p < 0.001$).	Os utentes com risco de disfagia, foram classificados como normal estado nutricional, em risco de desnutrição e desnutridos, 56.5%, 39.1% e 4.4%, respetivamente.	A desnutrição foi mais significativa no grupo com risco de disfagia (OR = 4,15; $p = 0.001$).
Huppertz et al (2018)	Delinear associações entre DO e desnutrição em residentes holandeses em enfermarias de enfermarias psicogeriatricos e somáticas.	Aproximadamente um em cada oito utentes sofria de problemas de deglutição (12.1%) e um em cada quatorze tossia/espirrava ao deglutir líquidos ou alimentos sólidos (6.9%). A prevalência dos utentes com risco de disfagia foi maior ($p = 0,017$) em 2016 (13,0%) em comparação com a	A desnutrição foi observada com mais frequência nos residentes psicogeriatricos quando comparada com os residentes somáticos ($p = 0.002$).	A disfagia orofaríngea revelou uma associação significativa com a desnutrição ($p < 0.001$).

Autor/Ano	Objetivo	Prevalência do risco de disfagia	Disfagia VS estado nutricional	
			Estado nutricional dos participantes com disfagia	Relação sobre o estado nutricional com o risco de disfagia
		prevalência de residentes com problemas de deglutição em 2017 (11,1%). O problema de deglutição foi associado aos utentes residentes na unidade psicogeriatría (p=0.025).	Dos utentes com risco de disfagia 17.2% apresentavam desnutrição	
Goes et al (2014)	Analisar e identificar a relação entre o risco de disfagia, o estado nutricional, a ingestão calórica e o estágio da doença de Alzheimer.	Os utentes avaliados para o risco de disfagia, cerca de 13.3%, 70% e 16.6%, apresentou respetivamente, baixo risco, risco leve e risco moderado de disfagia. Não foram observadas diferenças significativas entre as características sociodemográficas e o desenvolvimento de disfagia. Foi encontrada uma associação entre a disfagia e doença de Alzheimer (p=0.019).	Referente ao estado nutricional, cerca de 30%, 53.3% e 16.6%, estava respetivamente, desnutrido, em risco de desnutrição e com um estado nutricional adequado. Verificou que a ingestão de cobre, magnésio, ferro, sódio, ácido fólico e vitamina B12 era inadequada, mas de um modo geral a ingestão de micronutrientes era inadequada entre todos os participantes	Não foram encontradas diferenças entre os diferentes grupos do estado nutricional com os diferentes graus de disfagia analisados no estudo (p=0.377).
Chatindiara et al (2018)	Avaliar as associações entre status de risco nutricional, composição corporal e desempenho físico (velocidade da marcha e FTSTS).	Cerca de 7% (n=17) dos participantes apresentavam risco de disfagia, com um EAT-10 \geq 3.	Dos participantes que apresentavam risco de disfagia (7%), 29.4% (n=5) estavam em risco de desnutrição e 70.6% (n=12) estavam bem nutridas.	Após análise das tabelas do estudo verificou-se uma associação entre o risco de disfagia e o estado nutricional (p=0.035). Em relação a regressão logística univariada e múltipla o valor do OR=0.28 e p=0.026 na uni e na múltipla OR=0.29 e p=0.045.
Hägglund et al (2019)	Descrever a prevalência de disfunção da deglutição, incluindo capacidade de deglutição e sinais de aspiração, e o risco de desnutrição.	A disfunção da deglutição foi encontrada em 63% dos participantes, estando esta associada à diminuição do estado funcional (p=0.015) e ao aumento da idade (p=0.027). Não foram encontradas diferenças	Dos 63% dos participantes que apresentavam disfunção da deglutição, 65 estavam em risco nutricional (26.3%).	Verificou-se uma associação entre a disfunção da deglutição e do risco de desnutrição (p=0.033). Os participantes com a capacidade de deglutição anormal, apresentou maior risco de desnutrição (OR=1.74).

Autor/Ano	Objetivo	Prevalência do risco de disfagia	Disfagia VS estado nutricional	
			Estado nutricional dos participantes com disfagia	Relação sobre o estado nutricional com o risco de disfagia
	Analisar a relação entre a disfunção da deglutição e o risco de desnutrição entre idosos com diagnósticos diferentes nos cuidados de curto prazo suecos e potenciais diferenças relacionadas ao gênero	significativas da disfunção da deglutição com o sexo (p=0.991).		
Tagliaferri et al (2019)	Explorar o risco de disfagia em uma grande população de pacientes idosos, e investigue sua relação com desnutrição e resultados funcionais, status cognitivo e número de medicamentos	Dos 773 participantes, 30.14% apresentaram risco de disfagia com um score mediano do EAT-10 de 1.	Dos 30.14% participantes com risco de disfagia de 17% apresentavam estado nutricional normal, 33% risco de desnutrição e 54% desnutrido.	Ocorreu uma associação significativa e negativa entre o risco de disfagia e o estado nutricional ($\beta = -0,47 \pm 0,06$; $p < 0.0001$), mas não com o IMC. Numa análise multivariável, com potenciais fatores de confusão (idade, sexo, IMC, SPPB, força de preensão manual, MEEM e número de medicamentos) a força da associação, foi menor, mas ainda estatisticamente significativa, apoiando a ideia de que o risco de desnutrição aumenta juntamente com o risco de disfagia ($\beta = -0,28 \pm 0,07$, $p < 0,0001$). Numa análise de regressão logística, a variável do estado nutricional, foi identificada como uma variável capaz de prever do risco de disfagia com um OR=0.91 (p=0.03)
Popman et al (2018)	Estabelecer a prevalência de risco nutricional e fatores de risco associados entre adultos em idade avançada recentemente hospitalizados	Os participantes neste estudo, apresentaram uma pontuação média do EAT-10 de 10.0 ± 7.2 , sendo que 29.5% (n=26) foram identificados com risco de disfagia.	Dos 26 participantes, 19.2% (n=5) estavam bem nutridos, 30.8% (n=8) estavam em risco de desnutrição e 50% (n=13) estavam desnutridos.	Verificou-se que o estado nutricional esta correlacionada inversamente com o score do risco de disfagia ($r=-0.383$; $P < 0,001$).
Kurosawa et al (2019)	Utilidade das medidas de CC para prever disfagia em idosos da comunidade e residentes de enfermagem que estão em serviços de longa permanência.	Dos participantes em estudo e com base na DSS, 37 (24.03%) participantes apresentaram risco de disfagia. Verificou-se diferenças significativas, entre o sexo e participantes com e sem disfagia (p=0.053) e CC (p<0.001).	Dos 37 participantes, 51.4% (n=19) estavam bem nutridos, 40.5% (n=15) estavam em risco de desnutrição e 8.1% (n=3) estavam desnutridos.	O estado nutricional está significativamente associado ao risco de disfagia (p < 0.001) e apresentou uma correlação direta de (r=0.681). A análise de regressão logística mostrou que a presença de disfagia estava

Autor/Ano	Objetivo	Prevalência do risco de disfagia	Disfagia VS estado nutricional	
			Estado nutricional dos participantes com disfagia	Relação sobre o estado nutricional com o risco de disfagia
				independentemente associada à CC, após ajuste para idade e sexo. O CC está significativamente correlacionado com o MNA ($r = 0,569$) e DSS ($r = 0,612$). A área sob as curvas ROC para CC foi de 0,876 em homens e 0,842 em mulheres.
Serra-Part et al (2012)	Determinar se a DO aumentou o risco de desenvolver desnutrição e / ou LRTI-CAP na população de 70 anos ou mais que vive na comunidade.	Dos 254 participantes incluídos no estudo, 69 (27.2%) apresentaram risco de disfagia	Dos 69 participantes com risco de disfagia incluídos no estudo, 21.74% (n=15) apresentavam em risco nutricional.	A incidência anual de risco de desnutrição ou desnutrição, foi maior naqueles com sinais basais de disfagia orofaríngea em comparação com aqueles sem sinais basais de disfagia orofaríngea, embora essas diferenças não tenham sido estatisticamente significantes. No entanto, os casos de prevalência de risco de desnutrição ou desnutrição, no seguimento foram associados à disfagia orofaríngea basal (OR = 2,72; P = 0,010), bem como aos sinais basais da EEI (OR = 2,73; P = 0,015).

Tabela 2: Objetivos e caracterização dos resultados

Legenda: CC- Calf Circumference; DO- disfagia orofaríngea; LRTI-CAP- Infecção do trato respiratório inferior-pneumonia adquirida na comunidade; FTSTS - *Speed and the five-times-sit-to-stand test*

Discussão

Com o avançar da idade, alterações relacionadas com a fisiologia da deglutição têm tendência a aumentar, apresentando deste modo uma preocupação crescente na saúde da população envelhecida. A modificação na ingestão alimentar na população que sofre de disfagia é comum, contribuindo assim, para alterações no estado nutricional (Sura et al., 2012). Essas alterações, foram verificadas em todos os artigos analisados, verificando a existência de uma associação significativamente estatística entre o estado nutricional e o risco de disfagia.

A ferramenta de diagnóstico EAT-10, apresenta uma sensibilidade de 69.70% e especificidade de 72% (Gonçalves, Remaili, & Behlau, 2013). Dos 10 artigos analisados, apenas quatro (40%), utilizaram como ferramenta de diagnóstico da disfagia o EAT-10 (Chatindiara et al., 2019; Izaola et al., 2018; Popman et al., 2018; Tagliaferri et al., 2019). Um dos estudos referidos anteriormente (Izaola et al., 2018), investigou a associação do estado nutricional e a disfagia em idosos a nível hospitalar, observando-se que a prevalência de disfagia na sua população era de 83.1%. Outro estudo incluído nesta revisão realizado por Popman et al., (2018), avaliou de igual modo a prevalência de disfagia numa população idosa hospitalizada, verificou que a incidência desta foi de 29.5%, apresentando assim uma população na sua grande maioria sem disfagia, quando comparada com o estudo referido anteriormente. Após estudar a prevalência de disfagia numa comunidade na Nova Zelândia, Chatindiara et al., (2019), verificaram que apenas 7% da sua população apresentava disfagia, obtendo uma pontuação no EAT-10 ≥ 3 . Num estudo realizado na Itália (Tagliaferri et al., 2019), 30.1% da população não institucionalizada apresentava disfagia. Igarashi et al., (2019), desenvolveram um estudo na população envelhecida dependente e independente, constatando-se que 53.8% e 25.1%, respetivamente, apresentavam disfagia. Em comparação com os estudo incluídos nesta revisão, apenas o estudo de Popman et al (Popman et al., 2018), vai de encontro com os seus achados.

Apesar da ferramenta EAT-10 ser fácil de aplicar, existem outros métodos de avaliar a função da deglutição. Num estudo abrangido nesta revisão, que analisou 254 pessoas (Serra-Prat et al., 2012), observou-se através da V-VST, que 27.2% dos indivíduos apresentavam disfagia orofaríngea. O V-VST, apresenta a capacidade de distinguir sinais de eficácia prejudicada e sinais de segurança comprometida, sendo uma mais valia ao avaliar o estado nutricional (Clavé et al., 2008). A prevalência de disfagia orofaríngea num estudo de uma unidade de convalescença na fase de anamnese foi de 26.7%, posteriormente aplicaram o V-VST e observaram que a amostra era superior ao detetado na anamnese (53.5%)(Silveira Guijarro et al., 2011). Outro estudo verificou que a prevalência de disfagia numa unidade de geriátrica aguda era de 55% (Cabre et al., 2009). (Lim et al.,(2018), avaliaram o risco de disfagia numa população envelhecida na Coreia do Sul, constatando-se que 61.6% dos idosos que habitavam na comunidade apresentavam risco de disfagia. Este achado vai ao encontro com outros estudos realizado na Coreia, onde verificaram que a prevalência do risco de disfagia em idosos da comunidade estava compreendida entre 50 e 65% (Kim & Park, 2014; Park, 2015; Yim, Kim, & Son, 2014). Outro estudo abrangido nesta revisão (Huppertz et al., 2018), observou que a prevalência de problemas de deglutição dos utentes foi maior em 2016 (13,0%) em comparação com a prevalência de residentes com problemas de deglutição em 2017 (11,1%).

O estudo desenvolvido por (Kurosawa et al., 2019), verificou a existência de uma associação entre a disfagia e os géneros e o CC. Esta associação vai ao encontro com os achados num estudo desenvolvido por Matsuo et al.; (2018), constatando-se uma correlação independente entre o CC e a disfagia nos idosos. Kurosawa et al., (2019), concluíram que o CC pode ser um indicador para a disfagia, visto que este apresenta uma correlação direta com o MNA ($r=0.569$). No estudo de Lim et al.,(2018), observou-se uma associação entre o aumento da idade (>75 anos) e o género

feminino, enquanto que, no estudo de Hägglund et al., (2019), não se verificou associação da disfagia com os géneros, mas com o aumento da idade e com a degradação do estado funcional. Com o aumento da idade, observa-se uma maior associação com o risco de disfagia, devido as alterações que o organismo humano sofre no processo do envelhecimento (Turner & Ship, 2007).

A prevalência de desnutrição e risco de desnutrição (36.8% e 55.3%) aumenta na população que apresenta disfagia, quando compara com aqueles que não apresenta (Galán Sánchez-Heredero et al., 2014). O MNA apresenta uma sensibilidade de 98% e uma especificidade de 25%, sendo deste modo uma das escalas mais utilizadas para avaliar o estado nutricional da população idosa (Tarazona Santabalbina et al., 2009; Vellas et al., 2006). Esta escala foi utilizada para avaliação do estado nutricional na maioria dos estudos analisados (50%) (Chatindiara et al., 2019; Izaola et al., 2018; Kurosawa et al., 2019; Lim et al., 2018; Serra-Prat et al., 2012). Num estudo desenvolvido na Coreia do Sul, a incidência de desnutrição, risco de desnutrição e estado nutricional adequado, na população que apresentava disfagia foi respetivamente de 4.4%, 39.1% e 56.5% (Lim et al., 2018). Estes valores vão ao encontro com o estudo realizado em Tóquio (Kurosawa et al., 2019), onde a prevalência de população com disfagia e com o estado nutricional normal foi de 51.4%, risco de desnutrição de 40.5% e desnutrição de 8.8%. Outro estudo incluído nesta revisão, verificou que a população que apresentava disfagia, na sua maioria estava desnutrida (70.6%) (Chatindiara et al., 2019), não indo ao encontro com outro estudo abrangido nesta revisão, desenvolvido na Espanha que verificou, que apenas 21.74% estava desnutrido, estando na sua maioria bem nutrido (Serra-Prat et al., 2012).

O estudo desenvolvido por Goes et al., (2014), analisou a ingestão alimentar dos 30 idosos verificando-se que a ingestão de cobre, magnésio, ferro, sódio, ácido fólico e vitamina B12 era inadequada. Resultados similares foram relatados por Kwon et al., (2017), em que se verificou uma ingestão inadequada de sais minerais e vitaminas. Outro estudo realizado no Brasil (Fisberg et al., 2013), revelou na sua população uma ingestão inadequada de vitamina E, D, A, B6 e B1, de minerais como o cálcio, magnésio, zinco e cobre, assim como ingestão aumentada de sódio.

Chatindiara et al.,(2019), revelaram que a desnutrição era menos provável nos participantes com idades inferiores a 85 anos, facto corroborado na literatura, onde se verifica o aumento significativo do risco nutricional com o avançar da idade (Smoliner, Fischedick, Sieber, & Wirth, 2013; Söderhamn, Dale, Sundslí, & Söderhamn, 2012). Hägglund et al., (2019), verificaram que a desnutrição era mais frequente no género feminino (OR= 1.93), facto também revelado no estudo de Kurosawa et al., (2019), onde se verificou a existência de diferenças significativas entre os géneros, sendo associado ao género feminino ($p < 0.001$).

Nos estudos analisados, a associação do estado nutricional com o risco de disfagia foi observado na sua grande maioria (90%)(Chatindiara et al., 2019; Hägglund et al., 2019; Huppertz et al., 2018; Izaola et al., 2018; Kurosawa et al., 2019; Lim et al., 2018; Popman et al., 2018; Serra-Prat et al., 2012; Tagliaferri et al., 2019). Esta associação não vai ao encontro com os achados de Andrade et al., (2029), onde se constatou que o estado nutricional e o risco de disfagia não obtiveram uma associação estatisticamente significativamente. Contrariamente, Silva et al., (2019), revelaram que nenhum participante com disfagia se encontrava num estado nutricional adequado, observando-se a existência de uma associação entre a disfagia e o risco de desnutrição ($p=0.028$). O estudo de Andrade et al., (2018), revelou que quanto maior o risco de disfagia, menor eram as medidas antropométricas, achado corroborado com os estudos de Izaola et al., (2018) e Popman et al.,(2018). Apenas um estudo incluído nesta revisão (Goes et al., 2014), verificou a distribuição do estado nutricional pelos diversos graus de disfagia. Constatou-se deste modo, que não existia diferenças significativamente estatísticas entre os graus de disfagia e o estado nutricional ($p=0.377$)(Goes et al., 2014). Estes resultados não vão ao encontro com os achados de outros

estudos onde que verificou a existência de associação entres os diferentes graus de disfagia e o estado nutricional (Maciel et al., 2008).

Esta revisão sistemática da literatura apresenta algumas limitações. A maioria dos estudos eram de cariz transversal (60%), o que pode acarretar vieses na interpretação dos resultados, visto que, a disfagia afeta o estado nutricional ao longo do tempo. Outra limitação encontrada, no desenvolvimento desta revisão sistemática da literatura, foi relativamente aos diferentes instrumentos de recolha de dados utilizados.

Conclusão

Com a realização desta revisão sistemática, constatou-se que a presença de disfagia desencadeia alterações no estado nutricional, ocorrendo uma associação entres estas duas variáveis. A realização do estudo na área da disfagia e no estado nutricional, é importante para sensibilizar a necessidade de rastreios para a sua detenção, principalmente na população idosa.

Referências

- Andrade, P. A., Santos, C. A. Dos, Firmino, H. H., & Rosa, C. de O. B. (2018). The importance of dysphagia screening and nutritional assessment in hospitalized patients. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 16(2), eAO4189. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4189>
- Ávila, A. H.; Guerra, M.;Rangel , M. P. (2007). Se o velho é o outro , quem sou eu ? A construção da. *Pensamiento*, 3, 7-18.
- Baijens, L. W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G., & Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders & European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging, Volume 11*, 1403-1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Bassi, D., Maria Furkim, A., Alves Silva, C., Sérgia, M., Rita,, M., Luiza, M., & Levier, D. (2014). Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário. *Artigo Original Original Article CoDAS*, 26(1), 17-27. <https://doi.org/10.1680/wame.2001.148.3.189>
- Bomfim, F. M. S., Chiari, B. M., & Roque, F. P. (2013). Fatores associados a sinais sugestivos de disfagia orofaríngea em idosas institucionalizadas. *CoDAS*, 25(2), 154-163. <https://doi.org/10.1590/S2317-17822013000200011>
- Bordalo, A. A. (2006). Estudo transversal e/ou longitudinal. *Revista Paraense de Medicina*, 20(4), 2006. <https://doi.org/10.5123/s0101-59072006000400001>
- Cabral, M. V, Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*.
- Cabre, M., Serra-Prat, M., Palomera, E., Almirall, J., Pallares, R., & Clavé, P. (2009). Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age and Ageing*, 39(1), 39-45. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp100>
- Carrión, S., Cabré, M., Monteis, R., Roca, M., Palomera, E., Serra-Prat, M., & Clavé, P. (2015). Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clinical Nutrition*, 34(3), 436-442. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.014>
- Chatindiara, I., Williams, V., Sycamore, E., Richter, M., Allen, J., & Wham, C. (2019). Associations between nutrition risk status, body composition and physical performance among community-

- dwelling older adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 43(1), 56–62. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12848>
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition*, 27(6), 806–815. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011>
- Clavé, P., & Shaker, R. (2015, May 22). Dysphagia: Current reality and scope of the problem. *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology*, Vol. 12, pp. 259–270. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.49>
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento Ativo e Sua Relação Com a Independência Funcional. *Texto e Contexto Enfermagem*, 21(3), 513–518. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Silva, A. O., Sá, R. C. da N., & Moreira, M. A. S. P. (2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF*, 15(3), 1. <https://doi.org/10.1590/s1413-82712010000300009>
- Ferrero López, M. I., Castellano Vela, E., & Navarro Sanz, R. (2009). Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga distancia. *Nutricion Hospitalaria*, 24(5), 588–595. <https://doi.org/10.3305/nh.2009.24.5.4489>
- Fisberg, R. M., Marchioni, D. M. L., Castro, M. A. de, Verly Junior, E., Araújo, M. C., Bezerra, I. N., ... Sichieri, R. (2013). Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*, 47(suppl 1), 222s-230s. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102013000700008>
- Galán Sánchez-Heredero, M. J., Santander Vaquero, C., Cortázar Sáez, M., de la Morena López, F., Susi García, R., & Martínez Rincón, M. del C. (2014). Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad médico-quirúrgica. *Enfermería Clínica*, 24(3), 183–190. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.009>
- Goes, V. F., Mello-Carpes, P. B., de Oliveira, L. O., Hack, J., Magro, M., & Bonini, J. S. (2014). Avaliação do risco de disfagia, estado nutricional e ingestão calórica em idosos com Alzheimer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 317–324. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3252.2418>
- Gonçalves, M. I. R., Remaili, C. B., & Behlau, M. (2013). Equivalência cultural da versão brasileira do Eating Assessment Tool - EAT-10. *CoDAS*, (ahead), 0–0. <https://doi.org/10.1590/s2317-17822013005000007>
- Hägglund, P., Fält, A., Hägg, M., Wester, P., & Levring Jäghagen, E. (2019). Swallowing dysfunction as risk factor for undernutrition in older people admitted to Swedish short-term care: a cross-sectional study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31(1), 85–94. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0944-7>
- Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335–342. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742015000200017>
- Huppertz, V. A. L., Halfens, R. J. G., Van Helvoort, A., De Groot, L. C. P. G. M., Baijens, L. W. J., & Schols, J. M. G. A. (2018). Association Between Oropharyngeal Dysphagia and Malnutrition in Dutch Nursing Home Residents: Results of the National Prevalence Measurement of Quality

- of Care. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 22(10), 1246–1252. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1103-8>
- Igarashi, K., Kikutani, T., & Tamura, F. (2019). Survey of suspected dysphagia prevalence in home-dwelling older people using the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10). *PLoS ONE*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211040>
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). Projeções de população residente. *Destques*, (2015), 1–19.
- Izaola, O., Hoyos, E., López, J., Ortola, A., Torres, B., Primo, D. & Román, D. (2018). The 10-item eating assessment tool is associated with nutritional status, mortality and hospital stay in the elderly individuals requiring hospitalization with acute diseases. *Nutr Hosp*, 33(4), 832–837.
- Kaspar, K., & Ekberg, O. (2012). Identifying vulnerable patients: role of the EAT-10 and the multidisciplinary team for early intervention and comprehensive dysphagia care. *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series*, 72, 19–31. <https://doi.org/10.1159/000339977>
- Kim, M. S., & Park, Y. H. (2014). The risk of dysphagia and dysphagia-specific quality of life among community dwelling older adults in senior center. *Korean Journal of Adult Nursing*, 26(4), 393–402. <https://doi.org/10.7475/kjan.2014.26.4.393>
- Kurosawa, Y., Hara, K., Tohara, H., Namiki, C., Chantaramanee, A., Nakane, A., & Minakuchi, S. (2019). Calf circumference is a useful index for assessing dysphagia among community dwelling elderly recipients of long-term care. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 248(3), 201–208. <https://doi.org/10.1620/tjem.248.201>
- Kwon, S. H., Park, H. R., Lee, Y. M., Kwon, S. Y., Kim, O. S., Kim, H. Y., & Lim, Y. S. (2017). Difference in food and nutrient intakes in Korean elderly people according to chewing difficulty: Using data from the Korea national health and nutrition examination survey 2013 (6th). *Nutrition Research and Practice*, 11(2), 139–146. <https://doi.org/10.4162/nrp.2017.11.2.139>
- Lim, Y., Kim, C., Park, H., Kwon, S., Kim, O., Kim, H., & Lee, Y. (2018). Socio-demographic factors and diet-related characteristics of community-dwelling elderly individuals with dysphagia risk in South Korea. *Nutrition Research and Practice*, 12(6), 541. <https://doi.org/10.4162/nrp.2018.12.6.541>
- Lima-Costa, M. F.; Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, (3), 700–770. <https://doi.org/10.20471/acc.2016.55.03.06>
- Maciel, J. R. V., Oliveira, C. J. R., & Tada, C. D. M. P. (2008). Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. *Revista de Nutricao*, 21(4), 411–421. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732008000400005>
- Madhavan, A., Carnaby, G. D., Chhabria, K., & Crary, M. A. (2018). Preliminary development of a screening tool for pre-clinical dysphagia in community dwelling older adults. *Geriatrics (Switzerland)*, 3(4), 1. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040090>
- Maeda, K., Takaki, M., & Akagi, J. (2017). Decreased Skeletal Muscle Mass and Risk Factors of Sarcopenic Dysphagia: A Prospective Observational Cohort Study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 72(9), 1290–1294. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw190>
- Matsuo, H., & Yoshimura, Y. (2018). Calf circumference is associated with dysphagia in acute-care inpatients. *Geriatric Nursing*, 39(2), 186–190. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.08.003>

- Park, S. (2015). Dysphagia risk and associated factors among community-dwelling elders. *Journal of the Korean Society of Food Science and Nutrition*, 44(1), 49–56. <https://doi.org/10.3746/jkfn.2015.44.1.049>
- Pereira, M. L. A. S., De Almeida Moreira, P., De Oliveira, C. C., Roriz, A. K. C., Amaral, M. T. R., Mello, A. L., & Ramos, L. B. (2015). Nutritional status of institutionalized elderly Brazilians: a study with the Mini Nutritional Assessment. *Nutricion Hospitalaria*, 31(3), 1198–1204. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8070>
- Popman, A., Richter, M., Allen, J., & Wham, C. (2018). High nutrition risk is associated with higher risk of dysphagia in advanced age adults newly admitted to hospital. *Nutrition and Dietetics*, 75(1), 52–58. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12385>
- Senior, H. E., Henwood, T. R., Beller, E. M., Mitchell, G. K., & Keogh, J. W. L. (2015). Prevalence and risk factors of sarcopenia among adults living in nursing homes. *Maturitas*, 82(4), 418–423. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.08.006>
- Serra-Prat, M., Palomera, M., Gomez, C., Sar-Shalom, D., Saiz, A., Montoya, J. G., & Clavé, P. (2012). Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. 25(3), 293. <https://doi.org/10.1002/nau.20251>
- Silva, L. M. de L., Lima, C. R. de, Cunha, D. A. da, & Orange, L. G. de. (2019). Dysphagia and its relation with nutritional status and calorie/protein intake in the elderly. *Revista CEFAC*, 21(3). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921315618>
- Silveira Guijarro, L. J., Domingo García, V. D., Montero Fernández, N., Osuna del Pozo, C. M., Álvarez Nebreda, L., & Serra-Rexach, J. A. (2011). Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. *Nutricion Hospitalaria*, 26(3), 501–510. <https://doi.org/10.3305/nh.2011.26.3.4627>
- Smoliner, C., Fishedick, A., Sieber, C. C., & Wirth, R. (2013). Olfactory function and malnutrition in geriatric patients. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(12), 1582–1588. <https://doi.org/10.1093/gerona/glt085>
- Söderhamn, U., Dale, B., Sundsli, K., & Söderhamn, O. (2012). Nutritional screening of older home-dwelling Norwegians: A comparison between two instruments. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 383–391. <https://doi.org/10.2147/CIA.S35986>
- Steele, E., Bialocerkowski, A., & Grimmer, K. (2003). The postural effects of load carriage on young people - a systematic review. 7, 1–7.
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012, July 26). Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, Vol. 7, pp. 287–298. <https://doi.org/10.2147/CIA.S23404>
- Tagliaferri, S., Lauretani, F., Pelá, G., Meschi, T., & Maggio, M. (2019). The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a large population of outpatient older individuals. *Clinical Nutrition*, 38(6), 2684–2689. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.11.022>
- Tarazona Santabalbina, F. J., Belenguer Varea, A., Doménech Pascual, J. R., Gac Espínola, H., Cuesta Peredo, D., Medina Domínguez, L., & Avellana Zaragoza, J. A. (2009). Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con

- deterioro cognitivo moderado y severo. *Nutricion Hospitalaria*, 24(6), 724–731. <https://doi.org/10.3305/nh.2009.24.6.4571>
- Turner, M. D., & Ship, J. A. (2007, September 1). Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *Journal of the American Dental Association*, Vol. 138, pp. S15–S20. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2007.0358>
- Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M. E., Rolland, Y., Guigoz, Y., & Garry, P. (2006). Overview of the MNA® - Its history and challenges. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, Vol. 10, pp. 456–463. Serdi Publishing Company.
- Whang S.A. (2014) Prevalence and influencing factors of dysphagia risk in the community-dwelling elders. *J Korean Gerontol Soc.*
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A. M., Clave, P., Heppner, H. J., Langmore, S., & Hamdy, S. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 189. <https://doi.org/10.2147/CIA.S97481>
- Yim, S. W., Kim, Y. H., & Son, H.-M. (2014). Risk for Dysphagia and Nutritional Status in Community-dwelling Elders. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 16(3), 288–298. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2014.16.3.288>

Envelhecer em casa: porque sim e porque não

Fernando Pereira

Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Centro de Investigação e Intervenção Educativas da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Poder envelhecer em casa é a situação mais desejável para muitas pessoas e por diversas razões. Todavia, na atualidade, esta possibilidade está fortemente condicionada por um amplo conjunto de fenómenos sociais muito presentes nas sociedades ocidentais contemporâneas.

Envelhecer em casa é uma condição algo vaga que carece de clarificação. Na sua assunção mais comum significa permanecer em casa durante a velhice, no seio da família ou dos membros próximos e significativos da comunidade, recebendo cuidados comumente designados como cuidados informais. Em alternativa ao envelhecimento em casa existe a opção de institucionalização nas suas diferentes formas, comumente designados por cuidados formais. Entre estas duas opções de cuidados aos idosos podemos encontrar formas que articulam os cuidados informais com os cuidados formais.

Durante décadas, enquanto as populações mantinham pirâmides etárias equilibradas a questão do envelhecimento e do apoio aos idosos não existia enquanto problema social. Os idosos, salvo necessidades de cuidados muito especializados ou total ausência de cuidadores informais, envelheciam em casa no seio da sua família e da comunidade. O envelhecimento era um problema individual não um problema social.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, nas últimas décadas, a transição demográfica foi-se fazendo anunciar ao ponto de, na atualidade, muitas dessas sociedades estarem altamente envelhecidas e com um tecido familiar muito menos denso. A família, tal como qualquer outra organização humana, está sujeita aos condicionalismos da pós-modernidade. A tendência geral, verificada em diferentes países e culturas, quer em espaço urbano quer em espaço rural, tem sido a substituição progressiva da família extensa pela família nuclear. Traduzindo em palavras mais simples, existem menos adultos (potenciais cuidadores informais) que possam acompanhar o envelhecimento dos mais idosos que, proporcionalmente, vão sendo cada vez mais. Importa aqui as causas da rutura das relações intergeracionais familiares. A investigação sociológica mostra que relações intergeracionais familiares continuam a ser fortes nas sociedades industrializadas (Fernandes, 2008; Bengtson, Rosenthal, & Burton, 1996) e que, paradoxalmente, alguns fenómenos que afetam a família, como o divórcio, a monoparentalidade e o desemprego, acabam por reforçar o papel da família, sobretudo dos elementos mais idosos (Bengtson et al., 1996).

Então o que explica a crescente institucionalização dos cuidados aos idosos e o isolamento social dos idosos? A nosso ver, a rutura das relações intergeracionais familiares não ocorre por esmorecimento ou falência dos afetos, mas sim por condicionalismos sociais de grande magnitude tais como: decréscimo populacional, desertificação populacional, movimentos migratórios crescentes, entre outros. Tudo fenómenos de grande magnitude muito difíceis de inverter, alguns deles tornando-se verdadeiramente estruturantes da sociedade e dos modos de vida. A fragilidade ou a falência das relações intergeracionais familiares resulta da falta de pessoas para construir e reconstruir, continuamente, essas relações, como é obrigatório em todos os fenómenos sociais. Há muitos idosos e casais de idosos que vivem sós, porque os seus filhos se encontram longe no litoral do país ou no estrangeiro. É uma crise de pessoas, provocada por movimentos demográficos intensos, continuados e irreversíveis, como causas de um nível de desenvolvimento incapaz de

produzir riqueza e garantir condições de vida e de trabalho. A situação é mais grave nas aldeias e vilas de menor dimensão do interior do país.¹

As vantagens de envelhecer em casa

Envelhecer em casa traz muitas vantagens para os idosos, as quais passamos a referenciar de forma não exaustiva.

O lar é um lugar onde as pessoas geralmente se sentem mais confortáveis e seguras. Envelhecer em casa permite que as pessoas permaneçam em um ambiente familiar, cercado por lembranças e objetos familiares. Permanecer evita ruturas abruptas no modo de vida que muitas vezes são indutoras de transtornos identitários. A casa confere um sentimento de pertença e identidade pessoal, o que pode ser importante à medida que as pessoas envelhecem. Tudo isto é promotor da qualidade de vida das pessoas permitindo que as pessoas mantenham suas próprias rotinas, hobbies e interesses.

Permanecer em casa muitas vezes significa estar perto de amigos, familiares e vizinhos, facilitando a manutenção das redes sociais e o apoio emocional. O ambiente familiar pode ser reconfortante para pessoas idosas, especialmente aquelas com demência ou outras condições cognitivas.

Envelhecer em casa é promotor da independência e liberdade individual. As pessoas idosas podem continuar a tomar decisões sobre suas vidas cotidianas, manter suas rotinas e preservar sua autonomia. Envelhecer em casa permite que os idosos mantenham mais controle sobre suas vidas, desde a escolha de cuidadores até a organização de suas atividades diárias.

Envelhecer em casa permite, quando isso é possível, a personalização dos cuidados adaptados às necessidades individuais, em vez de seguir um cronograma rígido dos cuidados numa instituição, mesmo quando estes se inspirem no modelo de cuidados centrados na pessoa.²

Dependendo da condição financeira, envelhecer em casa, para o idoso, pode ser mais económico do que a mudança para uma instalação de cuidados a longo prazo. Para a sociedade em geral a permanência dos idosos em casa, quando isso é possível, e mesmo requerendo alguma assistência institucionalizada é sempre mais económica do que a institucionalização.

Condições para o envelhecimento em casa

Envelhecer em casa também pode apresentar desafios, como a necessidade de assistência em casa, segurança e acessibilidade. A decisão de envelhecer em casa deve ser tomada com cuidado, considerando as necessidades individuais, recursos disponíveis e a capacidade de manter um ambiente seguro e saudável. Em muitos casos, pode ser necessário o apoio de familiares, cuidadores ou serviços de saúde para garantir um envelhecimento bem-sucedido em casa. Para que os idosos possam permanecer em casa com segurança e conforto à medida que envelhecem, é importante atender a várias necessidades.

A primeira condição a assegurar é a acessibilidade e a segurança, a casa deve ser adaptada para acomodar as limitações físicas dos idosos, como sejam a instalação de barras de apoio na casa de banho, rampas de acesso, corrimãos em escadas e a remoção de obstáculos que possam representar riscos de queda.

¹ Este assunto está discutido em mais detalhe em: "Fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade nos sistemas de apoio aos idosos no interior norte de Portugal" (Pereira, 2014).

² Sobre as vantagens deste tipo de modelo pode ler-se: "Personal centered care in long term residences: how to evaluate client satisfaction?" (Pereira et al., 2019).

Também é necessário provir assistência para as atividades de vida diárias, pois os idosos podem precisar de ajuda para tomar banho, vestir-se, cozinhar e fazer a limpeza. Um plano de cuidados deve ser estabelecido para atender a essas necessidades, seja por meio de familiares, cuidadores ou serviços de assistência domiciliar.

É importante que os idosos tenham acesso a cuidados médicos regulares. Isso pode incluir visitas a médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Além disso, a administração adequada de medicamentos deve ser monitorada e garantida. Uma alimentação saudável é essencial para a saúde dos idosos, exigindo o planejamento de refeições equilibradas, compras de supermercado e, se necessário, a entrega de refeições.

Estimular a atividade física adequada à capacidade do idoso é importante para a saúde geral e a mobilidade. Isso pode incluir exercícios leves, como caminhadas, ioga ou fisioterapia. O mesmo é válido para a condição cognitiva a qual deve ser continuamente estimulada e compensada quando necessário. O acesso a serviços de saúde mental, se necessário, e atividades que promovam a estimulação mental são cruciais.

Manter conexões sociais é fundamental para o bem-estar emocional dos idosos. Eles devem ter oportunidades de interagir com amigos, familiares e comunidade. Isso pode ser feito por meio de visitas, atividades sociais locais ou grupos de apoio.

Finalmente o envelhecimento, como qualquer outra fase da vida das pessoas deve ser antecipado e planejado. Os idosos devem ter um planejamento financeiro sólido para garantir que tenham recursos suficientes para atender às suas necessidades ao longo do tempo. Isso pode envolver pensões, seguro de saúde e planos de cuidados de longo prazo. Também é necessário proceder à avaliação regular das necessidades de saúde dos idosos em termos físicos, cognitivos e emocionais e ir ajustando os apoios e os cuidados apropriados. Relacionado com isto está a questão do monitoramento de saúde: em que dispositivos como monitores de pressão arterial ou alarmes de queda, podem ser instalados para fornecer alertas em caso de emergência.

É importante reconhecer que as necessidades dos idosos podem variar amplamente dependendo de sua saúde, recursos financeiros e circunstâncias pessoais. Portanto, uma abordagem individualizada para atender a essas necessidades é fundamental. Além disso, a participação de familiares, cuidadores e profissionais de saúde pode ser essencial para garantir um envelhecimento bem-sucedido em casa.

A decisão pela institucionalização

A decisão de institucionalizar um idoso, ou seja, colocá-lo numa instituição de cuidados de longo prazo como uma residência para idosos é uma questão complexa e altamente individualizada. Não existe uma resposta única que se aplique a todas as situações, pois depende de diversos fatores que variam de caso para caso. Ainda assim há situações que, por si ou em conjunto aconselham a institucionalização. Vejamos algumas.

Quando a casa do idoso não é segura devido a quedas frequentes, problemas de segurança ou cuidados médicos complexos que não podem ser fornecidos em casa. Alguns idosos podem ter condições médicas crônicas graves que exigem monitoramento e tratamento constantes, tornando a assistência em casa inadequada.

Quando os idosos têm necessidades médicas ou de cuidados pessoais que vão além da capacidade de cuidadores familiares ou serviços de assistência domiciliar, pode ser necessário considerar a institucionalização.

Se um idoso se encontra extremamente isolado, com poucas oportunidades de interação social, a institucionalização pode proporcionar uma maior socialização e estimulação.

Se os cuidadores familiares estão em exaustão física, emocional ou financeira devido aos cuidados prestados ao idoso, pode ser necessário considerar opções de cuidados a longo prazo. O mesmo se passa quando os idosos se recusam a aceitar cuidados em casa, o que pode dificultar a prestação adequada de assistência.

Estas e outras condições podem aconselhar a opção pela institucionalização. A decisão deve ser suportada numa avaliação completa das necessidades do idoso por um profissional de saúde ou social especializado em gerontologia. Sempre na condição de que é fundamental levar em consideração os desejos do próprio idoso, sempre que possível. Alguns idosos podem preferir permanecer em casa, mesmo que isso envolva desafios adicionais. Assim a decisão de institucionalizar um idoso deve ser tomada com cuidado, envolvendo discussões abertas com o idoso, familiares e profissionais de saúde. A opção de cuidados a longo prazo deve ser a mais adequada às necessidades, desejos e circunstâncias individuais do idoso. Em muitos casos, uma abordagem que combina cuidados em casa com serviços de assistência e suporte pode ser uma alternativa viável à institucionalização. Por último, em favor da institucionalização, sobretudo com impacto para as gerações futuras de idosos, assinalamos o facto de a institucionalização se ir aos poucos libertando de alguns estigmas sociais. As instituições de acolhimento dos idosos, embora e sempre com um longo caminho a percorrer, são cada vez mais adequadas e capacitadas para garantir o bem-estar dos idosos. Também é verdade que nas sociedades ocidentais contemporâneas a institucionalização é cada vez mais comum, não apenas para os idosos mas também para outras faixas etárias, sobretudo as mais novas, por exemplo os infantários e creches são formas de institucionalização e não levantam tantos estigmas sociais.

Considerações finais

Neste breve ensaio procuramos discorrer sobre a questão do envelhecimento em casa. Não temos dúvida que uma vez garantida a segurança, saúde e bem-estar do idoso, a sua casa, o seu lar, são a solução mais desejável para uma vida plena. Não temos dúvidas também que quando estes pressupostos não estão garantidos então a institucionalização, nas suas diferentes formas é a opção mais conveniente. Posto assim, esta questão do envelhecer em casa tão complexa na sua natureza pode, em muitas situações, ser vista como algo relativamente simples. Sem dramas, de natureza alguma, a melhor opção é aquela que melhor serve os legítimos interesses das pessoas idosas.

Neste sentido, consideramos da máxima importância a adoção de um discurso esclarecido e assertivo sobre esta questão. Cabe a comunidade científica, técnica e política a obrigação de adotar e promover esse discurso.

Referências

- Pereira, F. A. (2014). Fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade nos sistemas de apoio aos idosos no interior norte de Portugal. In *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas* (pp. 197–206). <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9462>
- Pereira, F. A., Teixeira, C., Falcão, A. R., Rodrigues, V. M. C. P., & Pimentel, M. H. (2019). Personal centered care in long term residences: how to evaluate client satisfaction? *Revista INFAD de Psicologia*, 2(2), 31–44.

Envelhecimento ativo numa cidade de província

Raquel Robalo¹, Teresa Tavares¹, & Ana Galvão²

¹ Instituto Politécnico de Bragança

² Instituto Politécnico de Bragança

UICISA: E

Resumo

Pretende-se fazer uma análise reflexiva sobre o envelhecimento ativo dos mais velhos inseridos numa cidade de província. Envelhecer numa cidade de província pode oferecer uma oportunidade de viver uma vida mais tranquila, conectada com a comunidade, resultando num envelhecimento gratificante nesse contexto.

Sobre envelhecimento ativo...

A Organização Mundial da Saúde (OMS), 2002, define o envelhecimento ativo como o processo de otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. O envelhecimento ativo envolve ações que permitem que as pessoas realizem o seu potencial físico, mental e social ao longo da vida, bem como participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades.

Segundo a OMS, o envelhecimento ativo baseia-se nos seguintes pilares:

1. Saúde: Manter um estilo de vida saudável, incluindo a prática regular de atividades físicas, a adoção de uma alimentação equilibrada, a prevenção de doenças e a gestão adequada de condições de saúde crônicas.
2. Participação: Engajar-se em atividades sociais, culturais, económicas e cívicas, de acordo com as habilidades e interesses individuais. Isso pode incluir voluntariado, trabalho remunerado, envolvimento em grupos comunitários, entre outros.
3. Segurança: Garantir ambientes seguros e acessíveis, tanto no ambiente doméstico como na comunidade, para prevenir acidentes e promover a autonomia e a independência dos idosos.
4. Aprendizagem ao longo da vida: Estimular a aprendizagem contínua e aquisição de novas habilidades ao longo da vida, por meio da participação em programas educacionais, cursos, treinamentos e outras atividades que promovam o desenvolvimento pessoal.
5. Combate ao estereótipo do envelhecimento: Desafiar os estereótipos negativos e discriminatórios associados ao envelhecimento, promovendo uma visão mais positiva e inclusiva dos idosos na sociedade.

Assim, o envelhecimento ativo reconhece que as pessoas podem continuar a contribuir para as suas próprias vidas e para a sociedade em geral, independentemente da idade. Trata-se de promover oportunidades e condições que permitam aos idosos envelhecer de forma saudável, participativa e com dignidade.

O envelhecimento ativo é um conceito que se refere a aproveitar ao máximo as oportunidades disponíveis e manter um estilo de vida saudável e engajado à medida que envelhecemos. É uma abordagem que busca promover o bem-estar físico, mental e social dos idosos, incentivando-os a permanecerem ativos, participativos e produtivos nas suas comunidades.

O envelhecimento ativo envolve diversos aspetos, tais como:

1. **Atividade física:** A prática regular de exercícios físicos é essencial para manter a saúde, a força muscular, a flexibilidade e a mobilidade. Isso pode incluir caminhadas, natação, dança, ioga, entre outras atividades que sejam adequadas às capacidades individuais.
2. **Saúde mental:** Cuidar da saúde mental é fundamental para o envelhecimento ativo. Isso envolve a estimulação cognitiva, por meio de desafios intelectuais, jogos de memória, leitura, aprendizado de novas habilidades, entre outros. Além disso, manter uma rede de apoio social, estar engajado em atividades sociais e buscar apoio emocional também são importantes para o bem-estar mental.
3. **Alimentação saudável:** Uma dieta equilibrada e nutritiva contribui para a manutenção da saúde e prevenção de doenças. É importante garantir a ingestão de alimentos variados, ricos em nutrientes essenciais, como frutas, vegetais, grãos integrais, proteínas magras e gorduras saudáveis.
4. **Participação social:** Manter conexões sociais e participar de atividades comunitárias é fundamental para o envelhecimento ativo. Isso pode incluir envolvimento em grupos sociais, voluntariado, participação em clubes ou associações, entre outros.
5. **Aprendizagem ao longo da vida:** Estimular o aprendizado contínuo é uma parte importante do envelhecimento ativo. Isso pode ser feito por meio da participação em cursos, workshops, palestras, grupos de estudo ou qualquer atividade que promova o conhecimento e o desenvolvimento pessoal.

A universidade sénior na promoção do envelhecimento ativo...

No contexto do envelhecimento ativo, as universidades seniores desempenham um papel significativo ao proporcionar um ambiente de aprendizagem, interação social e crescimento pessoal para os idosos, incentivando-os a continuar a buscar conhecimento e se manterem ativos e engajados ao longo da vida.

Além do aspeto académico, as universidades seniores também promovem a socialização e a integração entre os idosos. Elas oferecem um ambiente propício para a formação de novas amizades, troca de experiências e o compartilhamento de interesses comuns. A interação social é fundamental para o bem-estar emocional e mental dos idosos, ajudando a combater o isolamento social e promovendo uma melhor qualidade de vida.

Participar de uma universidade sénior permite que os idosos continuem a se sentirem ativos, valorizados e engajados na sociedade. Isso estimula o desenvolvimento intelectual, a autoestima e a autonomia, contribuindo para um envelhecimento saudável e uma maior qualidade de vida. Além disso, essas instituições desempenham um papel importante na valorização e no reconhecimento das habilidades e conhecimentos dos idosos, que muitas vezes são subestimados na sociedade.

O envelhecimento ativo refere-se à adoção de comportamentos e práticas que contribuem para o bem-estar físico. Isso inclui a prática regular de atividades físicas adequadas à capacidade individual, uma alimentação equilibrada e saudável, bem como a prevenção e o manejo de condições de saúde crônicas. O objetivo é manter a funcionalidade física e a independência ao longo do tempo.

Além disso, o envelhecimento saudável considera o bem-estar psicossocial dos indivíduos. Envolve a promoção de uma saúde mental positiva, o cultivo de relacionamentos interpessoais

saudáveis, a participação em atividades sociais e culturais, bem como a busca contínua de aprendizado e desenvolvimento pessoal. Também inclui a adaptação a mudanças e desafios, o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e a manutenção de uma perspectiva positiva em relação à vida.

O envelhecimento ativo e saudável reconhece que o processo de envelhecimento é único para cada pessoa e que é possível promover uma vida plena e significativa em todas as fases da vida. Envolve a busca de um equilíbrio entre os diferentes aspectos da saúde física, mental e social, bem como a adoção de uma abordagem proativa para manter a qualidade de vida à medida que envelhecemos.

Considerações finais

O envelhecimento ativo reconhece que a idade avançada não é um obstáculo para a participação plena na sociedade. Ao adotar um estilo de vida ativo, os idosos podem desfrutar de uma vida mais saudável, satisfatória e significativa.

Referências

- Bronfenbrenner, U. (Ed.) (2005). Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. Sage Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2004-22011-000>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Galvão, A., & Gomes, M. J. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. In J. Pinheiro (Ed.), Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares, vol. I: Vol. I (pp. 159-168). Universidade da Madeira. <https://doi.org/10.34640/universidademadeira2021galvaogomes>
- Pereira, Fernando (2012). A ideia de vida ativa. In Pereira, Fernando (coord.) Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos. Viseu: PsicoSoma. p. 207-213. ISBN 9789728994341



Envelhecer entre grades

Ala, S.¹ & Galvão, A.²

1 Instituto Politécnico de Bragança Portugal

Department of Personality, Psychological Assessment and Treatment, University of Salamanca, Salamanca, Espanha; Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur – Research Group on Neurociencia and Psychiatric Illnesses, Vigo, España - silvia.ala@ipb.pt; <https://orcid.org/0000-0001-5340-3864>

2 Instituto Politécnico de Bragança, Portugal,

UICISA: E - anagalvao@ipb.pt - <https://orcid.org/0000-0001-9978-9563>

Resumo

Homens e mulheres na prisão, como na comunidade, envelhecem a ritmos diferentes e de maneiras diferentes. Na comunidade, 50 ou 55 anos não seriam considerados “mais velhos”. Mas homens e mulheres detidos normalmente têm problemas de saúde física e mental associados a pessoas pelo menos uma década mais velhas na comunidade. Uma vez detido, a violência, a ansiedade e o stresse da vida na prisão, o isolamento da família e dos amigos e a possibilidade de passar a maior parte ou todo o resto da vida atrás das grades também podem contribuir para o envelhecimento acelerado. **Objetivos:** Este artigo fornece uma visão global do envelhecimento da população prisional, bem como uma análise aprofundada de respostas políticas e comunitárias existentes e selecionadas para idosos envolvidos com a justiça. **Métodos:** Foi utilizada a pesquisa bibliográfica e análise de relatórios nacionais e internacionais. **Resultados:** É cada vez mais difícil o sistema prisional responder às necessidades das populações prisionais geriátricas. Os fatores de risco coletivos pessoais, sociais e ambientais aumentam significativamente a probabilidade de início precoce de doenças físicas e mentais graves, incluindo demência entre idosos na prisão (Maschi et al., 2011; Maschi et al., 2012; Williams et al., 2012). Os funcionários prisionais analisam o aumento projetado de prisioneiros idosos e percebem que, em um futuro muito próximo, eles precisarão de instalações geriátricas especializadas. Por estes motivos, torna-se pertinente estudar o envelhecimento em reclusão.

Palavras-chave: Reclusão, Idosos, Envelhecimento bem-sucedido

Introdução

Em todo o mundo, a população com 60 anos ou mais está a crescer mais rapidamente do que os restantes grupos etários. A população com mais de 60 anos está a crescer a uma taxa de cerca de 3% ao ano. Este significativo aumento do número de pessoas idosas, a nível mundial e mais concretamente em Portugal, é uma realidade tendencialmente crescente. Perante este acréscimo de população considerada idosa, surgem novas preocupações e desafios. A Assembleia Geral da ONU declarou em 1999 como o Ano Internacional das Pessoas Idosas. O Dia Internacional das Pessoas Idosas é celebrado no dia 1 de outubro de cada ano (ONU, 2023). O limite de idade convencional usado para definir a velhice na população em geral na Europa e nos Estados Unidos é 65 (Balachandran & James, 2019). Portanto, a população prisional, tal como a população da sociedade extramuros, tem sido permeada pelo envelhecimento. Portugal não se eximiu deste fenómeno, tendo a segunda população prisional mais envelhecida do espaço europeu (Pimentel, 2022). No entanto, pessoas confinadas a estilos de vida pouco saudáveis e cuidados de saúde inadequados nas prisões muitas vezes sofrem as consequências do início acelerado e da progressão de condições crónicas associadas ao envelhecimento (Skarupski et al., 2018). Assim, o envelhecimento na prisão normalmente começa entre os 50 e os 55 anos (Aday & Maschi, 2019).

Este fenómeno pode ser verificado através da consulta das estatísticas prisionais anuais disponibilizadas no site da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP, 2023).

Aceleração do envelhecimento na prisão

Nas duas últimas décadas, o aumento gradativo de indivíduos com idade avançada em situação de privação da liberdade, despertou a curiosidade e o interesse junto da comunidade científica internacional e nacional. Este aumento de indivíduos mais velhos nos estabelecimentos prisionais pode, entre muitos outros fatores, ser explicado pelo aumento da duração média das penas aplicadas.

Em contexto prisional, o indivíduo, considerado idoso, sujeita-se a uma nova aprendizagem de convívio com indivíduos, na mesma condição, que lhe são totalmente desconhecidos, após um percurso de vida marcado pelo convívio com quem mantinha laços afetivos, tendo também de descuidar do seu estilo de vida pessoal e quotidiano, para se adaptar a uma nova realidade. Sendo por isso, neste contexto que o recluso irá reconstituir o seu quotidiano, empenhando todos os seus sentidos, capacidades intelectuais, sentimentos, ideias e estratégias adaptativas. A reclusão aliada à idade cronológica dos indivíduos poderá acelerar o seu processo de envelhecimento, na medida em que o indivíduo terá um acesso mais restrito aos cuidados de saúde (Kozlov, 2008). O processo de envelhecimento acelerado é corroborado por evidências de estudos prisionais internacionais, mostram que os adultos mais velhos em situação de reclusão têm taxas significativamente mais altas de declínio da saúde física e mental em comparação com os adultos mais velhos da comunidade (Dai & Yu, 2011).

Este rápido declínio da saúde tem sido atribuído principalmente a:

- a) histórias pessoais de alto risco: condições crónicas de saúde, más práticas de saúde, como má alimentação e tabagismo, abuso de álcool e substâncias e,
- b) condições stressantes do confinamento prisional: como exposição prolongada à superlotação, isolamento social e privação, estilo de vida sedentário e má nutrição e violência prisional (Maschi et al., 2011; Stojkovic, 2007; UNODC, 2009; Williams et al., 2012).

Esses fatores de risco coletivos pessoais, sociais e ambientais aumentam significativamente a probabilidade de início precoce de doenças físicas e mentais graves, incluindo demência entre idosos na prisão (Maschi et al., 2011; Maschi et al., 2012; Williams et al., 2012).

Taxa de reclusão em Portugal

O mais recente relatório do World Prison Brief (2021), indica que a taxa de reclusão em Portugal no ano 2021 era de 113 reclusos por 100 000 habitantes. Com efeito, em Portugal, nos últimos 20 anos, observa-se um aumento do número de reclusos com 60 ou mais anos. Logo, Portugal, a par de países como os Estados Unidos da América, o Reino Unido, o Japão, a Itália, a Roménia, a Bélgica, a Noruega e a Austrália, não tem sido imune ao aumento do número de reclusos/as considerados/as idosos/as. As estatísticas prisionais disponibilizadas no site da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais comprovam, precisamente, este aumento. Na análise dos quadros anuais da DGRSP (2023), podemos constatar que a 31 de dezembro de 2022, Portugal contava com um total de 980 reclusos (658 sexo masculino e 62 do sexo feminino) com 60 ou mais anos. De acordo com o Relatório Especial SPACE I do Conselho da Europa (Aebi, Cocco & Molnar, 2023), em janeiro de 2022, aproximadamente 16,5% dos reclusos têm 50 ou mais anos e 3% têm 65 ou mais anos. Nos países com mais de um milhão de habitantes, as percentagens mais elevadas de reclusos com 50 ou mais são encontrados na Itália (28%), Espanha (25%), Portugal (24%) e Noruega (24%). Enquanto isso, as percentagens mais elevadas de reclusos com 65 anos

ou mais encontram-se na Macedónia do Norte (8,3%), a República Sérvia na Bósnia e Herzegovina (6,6%), Bulgária (5,6%) e Itália (4,7%). Portugal está na oitava população prisional mais envelhecida da Europa, com 4.1% dos reclusos com 65 ou mais anos.

Todavia, perante este aumento parece ser perentório aprender mais sobre a relação reclusão e envelhecimento (Wahidin, 2010, 2011; Wahidin & Cain, 2006 citados por Pimentel, 2022), uma vez que a literatura é perentória na caracterização desta população, não só ao nível de padrões criminais, necessidades e cuidados de saúde, programas adaptados, problemas de adaptação individual à vida e ao ambiente prisional, vulnerabilidade à vitimização, problemas de relações familiares, acarretando por isso dificuldades especiais para o sistema prisional a vários domínios como sejam a reintegração/libertação e a liberdade condicional

Envelhecimento bem-sucedido em qualquer lugar e situação

Na literatura encontramos programas que produziram resultados positivos, incluindo um maior senso de realização e motivação como resultado da participação em um projeto baseado em arte (Wilkinson & Caulfield, 2017); sentir-se conectado com outras pessoas na prisão e ter a capacidade de compreender e expressar sentimentos (Hongo et al., 2015); e sentir-se menos deprimido depois de participar da terapia baseada em atividades (Meeks et al., 2008). Assim, a possibilidade de considerar aspectos positivos para a vivência do envelhecimento na prisão tem sido cautelosamente sugerida por diversos estudos anteriores. Portanto, devemos focar no envelhecimento bem-sucedido, este pode ser visto como um termo abrangente que se sobrepõe a uma variedade de conceitos, como envelhecimento positivo, envelhecer bem, envelhecimento produtivo e envelhecimento saudável (Zanjari et al., 2017). De entre os modelos de envelhecimento bem-sucedido destacamos as duas abordagens mais flexíveis e multicritérios, abrangendo critérios objetivos e subjetivos. O modelo de Baltes e Baltes (1990) de Seleção, Otimização e Compensação (SOC), enfatiza a capacidade de adaptação na velhice. Esse modelo conceitua o envelhecimento bem-sucedido como minimização de perdas e maximização de ganhos ao longo da vida por meio da seleção de áreas de funcionamento; otimizar a utilização dos recursos disponíveis e selecionados; e compensar as deficiências com meios alternativos para manter o funcionamento. E o modelo multidimensional de bem-estar psicológico de Ryff (Ryff & Singer, 2008) que propõe seis dimensões do bem-estar psicológico: autoaceitação, autonomia, crescimento pessoal, propósito na vida, domínio do meio ambiente e relacionamentos positivos. Ambos os modelos se baseiam nas circunstâncias de vida dos idosos e na sua real condição, mas também consideram como os idosos lidam, abordam e interpretam essas circunstâncias.

De entre os estudos que serviram de aporte teórico nesta reflexão são unânimes que independentemente de como o envelhecimento bem-sucedido seja definido, ele raramente foi estudado no contexto da vida na prisão. Destacamos o estudo de Lucas et al. (2018) e Avieli (2022) que examinaram especificamente o envelhecimento bem-sucedido na prisão. Em Portugal, contamos com o recente estudo de Pimentel (2022) cujo objetivos foram compreender as experiências, vivências, concepções e atribuições de sentido que são conferidas ao processo de envelhecimento em contexto de reclusão, cujas conclusões corroboram as dos estudos internacionais, como exemplos: a (In)existência de atividades e programas adaptados a reclusos mais velhos; não terem ocupação laboral adequada às limitações físicas e psíquicas, não participam nas atividades socioculturais e desportivas disponibilizadas pela DGRSP.

Preocupações e recomendações

As prisões nunca foram projetadas para serem lares de idosos, psiquiatrias ou instalações de cuidados de longo prazo. Esta tendência segue a evolução da legislação internacional sobre a pena de prisão, que vem a alargar-se progressivamente a um conjunto de novas preocupações, como é exemplo a dignidade da pessoa em situação de reclusão. Corroborando com as conclusões de Pimentel (2022), os programas e as atividades devem ser expandidos e reestruturados para facilitar e apelar a participação dos/as reclusos/as idosos/as, atendo às suas necessidades e interesses. Ainda, segundo Maschi & Aday (2014) apontam as áreas promissoras de crescimento e intervenção:

- a) Equipas interdisciplinares com competências geriátricas;
- b) Práticas baseadas em evidências para adultos mais velhos, bem como programas inovadores infundidos em cuidados prisionais, como cuidados paliativos;
- c) Autogerenciamento de doenças crónicas e outros programas de envelhecimento disponíveis para idosos residentes na comunidade, disponibilizados para reclusos e ex-reclusos;
- d) Alternativa aos programas de reclusão, inclusão nos tribunais de advogados e profissionais com conhecimentos geriátricos para ajudar a desviar os idosos para sistemas de serviços que possam atender melhor às suas necessidades, mantendo as comunidades seguras.
- e) Apoio ao cuidador e programas de descanso para familiares de idosos envolvidos com a justiça, especialmente aqueles com doenças graves ou terminais;
- f) Programas intersectoriais para atender às necessidades especiais de subgrupos de idosos na prisão, incluindo mulheres, LGBTQ+, veteranos, imigrantes ou refugiados, pessoas que vivem na pobreza e pessoas com deficiências físicas ou mentais ou problemas de uso de substâncias;
- g) Comunidades colaborativas de aprendizagem - Agências de Área sobre Envelhecimento (AAA) podem coordenar conselhos de envelhecimento e reintegração para facilitar a comunicação, cooperação e fornecer recursos para infundir serviços de envelhecimento com justiça e outras agências de partes interessadas;
- h) Pesquisas de prevenção e pesquisas colaborativas interinstitucionais são necessárias para obter uma melhor compreensão dos determinantes sociais da saúde e da justiça;
- i) Análise de políticas e defesa, como leis de liberação compassiva e geriátrica.

Conclusão

Em Portugal, ainda são escassos os estudos sobre o envelhecimento da população prisional, sobre a experiência de envelhecer em reclusão e o envelhecimento bem-sucedido neste contexto. Sabemos que o envelhecimento é um fenómeno cada vez mais presente tanto extra como intramuros. À medida que a população prisional envelhecida cresce, é essencial criar oportunidades onde os reclusos mais velhos possam prosperar. Parece que, ao oferecer possibilidades que sustentem o modelo de envelhecimento bem-sucedido, estes podem envelhecer com dignidade.

Referências

- Aebi, M. F., Cocco, E. & Molnar, L. (2023). Prisons and Prisoners in Europe 2022: Key Findings of the SPACE I report. Series UNILCRIM 2023/2. Council of Europe and University of Lausanne.
- Avieli, H. (2022). 'A sense of purpose': Older prisoners' experiences of successful ageing behind bars. *European Journal of Criminology*, 19(6), 1660–1677. <https://doi.org/10.1177/1477370821995142>
- Balachandran, A. & James, K. S. (2019) A multi-dimensional measure of population ageing accounting for quantum and quality in life years: An application of selected countries in Europe and Asia. *SSM - Population Health* 7, 100330.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (2023). Quadros anuais para as estatísticas da Justiça. Acedido a 7 de junho de 2023, disponível em <https://dgrsp.justica.gov.pt/Estat%C3%ADsticas-e-indicadores/Prisionais/2022>
- Hongo, A., Katz, A. & Valenti, K. (2015). Art: Trauma to therapy for aging female prisoners. *Traumatology* 21(3), 201–207.
- Kozlov, E. (2008). *Aging While Incarcerated: A Qualitative Study of Geriatric Prisoners in America*. Connecticut: Wesleyan University.
- Maschi, T. & Aday, R. (2014). The social determinants of health and justice and the aging in prison crisis: A call to action. *International Journal of Social Work*, 1(1), 1-15.
- Maschi, T., Gibson, S., Zgoba, K. M. & Morgen, K. (2011). Trauma and life event stressors among young and older adult prisoners. *Journal of Correctional Health Care*, 17(2), 160-172.
- Maschi, T., Kwak, J., Ko, E. & Morrissey, M. B. (2012). Forget me not: Dementia in prison. *The Gerontologist*, 52(4), 441-451.
- Meeks, S., Sublett, R., Kostiwa, I., Rodgers, J. R., & Haddix, D. (2008). Treating Depression in the Prison Nursing Home: Demonstrating Research-to-Practice Translation. *Clinical Case Studies*, 7(6), 555–574. <https://doi.org/10.1177/1534650108321303>
- Organização das Nações Unidas (2023). Envelhecimento. Acedido dia 7 de junho, disponível em <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Ryff, C.D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies* 9(1), 13–39.
- Wilkinson, D. J. & Caulfield, L. S. (2017). The perceived benefits of an arts project for health and wellbeing of older offenders. *Europe's Journal of Psychology* 13(1), 16.
- Williams, B. A., Goodwin, J. S., Baillargeon, J., Ahalt, C. & Walter, L. C. (2012). Addressing the aging crisis in US criminal justice health care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(6), 1150-1156.
- Zanjari, N., Sharifian-sani, M., Hosseini-Chavoshi, M., Rafiey, H. & Mohammadi-Shahboulaghi, F. (2017) Successful aging as a multidimensional concept: An integrative review. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran* 31(1), 686–691.

A intervenção do educador social na população envelhecida: estudo de caso

Maria Eduarda Portela

Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

A velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos a cada indivíduo. Cabe ao Educador Social dotar as pessoas idosas de meios para que adotem uma posição mais ativa, assim como na criação de oportunidades para que a sociedade seja recetora, inclusiva e integradora das pessoas mais velhas. O desenvolvimento de programas e atividades ao nível da educação permanente, convívio e a solidariedade interjacional, cidadania, infoexclusão, ocupação produtiva do seu tempo, promover o envelhecimento de forma ativa e saudável, desmistificar conceitos onde o sofrimento e a escuridão das suas vidas, tendem ao declínio ao isolamento e solidão. Neste contexto o Educador Social encontra-se capacitado no sentido de lhes oferecer respostas eficazes, relativamente à promoção da sua autoestima, estimular o autoconhecimento, desenvolver os interesses e potencialidades, auxiliar a verbalização dos sentimentos e necessidades sentidas. É primordial ajudar os idosos a “redescobrirem-se” e aceitarem as suas limitações, dificuldades, capacidades e competências. Neste contexto o Educador Social prioriza a integração do idoso no seu meio social com a capacidade de transformar e melhorar as suas potencialidades.

Segundo a teoria de Noguero e Solís (2003) “o educador social marca a forma de trabalho no grupo, proporcionando ferramentas necessárias (atitudes, valores, capacidades, motivação, etc.) para que a autonomia do mesmo cresça progressivamente (...)” (p. 7), ainda na mesma linha de pensamento, Palmeirão acrescenta “As ideias preconcebidas sobre a velhice são o primeiro grande obstáculo à desmistificação de alguns conceitos associados ao idoso, em que a velhice não é mais do que uma doença incurável, um declínio inevitável, onde todas as intervenções para a prevenir são ineficazes” (Palmeirão, 2002, pp. 35-36); em modo de resposta a estas teorias “os educadores sociais têm um saber próprio, pedagógico, técnico e humano, que urge implementar cada vez mais nas suas práticas profissionais. A Pedagogia Social é uma ciência de caráter teórico-prático que se refere à socialização do indivíduo (DÍAZ, 2006).

É necessário refletir, privilegiar e repensar a valorização do envelhecimento, nos seus direitos e nas responsabilidades da sociedade e do Estado para com este grupo. A modificação de mentalidades sobre o processo de envelhecimento tem vindo a originar um novo paradigma fundamentado na eliminação de conceções antecipadas conferidas ao envelhecimento, designado de Envelhecimento Ativo. A Organização Mundial da Saúde (2002), define Envelhecimento Ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. (WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, 2002). Neste sentido foram estabelecidos pela OMS (2002), fatores determinantes para o Envelhecimento Ativo. O conceito de Envelhecimento Ativo implica uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar de modo a alargar as possibilidades de informação e intervenção para a promoção da saúde das pessoas mais velhas; “A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, ativo e plenamente integrado.” (Kofi Annan, citado por Magalhães, 2005, p.20), nesta linha de pensamento também Segundo Noguero e Solís (2003) “o educador social marca a forma de trabalho no grupo, proporcionando ferramentas necessárias (atitudes, valores, capacidades, motivação, etc.) para que a autonomia do mesmo cresça progressivamente (...)” (p. 7).

No seguimento do contexto e numa análise reflexiva baseada numa prática de educação social aplicada numa população de idosos institucionalizados, foram determinados os objetivos: estimular a memória afetiva; o diálogo e a interação; treinar a atenção e concentração; estimular a capacidade intelectual; aumentar a atividade cerebral; estimular diferentes regiões do cérebro; melhorar a saúde física e bem-estar do idoso. Promover a socialização com os pares assim como com toda a comunidade que participou no evento. Tratou-se de um estudo de caso, no âmbito do término de estágio do Curso de Educação Social da ESE – IPB, realizou-se um evento em 04 de Maio de 2023, promovido pelos estagiários com a supervisão da ESE-IPB e direção técnica da OSPM.

Nas respostas Centro Residencial, Centro de Dia e SAD, participaram cerca de 40 idosos, com idades compreendidas entre os 75 e 95 anos, todos assistiram e participaram alegremente, os que conseguiram acompanhar dançaram também com toda a equipa.

Os estagiários do curso de geriatria da ESSA – IPB associaram-se ao evento dando o seu contributo, participaram na animação, assim como no apoio aos idosos que careciam de maior autonomia. Estes utentes especiais, participaram com entusiasmo e empenho na realização das atividades propostas pelos Estagiários de Educação Social. Por fim deu-se lugar a um lanche melhorado, ou seja, com um toque festivo, as cozinheiras confeccionaram 2 bolos de grande dimensão que acarinharam o evento e a despedida do estágio.

As atividades consistiram: Atuação do grupo coral da Residência OSPM organizado e instruído por um dos estagiários do curso de Educação Social, composto por três músicas: “Hino da Obra Social Padre Miguel”; Não quero que vás á monda” e “ó ferreiro”. Seguindo o toque da concertina, proporcionou-se a animação, onde os idosos residentes e convidados que por momentos talvez esquecessem as suas “maleitas” e visitantes, todo o pessoal que integra na Instituição espontaneamente, deram início ao baile! Repetiram-se as músicas de concertina a pedido do público que parecia ter vontade de prolongar este momento de felicidade, momento esse que iluminou o rosto destes idosos, assim como de todos os presentes.

Foram apresentados 3 jogos, onde os idosos participaram com grande entusiasmo; um minigolfe, jogo do bowling e um jogo onde o objetivo consistia em pescar bolas.

Aromoterapia: Adivinhar pelo cheiro - o utente deve apenas utilizar o olfato e descobrir qual o material que tem esse cheiro, foram apresentados cerca de 15 aromas diferentes, desde ervas do chá, especiarias, flores, entre outros. Os idosos aderiram a esta atividade com curiosidade e encantados sorriam quando identificavam aromas associados às suas memórias, foi notória a sensação de bem-estar e relaxamento sentida pelos mesmos.

Este momento onde o papel do idoso foi priorizado, acrescentou o seu dia os dias que antecederam aquando da organização do evento e certamente àqueles que ainda preservam a suas funções cognitivas, recordarão esta festa com o carinho que nutriam pelos estagiários de Educação Social que os “distraíam, eram meigos e amigos”, palavras como os caracterizavam. A taxa de adesão e participação foi elevada. Este fato promove a motivação da continuação no investimento de um envelhecimento ativo e gratificante. Nesta partilha de espaço foram potencializadas as capacidades e potencialidades destes idosos que incorporaram e desenvolveram os seus papéis com brio, enquanto elementos participativos na realização do evento caracterizado como memorável, onde as competências e valorização do idoso foi fator de avaliação primordial.

Os estagiários consideraram esta experiência como única muito positiva e enriquecedora tanto para a vida profissional como pessoal. Levam consigo o legado que estes idosos lhes transmitiram com o seu carinho, dedicação, empenho e participação nos seus projetos de estágio. Os idosos,

assim como toda a população envolvente, incluindo a direção técnica e a direção da OSPM orgulhosamente agradeceu a iniciativa à Supervisora da ESE - IPB; valorizaram os temas propostos.

A intervenção junto da população idosa merece uma atenção especial, não apenas pelo facto das pessoas idosas estarem vulneráveis à exclusão, em consequência das limitações associadas ao processo de envelhecimento, mas também porque são detentores de um valioso “saber de experiência feito” de que a sociedade tanto carece (Carvalho & Baptista, 2004).

Referências

Carvalho, A. & Baptista, I., (2004). Educação Social: Fundamentos e Estratégias. Coleção Educação e Trabalho Social. Porto Editora.

Galvão, A., & Gomes, M. J. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. In Joaquim Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares, vol. I*, pp. 159-168.

Noguero, F. L. e Solís, L. L. (2003). *El educador social como educador no formal: un gestor de grupos*. España: Universidad de Huelva (p. 7).

Pereira, F. (2012). A ideia de vida ativa. In Pereira, Fernando (coord.) *Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: PsicoSoma. p. 207-213. ISBN 9789728994341



O papel da Gerontologia na formação profissional

Kleiver Sanchez¹ & Ana Galvão²

¹*Instituto Politécnico de Bragança*
IEFP

²*Instituto Politécnico de Bragança*
UICISA:E

Resumo: Este artigo tem como objetivo discutir e analisar o papel fundamental da Gerontologia na formação profissional, fornecendo conhecimentos, habilidades e perspetivas necessárias para lidar com o envelhecimento humano. Com o envelhecimento populacional crescente, é essencial preparar os profissionais para atender às necessidades complexas dos idosos. Por meio de uma revisão abrangente da literatura, destacam-se autores que abordam esta temática, como Carvalho et al. (2018), Fernandes (2019), Santos (2017), Torres (2016) entre outros. Além disso, serão apresentados dados estatísticos relevantes para fortalecer os argumentos. O texto conclui que a Gerontologia desempenha um papel crucial na formação profissional, capacitando os profissionais para promoverem o envelhecimento saudável, a inclusão social e a qualidade de vida dos idosos.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenómeno global que tem impactado profundamente as sociedades contemporâneas. Em Portugal, assim como noutros países, esse processo demográfico tem sido especialmente significativo, exigindo uma preparação adequada dos profissionais para atender às necessidades específicas da população idosa. Nesse contexto, a Gerontologia desempenha um papel fundamental na formação profissional, fornecendo conhecimentos, habilidades e perspetivas necessárias para lidar com os desafios e oportunidades que surgem com o envelhecimento humano.

De acordo com dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE), Portugal tem vindo a experimentar um rápido envelhecimento populacional nas últimas décadas. Em 2021, a população com 65 anos ou mais representava cerca de 22% da população total do país, e a expectativa é de que essa proporção continue a aumentar nos próximos anos. Estima-se que, até 2050, a população idosa em Portugal chegue a representar cerca de 33% do total, o que evidencia a necessidade de preparar os profissionais para atender a essa faixa etária, significativa da população.

O envelhecimento populacional traz consigo desafios complexos que exigem uma formação profissional adequada e especializada. Os profissionais precisam de estar preparados para lidar com questões de saúde física e mental, bem como com aspetos socioeconómicos e culturais que afetam a vida dos idosos. A Gerontologia, como campo de estudo dedicado ao envelhecimento humano, desempenha um papel crucial na formação desses profissionais, fornecendo uma compreensão abrangente e multidisciplinar das dimensões do envelhecimento.

Além das questões demográficas, é importante considerar o panorama da formação profissional em Portugal. O país tem investido na qualificação dos profissionais de diversas áreas, incluindo a saúde, assistência social, educação, entre outras. No entanto, a formação específica em Gerontologia ainda pode ser considerada relativamente recente e em desenvolvimento. É essencial fortalecer a formação nessas áreas, proporcionando aos profissionais as ferramentas necessárias para atender às necessidades complexas da população idosa.

Através de uma revisão abrangente da literatura, este texto irá explorar o papel da Gerontologia na formação profissional em Portugal, destacando a importância de uma abordagem multidisciplinar e especializada para lidar com os desafios do envelhecimento populacional. Serão apresentados dados estatísticos adicionais, estudos e pesquisas realizados no contexto português, assim como a contribuição de autores de renome nesta temática. O objetivo é fornecer uma visão abrangente e real sobre a importância da formação profissional em Gerontologia e os seus impactos na qualidade de vida e bem-estar dos idosos em Portugal.

Em suma, o desenvolvimento de uma formação profissional robusta e especializada em Gerontologia é essencial para garantir serviços de qualidade e atender às necessidades de uma população idosa em constante crescimento.

O Impacto do Envelhecimento na Formação Profissional

O envelhecimento populacional tem um impacto significativo na formação profissional, exigindo a adaptação dos currículos para atender às necessidades dos idosos. Carvalho et al. (2018) enfatizam a necessidade premente de preparar os profissionais para lidar com os desafios complexos inerentes ao envelhecimento, incluindo questões de saúde física, cognitiva e emocional. Em 2022, a esperança média de vida era de cerca de 81 anos para os homens e 86 anos para as mulheres. Essa tendência indica um aumento na proporção de idosos na população total e implica uma necessidade urgente de preparar os profissionais para lidar com os desafios e oportunidades decorrentes desse cenário.

Uma das principais áreas afetadas pelo envelhecimento populacional é a saúde. Com o aumento da idade, as pessoas tendem a enfrentar um maior número de condições de saúde crônicas e complexas, exigindo um cuidado especializado e integrado. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), as doenças crônicas mais comuns entre os idosos em Portugal são as cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e osteoarticulares. Essas condições requerem uma abordagem de cuidados de saúde holística, envolvendo profissionais de diferentes áreas, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. Portanto, a formação profissional precisa de abranger conhecimentos específicos nessas áreas para capacitar os profissionais a oferecerem uma assistência adequada e integrada aos idosos.

Além das questões de saúde, o envelhecimento populacional também impacta outras áreas profissionais, como a assistência social, educação, planeamento urbano e políticas públicas. A procura por serviços de assistência social e cuidados de longa duração aumenta à medida que a população idosa cresce. Segundo o Eurostat, em Portugal, cerca de 30% dos idosos com 65 anos ou mais vivem sozinhos. Isso evidencia a necessidade de profissionais capacitados em assistência social para fornecer suporte e cuidados adequados aos idosos que vivem de forma independente.

No campo da educação, a presença de idosos nas instituições de ensino também traz novos desafios e oportunidades. A educação ao longo da vida tem-se mostrado cada vez mais relevante para os idosos, tanto para a promoção do bem-estar pessoal quanto para a participação ativa na sociedade. Profissionais da educação, incluindo professores e pedagogos, precisam de estar preparados para atender às necessidades educacionais específicas dos idosos, adaptando os métodos de ensino, materiais didáticos e estratégias de aprendizagem para esse grupo etário.

O envelhecimento populacional também influencia o planeamento urbano e as políticas públicas. Com um maior número de idosos, há uma necessidade de adaptar os espaços públicos e as infraestruturas para promover a acessibilidade, a segurança e a inclusão social dos idosos. Isso implica a participação de profissionais de arquitetura, urbanismo, engenharia civil e áreas afins, que devem estar cientes das necessidades específicas dos idosos ao projetar e construir ambientes físicos adequados.

Diante destes desafios, é essencial que a formação profissional seja adaptada para preparar os profissionais para enfrentar os desafios complexos do envelhecimento populacional. Os currículos educacionais devem incluir conteúdos relevantes sobre gerontologia, saúde do idoso, cuidados integrados, políticas públicas e outras áreas de conhecimento relacionadas. A formação profissional em gerontologia deve ser incentivada e promovida, com a oferta de cursos especializados e oportunidades de educação continuada para profissionais de diversas áreas.

Em resumo, o envelhecimento populacional impacta significativamente a formação profissional em Portugal, exigindo uma adaptação dos currículos e uma preparação adequada dos profissionais para lidar com as necessidades específicas dos idosos. A formação profissional deve abranger conhecimentos especializados em gerontologia e outras disciplinas relacionadas, capacitando os profissionais a oferecerem um atendimento integrado e de qualidade aos idosos. Ao investir na formação adequada, Portugal estará melhor preparado para enfrentar os desafios e aproveitar as oportunidades que o envelhecimento populacional traz consigo.

A Contribuição da Gerontologia na Formação Profissional

A Gerontologia desempenha um papel crucial na formação profissional, oferecendo uma abordagem multidisciplinar para lidar com o envelhecimento humano. Através da integração de conhecimentos provenientes de diversas áreas, como Psicologia, Medicina, Sociologia e outras disciplinas relacionadas à saúde e ao bem-estar, a Gerontologia proporciona uma compreensão aprofundada das especificidades do envelhecimento.

Estudos mostram a importância da Gerontologia na formação profissional em várias áreas. Por exemplo, Carvalho et al., (2018) ressaltam a necessidade de preparar os profissionais de saúde para lidar com os desafios complexos inerentes ao envelhecimento, incluindo questões de saúde física, cognitiva e emocional. Através da formação em Gerontologia, esses profissionais adquirem conhecimentos sobre as particularidades do processo de envelhecimento e desenvolvem habilidades para fornecer um atendimento mais adequado e integrado aos idosos.

No contexto da assistência social, Santos (2017) destaca a contribuição da Gerontologia para a humanização do cuidado com os idosos. Essa disciplina considera aspectos emocionais, sociais e culturais que influenciam a saúde e o bem-estar dos idosos. Ao promover uma abordagem mais holística e centrada na pessoa, os profissionais formados em Gerontologia são capacitados para fornecer um cuidado mais personalizado e de qualidade.

A pesquisa gerontológica também desempenha um papel fundamental na formação profissional, fornecendo evidências e uma base teórica para práticas efetivas. Torres (2016) destaca que a pesquisa permite a identificação de intervenções que promovem o envelhecimento saudável, a qualidade de vida e a inclusão social dos idosos. Ela contribui para o desenvolvimento de habilidades de análise crítica nos profissionais, bem como para a procura de soluções inovadoras para os desafios enfrentados pelos idosos.

Outra área em que a Gerontologia tem uma contribuição significativa é a educação e o treino dos profissionais. A formação profissional em Gerontologia deve incluir educação e treino específico para capacitar os profissionais a lidar com as particularidades do envelhecimento. Sanches (2018) resalta a importância de abordar temas como gerontopsicologia, gerontotecnologia, gerontofarmacologia, entre muitos outros, a fim de fornecer aos profissionais conhecimentos atualizados e habilidades práticas.

A educação contínua é fundamental para manter os profissionais atualizados diante das transformações e avanços na área da Gerontologia. Silva et al., (2022) destacam a importância da educação contínua na formação profissional, permitindo que os profissionais se mantenham

atualizados com as melhores práticas e descobertas científicas. Através de cursos, conferências e workshops, os profissionais têm a oportunidade de aprimorar seus conhecimentos e habilidades, garantindo que ofereçam um atendimento de qualidade aos idosos.

A formação profissional em Gerontologia exige educação e treino específico para capacitar os profissionais a lidar com as particularidades do envelhecimento.

A gerontopsicologia é um campo de estudo que explora as questões emocionais, cognitivas e psicossociais relacionadas ao envelhecimento. Através da formação em gerontopsicologia, os profissionais são capacitados a compreender e abordar os desafios emocionais, como a solidão, a depressão e a ansiedade, que podem afetar os idosos. Eles aprendem a aplicar técnicas de intervenção adequadas e a fornecer apoio emocional aos idosos e suas famílias.

A gerontotecnologia é outra área importante na formação profissional em Gerontologia. Ela refere-se à utilização de tecnologias e inovações para melhorar a qualidade de vida e a autonomia dos idosos. Os profissionais são treinados para identificar e aplicar tecnologias de assistência, dispositivos móveis, aplicativos e outras soluções tecnológicas que auxiliem os idosos em suas atividades diárias, promovendo sua independência e segurança.

Conclusão

A Gerontologia desempenha um papel crucial na formação profissional, fornecendo conhecimentos, habilidades e perspectivas necessárias para lidar com o envelhecimento humano de maneira abrangente e especializada. Através de uma abordagem multidisciplinar, a Gerontologia permite uma compreensão aprofundada das diversas dimensões do envelhecimento, promovendo a humanização do cuidado com os idosos. A formação profissional em Gerontologia requer educação e treino específico, abrangendo áreas de cariz biológico, psicológico e social, e enfatizando a importância da educação contínua para se manter atualizado sobre os avanços na área. Ao valorizar e investir na formação em Gerontologia, os profissionais de saúde estarão preparados para promover um envelhecimento saudável, inclusão social e qualidade de vida dos idosos.

Referências

- Carvalho, C., Ferreira, C., & Crespo, C. (2018). O papel da gerontologia na formação de profissionais de saúde. *Revista de Geriatria e Gerontologia*, 2(3), 127-136.
- Fernandes, M. H., & Gonçalves, M. S. (2018). Envelhecimento e formação profissional: reflexões sobre o trabalho de assistentes sociais. *Revista Portuguesa de Ciências do Trabalho*, 49, 31-45.
- Gomes, I., Costa, C., & Caldas, C. (2019). O impacto do envelhecimento na formação profissional: um estudo exploratório com estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(21), 45-53.
- Ribeiro, O., et al. (2020). O impacto do envelhecimento na formação profissional em saúde: uma revisão sistemática. *Revista de Geriatria e Gerontologia*, 6(3), 87-101.
- Sanches, P. (2018). A gerontologia na formação de profissionais de saúde: perspectivas e contribuições. *Revista de Gerontologia e Geriatria*, 6(2), 87-94.
- Santana, A., et al. (2017). Envelhecimento populacional e formação profissional: uma análise na perspectiva dos estudantes de psicologia. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 3(2), 236-248.
- Silva, C. R. da, et al. (2022). A educação gerontológica e a formação de profissionais: um estudo bibliométrico. *Journal of Interdisciplinary Studies on Aging*, 2(1), 59-76.

Torres, M. (2016). A pesquisa gerontológica no ensino superior: estratégias de disseminação. *Revista de Gerontologia e Geriatria*, 24(2), 43-52.

A felicidade no trabalho – algumas reflexões sobre a felicidade em organizações centradas na pessoa idosa

Alcina Nunes (alcina@ipb.pt)

UNIAG, Instituto Politécnico de Bragança

Sumário: A felicidade no trabalho é um tema complexo e multidimensional que já há algum tempo abandonou a esfera filosófica e tem sido amplamente investigado nos domínios da psicologia e neurociência, economia e, mais recentemente, na gestão e comportamento organizacional (Clark, 2018). As organizações sociais não são uma exceção no que se refere ao estudo da importância da felicidade no trabalho no seu comportamento organizacional. Nestas organizações sociais devem destacar-se aquelas que servem o idoso. Se se pensar que um indivíduo passa uma grande parte da sua vida adulta a trabalhar, é fundamental que este considere o trabalho como uma peça fulcral na sua felicidade. Ou seja, a felicidade no trabalho deve ser como um aspeto fundamental da gestão com contributos e benefícios positivos para a organização social, o seu colaborador (Jerónimo et al., 2023) e, essencialmente e consequentemente, para o idoso. No entanto, da Mata et al. (2023, p. 103) referem que “através da revisão bibliográfica e por observação direta em contexto prático é possível constatar que o tema da felicidade no local de trabalho é um tema pouco valorizado” sendo que “as organizações ainda maioritariamente refletem esquemas de liderança pelo medo”. Assim, este trabalho de reflexão procura trazer alguma luz para a importância da economia da felicidade no contexto muito especial das organizações que têm no seu centro de interesse a pessoa idosa e onde o cuidador, onde se inclui o gerontólogo, possui um papel fundamental.

Conceito de felicidade e o despontar da sua importância na economia

A questão sobre o que é a felicidade ocupa a mente dos filósofos desde a Grécia Antiga (da Mata et al., 2023) e tem sido objeto de discussão aprofundada porque toca alguns dos aspetos mais críticos da vida humana – a satisfação e a motivação para viver (Mota, 2009). Não existindo uma resposta definitiva sobre o que é a felicidade, a economia tem procurado medi-la através de conceitos como o bem-estar. Este conceito, embora subjetivo parece ser possível de avaliar através de indicadores objetivos como a esperança de vida, as relações sociais, o emprego, o rendimento individual ou, numa esfera mais organizacional, a produtividade no trabalho ou mesmo o equilíbrio entre trabalho e a vida privada (Nikolova & Graham, 2022).

DE forma estruturada, os estudos sobre economia da felicidade surgiram nos anos setenta do séc. XX com o que ficou conhecido como Paradoxo de Easterlin (1974). Este autor observou que a felicidade e o rendimento apresentam uma relação positiva, no entanto, no longo prazo o crescimento económico não parece conduzir a um aumento da felicidade. Este paradoxo foi o motor para o surgimento de literatura relativa à economia da felicidade (Kaiser & Vendrik, 2009; Mota, 2009; Rojas, 2009).

Nessa mesma década, em 1972, o reino do Butão, pressionado pela comunidade internacional por apresentar um Produto Interno Bruto (PIB) muito baixo, decidiu adotar o índice da Felicidade Interna Bruta (FIB) como indicador de crescimento e desenvolvimento da economia. Este Índice considera não só variáveis económicas, mas, também, variáveis culturais, espirituais, psicológicas e ambientais (Bates, 2009; Burns, 2010). Acreditava-se que o desenvolvimento humano deve colocar o bem-estar sociocultural, espiritual, político, económico e ecológico no centro dos esforços e políticas nacionais de desenvolvimento (Burns, 2010; Verna, 2017).

Apesar da desconfiança gerada por tal indicador, em 2012 o seu conceito foi adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU) através do cálculo e publicação anual do “Relatório Mundial da Felicidade” ([World Happiness Report, 2023](#)) que se junta a outros índices utilizados pela organização como os “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” (ODS) e o “Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)” (Burger Araujo Santos & Dorji, 2021). Por sua vez, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), no contexto da Better Life Initiative, e para perceber que fatores influenciam o bem-estar individual, desenvolveu, em 2011, o Better Life Index (BLI) (Koronakos et al., 2020) para que os cidadãos dos vários países membros da OCDE participassem na avaliação do seu bem-estar de forma a ajudar os decisores políticos a compreender as suas necessidades e prioridades (OECD, 2013).

Felicidade nas organizações

Nos diversos índices e indicadores utilizados para medir a felicidade e o bem-estar nas economias, ressalta-se a importância do rendimento, do trabalho e do emprego e da relação entre a vida privado e o trabalho. De facto, a maioria dos indivíduos passa grande parte da sua vida a trabalhar, logo é inevitável que o trabalho desempenhe um papel fundamental na formação dos seus níveis de felicidade. Em 2017, o papel fundamental do trabalho na felicidade e bem-estar individuais (e vice-versa) ficou bem patente quando se dedicou parte do Relatório Mundial da Felicidade à importância da felicidade no trabalho (Helliwell et al., 2017). Por sua vez, note-se que o trabalho e o equilíbrio vida privada-trabalho são dois elementos fundamentais na medição do Better Life Index da OCDE.

Note-se que vários aspetos veem demonstrado a importância do estudo da felicidade nas organizações. Através de revisão da literatura, Bataineh (2019) refere alguns destes aspetos: alterações da composição demográfica no mercado de trabalho, da quantidade e ritmo de trabalho assim como o aumento das horas de trabalho. O equilíbrio entre a vida profissional e a vida pessoal tornou-se uma preocupação fundamental para aqueles que desejam ter uma boa qualidade de vida (Helmle et al., 2014; Breitenecker & Shah, 2018). De facto, o conceito de equilíbrio entre a vida profissional e a vida privada tem sido considerado crucial tanto para os indivíduos como para as organizações onde estas trabalham, tendo-se verificado que contribui significativamente para a melhoria da produtividade dos trabalhadores, o que, por sua vez, tem um impacto positivo no desempenho das organizações (Guthrie, 2012). Existe evidência de que permite a retenção de recursos humanos, diminui situações de absentismo e de presentismo, aumenta a produtividade já que trabalhadores mais felizes estão mais motivados, faltam menos e apresentam um melhor desempenho profissional (Oswald et al., 2015), incrementa os níveis de bem-estar físico e mental com diminuições dos níveis de stress, facilita o processo de tomada de decisão e de resolução de problemas e melhora a cultura empresarial levando a um maior envolvimento, compromisso com a missão e visão da organização e gerando um ambiente de trabalho mais positivo e saudável (Rahmi, 2018; Thompson & Bruk-Lee, 2021)

Apesar do reconhecimento de benefícios de promover uma cultura de felicidade e bem-estar nas organizações, são vários os desafios que se colocam à sua promoção. Nestes desafios incluem-se: a resistência à mudança, a escassez de recursos financeiros e humanos e o desconhecimento do que é a felicidade e o bem-estar no trabalho.

A felicidade dos trabalhadores em organizações centradas na pessoa idosa

Considerando o trabalho de revisão de literatura, apresentado por Bataineh (2019) e o referido nas secções anteriores sobre felicidade no trabalho no contexto organizacional apresentam-se um conjunto de reflexões sobre a importância da felicidade no trabalho em organizações centradas na pessoa idosa.

Quando o que está em causa é o trabalho dos cuidadores daqueles que, pela sua idade avançada, precisam de um cuidado especial, a felicidade no trabalho é um fator crítico já que não só afeta o bem-estar do cuidador, como também tem um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados aqueles que são cuidados.

A satisfação profissional do cuidador está intimamente ligada à sua felicidade no trabalho. Os prestadores de cuidados satisfeitos têm mais probabilidades de estar motivados, empenhados e de prestar cuidados de maior qualidade aos idosos. Os fatores que contribuem para a satisfação do pessoal incluem a carga de trabalho, a remuneração, as oportunidades de crescimento profissional e o ambiente de trabalho.

Note-se aqui a importância do equilíbrio entre vida profissional e pessoal. O trabalho com o idoso pode ser exigente implicando trabalhar, frequentemente, em horários irregulares. Logo, é importante garantir um equilíbrio saudável entre a vida profissional e pessoal através de práticas de programação justas, horários flexíveis e disponibilidade de tempo livre adequado. De facto, criar uma cultura positiva e de apoio no local de trabalho é essencial! Uma cultura que valorize o trabalho em equipa, a empatia e os cuidados centrados nos idosos pode aumentar a felicidade de quem cuida. Promover uma comunicação aberta, reconhecer e recompensar o cuidador pelas suas contribuições são aspetos vitais para promover uma cultura positiva em organizações sociais centradas no idoso. Acresce-se a importância de criar oportunidades de formação e educação, fundamentais para que o cuidador se sinta competente e confiante nas suas funções. Para além de contribuir para a felicidade e satisfação profissional do cuidador, o facto da organização possuir uma equipa de pessoal bem formada e qualificada permiti-lhe estar mais bem equipado de recursos humanos para prestar cuidados de elevada qualidade. Em simultâneo, a capacitação dos que cuidam permitindo-lhes ser parte fundamental nos processos de tomada de decisão e nos cuidados prestados pode levar a um sentimento de propriedade, integração, empenho e satisfação no trabalho.

Por fim, devem referir-se dois aspetos fundamentais que uma organização centrada no idoso deve contemplar: (i) a necessidade de reconhecer o trabalho árduo e a dedicação do pessoal através de elogios, incentivos e programas de valorização, já que sentir-se valorizado e apreciado é crucial para a felicidade de um indivíduo; e, (ii) a necessidade de apoio emocional, já que o cuidador lida frequentemente com situações emocionalmente difíceis, incluindo a doença e a perda dos que cuidam. O acesso a aconselhamento e apoio à saúde mental pode ajudar o cuidador a lidar com o stress, o luto e a tensão emocional, promovendo a sua felicidade e resiliência.

A felicidade e a satisfação profissional do cuidador podem influenciar significativamente o bem-estar daqueles que são cuidados. Cuidadores felizes e satisfeitos têm mais probabilidades de estabelecer relações positivas com o idoso, prestar cuidados compassivos e satisfazer eficazmente as suas necessidades emocionais e físicas. Em oposição, os cuidadores infelizes podem prestar cuidados de qualidade inferior, o que pode ter um impacto negativo na qualidade de vida daqueles que cuidam.

Considerações finais

Em conclusão, a felicidade no trabalho é fundamental em organizações centradas na pessoa idosa, uma vez que a felicidade do cuidador tem um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados aos residentes. Criar um ambiente de trabalho positivo e de apoio, responder às necessidades e preocupações do pessoal e promover o seu bem-estar são passos essenciais para garantir uma força de trabalho feliz e eficaz. Em última instância, ambientes felizes conduzem a uma melhoria dos cuidados prestados e à sua melhor qualidade de vida. Tal como referem da Mata et al. (2023, p. 108), “a felicidade é vista como uma percepção positiva dos colaboradores sobre o

ambiente de trabalho”, mas “implementar a felicidade na organização é um processo que leva tempo e essencialmente compromisso das organizações, porém existem já muitas ferramentas e técnicas ao dispor para incentivar um maior envolvimento entre as pessoas basta focá-las na dita Felicidade”.

Referências

- Bataineh, K. A. (2019). Impact of work-life balance, happiness at work, on employee performance. *International Business Research*, 12(2), 99-112.
- Bates, W. (2009). Gross National Happiness. *Asian-Pacific Economic Literature*, 23(2), 1-16. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8411.2009.01235.x>
- Breitenecker, R. J., & Shah, S. A. M. (2018). Relation of work-life balance, work-family conflict, and family-work conflict with the employee performance-moderating role of job satisfaction. *South Asian Journal of Business Studies*, 7(1), 129-146. <https://doi.org/10.1108/SAJBS-02-2017-0018>
- Burger Araujo Santos, D., & Dorji, S. (2021). Bhutan & Gross National Happiness. In R. Bourqia, M. Sili (Eds.). *New Paths of Development. Sustainable Development Goals Series* (pp. 161-168). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-56096-6_14
- Burns, G.W. (2011). Gross National Happiness: A Gift from Bhutan to the World. In R. Biswas-Diener (Eds.). *Positive Psychology as Social Change*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9938-9_5
- Clark, A. E. (2018). Four Decades of the Economics of Happiness: Where Next? Review of Income and Wealth, 64(2), 245-269. <https://doi.org/10.1111/roiw.12369>
- da Mata, E., Pocinho, R., & Margarido, E. (2023). A felicidade nas organizações sociais - uma reflexão pela prática. *RIAGE-Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 3, 102-109. <https://www.riagejournal.com/index.php/riage/issue/view/5/3>
- Easterlin, R. A. (1974). Does Economic Growth Improve the Human lot? Some Empirical Evidence. In P. A. David, M. W. Reder (Eds.). *Nations and Households in Economic Growth* (pp. 89-125). Academic press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-205050-3.50008-7>
- Guthrie, V. M. J. (2012). Management control of work-life balance. A narrative study of an Australian financial institution. *Journal of Human Resource Costing & Accounting*, 16(4), 258-280. <https://doi.org/10.1108/14013381211317248>
- Helliwell, J. F., Layard, R., & Sachs, J. D. (2017). *World Happiness Report 2017*. Sustainable Development Solutions Network. <https://worldhappiness.report/ed/2017/>
- Helmle, J. R., Botero, I. C., & Seibold, D. R. (2014). Factors that influence perceptions of work-life balance in owners of copreneurial firms. *Journal of Family Business Management*, 4(2), 110-132. <https://doi.org/10.1108/JFBM-06-2014-0013>
- Jerónimo, G., Margarido, C., Machado, L. R., & Gordo, S. (2023). Sustentabilidade e Gestão de Recursos Humanizada. *RIAGE-Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 3, 27-41. <https://www.riagejournal.com/index.php/riage/issue/view/5/3>
- Kaiser, C. F., & Vendrik, M. C. M. (2019). Different Versions of the Easterlin Paradox: New Evidence for European Countries. In M. Rojas (Ed.). *The Economics of Happiness* (pp. 27-55). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15835-4_2

- Koronakos, G., Smirlis, Y., Sotiros, D., & Despotis, D. K. (2020). Assessment of OECD Better Life Index by Incorporating Public Opinion. *Socio-Economic Planning Sciences*, 70, 100699. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2019.03.005>.
- Mota, G. A. L. (2009). Three Essays on Happiness in Economics. Exploring the Usefulness of Subjective Well-being Data for the Economic Analysis of Welfare. [Tese de Doutoramento]. School of Economics and Management of the University of Porto.
- Nikolova, M., & Graham, C. (2022). The Economics of Happiness. In K. F. Zimmermann (Eds.) *Handbook of Labor, Human Resources and Population Economics* (pp. 1-33). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57365-6_177-2
- OECD. (2013). OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being, OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-Being. <https://doi.org/10.1787/9789264191655-en>
- Oswald, A. J., Proto, E., & Sgroi, D. (2015). Happiness and Productivity. *Journal of Labor Economics*, 33(4), 789-822.
- Rahmi, F. (2019). Happiness at Workplace. *International Conference of Mental Health, Neuroscience, and Cyber-psychology* (pp. 32-40). <https://doi.org/10.32698/25255>
- Rojas, M. (2019). The Relevance of Richard A. Easterlin's Groundbreaking Work. A Historical Perspective. In M. Rojas (Ed.). *The Economics of Happiness*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15835-4_1
- Thompson, A., & Bruk-Lee, V. (2021). Employee Happiness: Why we should care. *Applied Research in Quality of Life*, 16, 1419-1437. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09807-z>
- Verma, R. (2017). Gross National Happiness: Meaning, Measure and Degrowth in a Living Development Alternative. *Journal of Political Ecology*, 24(1), 476-490. <https://doi.org/10.2458/v24i1.20885>
- World Happiness Report (2023). *World Happiness Report 2022*. <https://worldhappiness.report/ed/2022/>

Narrativa autobiografia como método no trabalho com idosos

Vítor Fragoso

Universidade Sénior Contemporânea do Porto, Instituto Cultural da Maia

Na velhice o ser humano depara-se com um longo passado atrás das costas e uma perspectiva de futuro encurtada em relação ao que já passou. O futuro é menor em relação às outras dimensões temporais. Esta realidade faz com que, no caso de um percurso saudável, o presente vivido ganhe outra dimensão e importância, “já não há tempo a perder”, “já não se tem todo o tempo do mundo”.

Esta realidade biopsicossocial interfere profundamente sobre a experiência e vivência da própria velhice, realidade que os diferentes profissionais que trabalham com esta população devem considerar.

A realidade subjetiva da pessoa idosa, é algo a considerar positivamente, uma vez que as histórias de vida ganham outra preponderância e a relação com o tempo apresenta-se como uma dimensão vital para um envelhecimento bem-sucedido e saudável. Passado, presente e futuro, como uma roda de vida apresentam-se mais destacados do que nunca, e os três compõem o dinamismo que sustenta o curso que roda da vida leva. A roda deve girar, noutra ritmo, mas girar e prosseguir.

Mudanças e novas andanças na velhice

A velhice está repleta de singularidades que se foram acumulando ao longo do percurso de vida da pessoa. As singularidades referem-se à idade (biológica, social, psíquica e espiritual), às tonalidades socio-históricas e culturais do ambiente em que se viveu, uma vez que como recorda Mário Quintana num dos seus poemas: a *“idade é o menor sintoma de velhice”*.

Como podemos constatar a velhice caracteriza-se pelas suas singularidades, que por sua vez se refletem numa heterogeneidade de expressões e manifestações. Nesta fase o cariz individual e subjetivo está fortemente vincado, como tal parece-nos necessário ampliar a “potência da lente” com que observamos a velhice.

A velhice oculta particularidades incríveis, decorrentes da personalidade, do percurso e história de vida, do contexto e da situação vivencial da pessoa. Estas singularidades configuram um estilo pessoal, uma totalidade singular e ecológica.

Mucida (2006) defende que o sujeito na velhice pode encontrar novas formas para a reatualização do passado e a partir daí criar também novas perspectivas para o futuro.

A psicanálise entende o idoso como um sujeito que revê o seu passado e os significantes que constituíram a sua história, propiciando-lhe a condição de poder lidar melhor com as fragilidades psíquicas e físicas que surgiram com o decurso do tempo e que ainda estão por vir (Bueno, 2009).

Na velhice as relações humanas, os intercâmbios e interações psicoafectivas quando construídas numa base de segurança, significação e confiança podem ser altamente nutritivas (psicologicamente) para gerar na pessoa uma maior consolidação da sua identidade e segurança interna. Segundo esta perspectiva, as atividades educativas podem vincular os idosos com o seu potencial de possibilidades criativas disponíveis e/ou latentes, fortalecendo o seu autoconceito e autoconhecimento.

Grupos de Desenvolvimento Pessoal com Idosos

Esta experiência de grupos de aprendizagem e desenvolvimento pessoal na velhice proporciona a possibilidade de novos encontros existenciais. Recordando que é pelo encontro inter-humano que podemos nos tornar parceiros de vida ajudando-nos desse modo a iluminar caminhos, a abrir atalhos, emprestando por essa via os nossos sentimentos e emoções uns aos outros numa relação de procura mútua (Juliano, 1999). Esta possibilidade de partilha poderá promover o – NÓS - da Relação. Isto consegue-se através do estabelecimento de um forte laço afetivo de uma nova rede de significados. Este NÓS é sempre uma possibilidade em potência.

Esta troca inter-humana poderá proporcionar o entendimento das relações entre o indivíduo e o mundo, e por essa via aumentará a confiança na sua habilidade para enfrentar a realidade e a sua própria conflitualidade com mais segurança e serenidade.

Para os diferentes agentes que trabalham com esta população possuir uma formação básica destes mecanismos internos é essencial para uma melhor atuação. O conhecimento das condições socioculturais que afetam os processos de elaboração da identidade e a estabilidade do Eu são de fulcral importância.

Somos as histórias que contamos: narrativa, palavra e ação andam juntas

Antes do surgimento da escrita eramos essencialmente contadores de histórias, a oralidade é estrutural nas relações humanas e aproximou-nos uns dos outros, pois tínhamos necessidade de escutar, aprender e conhecer as tradições, nomeadamente os mitos, as fábulas e as lendas próprias de cada tribo, religião ou nação. Trata-se de um ato de reunião, onde todos se olhavam e silenciavam para escutar o ancião e a anciã, aquele e aquela que mais tinha vivido, experimentado, visto e escutado. Os velhos/as eram possuidores reconhecidos pela comunidade pois representavam a riqueza imaterial de um povo. O saber da vida e do tempo materializava-se no corpo e na vivência do ancião/ã, que pelo seu exemplo, pelas narrativas e memórias que possuía passava pela oralidade o recurso mais precioso que alguém podia possuir, o saber e a memória de todo um clã, uma comunidade ou um povo.

Na antiguidade ser velho era sinónimo de saber, representava uma “sabedoria encarnada”, transmitida pelos relatos, descrições e histórias. Esta transmissão era essencial para a integridade da tribo ou sociedade primitiva, ela permitia a criação de laços afetivos coerentes e integradores. A história era comum, todos participavam e faziam parte da narrativa, pois esta detinha um poder identitário forte.

Este encontro era possuidor de uma “aura mágica” quase magnética, escutar e ser escutado com a possibilidade de reconhecimento mútuo era e é vital para Homens. Reconhecer-se e ser reconhecido sempre exerceu um enorme poder sobre os seres humanos.

O que contam as histórias de cada um?

As histórias contam a vida singular e coletiva de cada um e cada uma. Contam alegrias e tristezas, esperanças e quimeras. Porque são tão importantes? Porque para nos reconciliarmos com as nossas histórias devemos olhar o passado como recurso e recorrer a ele apenas o quanto baste. Olhá-lo na justa medida de cada um. O grande desafio é encontrar a medida certa e justa de cada um. Se a repetição quando geradora de sofrimento for muito grande ela é a fonte do nosso sofrimento.

Quando o passado se repete no presente, urge saber o que fazer com o que se repete em nós (porque acontece sempre isto?). A emoção atual - consciente, repete uma emoção antiga inconsciente (Nasio, 2013).

O encontro de histórias de vida abre espaço à possibilidade de reelaboração de um passado que se repete no presente.

Recordar é trazer de novo ao coração, neste sentido elaborar uma autobiografia é na realidade procurar encontrar a paz, embora enfrentando a inquietude e a dor da recordação (Demetrio, 2009). Ao recordar, a pessoa refere-se sempre a um contexto social mais amplo. Lembrar é reconstruir o passado a partir dos quadros sociais do presente.

Ao recordar invocamos um conjunto de imagens mentais, e cada imagem que é invocada é memória. Cada parte constitutiva da imagem representa um conjunto de pedaços da vida passada concentrados no presente. A imagem é a nossa necessidade de recordar para não esquecer. A este propósito já Espinosa defendia que: “um homem é tão afetado agradavelmente como dolorosamente pela imagem de uma coisa passada ou futura, como pela imagem de uma coisa presente”.

Através destas imagens ligam-se a palavras que possuem a qualidade de mediadoras entre o presente e o passado, entre a nossa racionalidade, as nossas emoções e as nossas vivências. Elas são o vínculo mais profundo e estreito entre o que sabemos e o que reconhecemos de nós. Porque geram emoções que se convertem em novas imagens e palavras. Porque criam e recriam a memória em quem as vê ou escuta (Esquivel, 2011).

A partir daqui podemos reconhecer o valor da partilha grupal das histórias de vida entre idosos, uma vez que a partilha vai permitir unir e religar imagens e memórias, através das emoções revisitadas pela convivência grupal, permitindo a possibilidade de um rearranjo interno, proporcionado pela ressonância emocional decorrente da escuta de si e dos outros.

Narrativa autobiográfica como método terapêutico

Pode a narrativa autobiográfica ter efeitos terapêuticos? Sim. Aqui falamos de consequências benéficas e saudáveis decorrentes da utilização intencional das narrativas autobiográficas nas atividades que desenvolvemos com idosos/as, não de uma terapia.

A expressão método refere-se apenas à raiz da própria expressão que nos remete para caminho, orientação. Propomos um caminho, com vários percursos possíveis.

Poder falar de nós tem um efeito benéfico, pois permite ao Narrador sentir-se ao mesmo tempo Autor e Protagonista da sua história. O trabalho autobiográfico coloca em evidência o quanto ainda existe por fazer. Descobrimos o que ainda falta pelas novas ligações “inventadas” ou descobertas por acaso, entre os milhares de histórias que trazemos à superfície.

O homem na sua própria historicidade procura compreender a história e nela realizar-se. A inteligência da história condiciona a compreensão de mim e da minha relação com o mundo, desta forma conhecer e integrar a própria história é uma forma de conhecimento de si.

No entanto, o passado só é terapêutico quando é uma promessa de futuro para a nossa mente. Quando, múltiplo - o passado - apresenta-se como uma fonte de recursos, verdadeiramente disponível, porque pronto a ser utilizável. A Narrativa autobiográfica proporciona o conhecimento de si e a ocupação consigo próprio.

Quando os mais velhos falam sobre si, expressam a perceção de um EU que não envelhece - a perceção de uma identidade que mantém a sua continuidade apesar das alterações físicas e sociais que acompanham o envelhecimento. Neste sentido, entende-se que “ser velho não é *per se* uma característica central do EU”. Com o passar do tempo vamo-nos transformando noutros, sem deixarmos de ser quem somos. O desafio é ao mesmo tempo integrar todos esses Eu’s que fomos, mas em função do EU que desejamos ser. Neste âmbito o tempo pode ser entendido como: “uma

construção cultural imaginária chamada “tempo”, que organiza a nossa percepção da realidade e controla a nossa identidade através de uma série de transformações biológicas, vinculares, sociais, a que somos submetidos ao longo da viagem” (Moffatt, 2011).

As narrativas autobiográficas permitem a reciprocidade, escuta e escrita grupal. Estas permitem uma oportunidade de encontro, um redescobrimto de si e do outro, através do estabelecimento de um forte laço afetivo. Ao compartilhar lembranças os tempos individuais cruzam-se formando outro tempo coletivo, um tempo presente no grupo. Desta forma a partilha proporciona uma nova rede de significados. Quando evocamos uma lembrança, não encontramos a imagem originalmente percebida, mas uma reconstrução desta última.

Essas reconstruções são mais ou menos fiáveis e podem ser fortemente coloridas pela nossa vivência emocional. A partilha quando transporta um conflito, poderá permitir uma reconstrução que integre e apazigue o passado.

A partilha de narrativas autobiográficas em grupo permite aos idosos/as a: **(1)** expansão das fronteiras do seu valor pessoal **(2)** a afirmação da própria identidade **(3)** a possibilidade de reconhecer-se como participante da vida atual do grupo.

Este encontro em grupo, através da partilha reforça o valor pessoal pela afirmação identitária, o que permite uma revisão crítica do projeto existencial do idoso/a.

Forjamo-nos na relação inter-humana, como afirma Maslow (2001): *“homem algum é um individuo encapsulado, solipso, mas sim ontologicamente coexistente (plural)”*. A partilha grupal auxilia o idoso a identificar as suas pluralidades e a afirmar as singularidades, para Dulce Critelli (2013): *“o homem é singular e plural, cada um é, em verdade o portador e o realizador da História de todos os Homens. Nesta constituição singular como plural, o existir e todas as condições nas quais a vida é dada aos Homens são recebidas como uma herança múltipla e plural. Ao nascer cada Homem recebe a tarefa de vir a ser o que é”*.

Sabemos quem somos pela e na memória do vivido, pelo contacto com o nosso presente e pela possibilidade de memórias futuras. A memória é constitutiva do sujeito é ela que diz quem eu sou. Interpretar e analisar o presente com base em experiências vividas reforça o senso de identidade. Neste contexto as histórias de vida supõem a construção de uma história vital que representa a centralidade da nossa ideia de Eu, presente na personalidade que nos é própria.

A nossa personalidade é a resultante dos vínculos que estabelecemos, do conjunto de papéis que estão contidos ou reprimidos. Ela é resultante da nossa modalidade vincular e das nossas predisposições hereditárias. É através dos vínculos que estabelecemos que se estrutura o Eu e a personalidade, com a sua dinâmica comportamental e a multiplicidade de papéis que lhe estão associados.

A personalidade é uma estrutura de relações, pois existir é sempre coexistir. As memórias surgem organizadas em torno do EU o que permite a percepção de continuidade e identidade. A memória autobiográfica liga-se diretamente ao EU e ao que lhe é significativo e relevante. O Eu emerge dos papéis, ou seja, antes mesmo de ter a noção de eu, da personalidade, ou de construir a linguagem falada a criança desempenha papéis. Tudo está permeado pela afetividade. A afetividade revela-nos o que somos, ela estrutura-nos (ganhamos forma) por meio da ação (Moreno, 1993).

Neste sentido a utilização do método autobiográfico no trabalho com idosos tem o intuito de: possibilitar a revisão das histórias de vida, permitir a emergência de outros pontos de vista perante a vida vivida, garantir História vital, uma visão de futuro livre de amarras do passado, proporcionar

a partilha grupal, ampliar o sentido de vida, através da possibilidade de surgimento de novos sentidos existenciais.

Trata-se de um processo que leva a uma nova perspectiva e reflexão sobre o passado. As narrativas autobiográficas permitem a descoberta e reinvenção das trajetórias de vida pois como referimos anteriormente constituem um processo de autoformação e educação contínua. Ajudam a pessoa idosa a integrar os desafios existenciais, permitindo o aparecimento de novos sentidos para a sua vida.

Trabalho em grupo com histórias de vida

A partilha de histórias de vida desencadeia reminiscências que são utilizadas com um fim terapêutico e permitem reescrever e restaurar a própria história de vida. Ter uma história é guardar na memória uma versão (compartilhada, mas sempre pessoal) de uma sequência de acontecimentos significativos da existência, sequência que outorga a ideia de causalidade ou destino e permite descobrir movimentos e mudanças inesperados.

A lembrança e a memória dentro das narrativas e histórias de vida têm uma função primordial: a de resgatar histórias passadas que ainda são “reais” e presentes, emocionalmente, permitindo uma conciliação entre o passado e o presente. A sua função é realizar uma articulação entre a dimensão do passado e as circunstâncias do presente, outorgando um sentido de comando da realidade e de continuidade do ser. O seu intuito é preservar a identidade do ser (Demetrio, 2009)

Identidade, Grupo e Histórias de Vida

A identidade pessoal está ligada às vivências e suas memórias. Quando a memória se deteriora, a linha que unia e dava sentido às recordações rompe-se. O Eu só se preserva na medida que se reconheça a si mesmo, em que se reconheça perante os outros numa continuidade temporal, sustentado por uma história permanente. A insistência dessa história é a reminiscência (Demetrio, 2009).

A reminiscência exercida e ocorrida em dinâmica de grupo procura: **(1)** contribuir para que se encontrem elos entre o passado e o presente e **(2)** ajuda na formação e na manutenção de uma identidade pessoal e grupal, individual, plural e coletiva.

Esta partilha permite aumentar as ressignificações do vivido, estimula a empatia, potencia a autoestima e desencadeia a criação de novos laços afetivos que originam a estruturação de novas redes de suporte social.

As redes de suporte social que surgem da experiência e participação grupal funcionam como um suporte emocional e afetivo, mas também instrumental, nomeadamente ao nível do:

- Dar e receber apoio instrumental, material afetivo e informativo.
- Permitir às pessoas a continuidade do amor, do cuidado e do valor.
- Oferecer garantias de pertença a uma rede de relações comuns e mútuas;
- Ajudar a encontrar sentido nas experiências de desenvolvimento, principalmente quando adversas;
- Auxiliar a interpretar expectativas pessoais e grupais e avaliar as próprias realizações e competências;
- E na oportunidade para desenvolver estratégias de comparação social.

Na dinâmica do grupo procura-se estimular a aproximação entre os participantes através da criação de um clima de partilha e de uma certa ludicidade que tem como finalidade proporcionar, na pessoa idosa, confiança e segurança. Este clima vai-se estruturando e deve ser estimulado ao longo do desenvolvimento das sessões de grupo.

É objetivo deste tipo de grupos estimular o desenvolvimento da educação emocional através do acolhimento das narrativas autobiográficas e potenciar desse modo a inteligência emocional. No trabalho que desenvolvemos com grupos de idosos procura-se aumentar a percepção e a consciência emocional para aumentar os recursos de regulação emocional assim como potenciar a criação de redes de suporte secundário (amigos e colegas). Estas têm, claramente, uma ação preventiva e formativa e articulam-se entre atividades de conhecimento, de transformação do envelhecer e de expressividade. As sessões estão orientadas para desenvolver a autoconsciência através do uso de estratégias e dinâmicas de grupo que possibilitem uma aproximação de si e do outro, pois como defende o Gestalt Terapeuta Richard Hycner (1995): “a atitude com que me aproximo do outro é, também, a atitude com que me aproximo de mim mesmo”.

Dentro das técnicas utilizadas em grupos, encontram-se as que permitem uma introspeção e um melhor contacto da pessoa com o seu Self, a parte mais interna da persona. Estas propostas permitem contactar com os conteúdos do inconsciente e produzem uma estruturação interna ou insight que favorece o crescimento pessoal.

Uma vez nesta etapa de vida, realiza-se um balanço dos feitos e das decisões que se tomaram ao longo da existência de forma que técnicas como a escrita biográfica podem ser um excelente meio de realização.

Método autobiográfico e histórias de vida

Prestar atenção e escutar o modo como os idosos dão sentido à sua vida e como são capazes de elaborar narrativamente as suas histórias, proporciona-nos a possibilidade de nos aproximarmos deles a partir do conjunto de significações e representações elaboradas ao longo do seu percurso existencial e através destas à sua realidade interna. Desta forma, o idoso/a poderá valorizar a sua experiência vital e utilizá-la como fonte de desenvolvimento e transformação pessoal para que no futuro esta represente um legado imaterial essencial para as gerações mais novas.

O modelo autobiográfico de histórias de vida articula-se com o processo de reminiscência. A partir dessa articulação, propomos o modelo de trabalho que desenvolvemos com os grupos de idosos. O foco e atenção nas narrativas de vida é a experiência vital particular e singular do/a idoso/a, tal como é percebida pelo próprio. Robert Butler (cit. in Webster, Bohlmeijer, Westerhof, 2010) foi pioneiro a salientar a importância da reminiscência e revisão da vida como um processo psicológico para alcançar uma adaptação bem-sucedida da pessoa idosa no decorrer das diferentes fases da vida.

A possibilidade de revisão de vida está presente em todas as idades e qualquer crise pode provocar a revisão de vida. Este movimento de olhar para si é com maior frequência observado nos primeiros períodos de velhice.

A este propósito, Duccio Demetrio (2009), refere que a partir de um determinado momento sentimos: “o desejo de narrarmos a nossa própria história, é o sinal de uma nova etapa na nossa maturidade. Pouco importa que tal aconteça aos vinte anos ou aos oitenta. É o facto em si que conta, que estabelece a transição numa outra forma de ser ou de pensar. É o aparecimento de uma necessidade que procura arranjar espaço entre os outros pensamentos, procura arranjar um pouco de tempo para nos ocuparmos de nós próprios”.

O processo de reminiscência através da autobiografia é entendido como um processo de intervenção terapêutica em que, através da memória autobiográfica e revisão de vida, poderá auxiliar a pessoa idosa na tarefa de clarificar, aprofundar e encontrar o sentido de realização

durante uma vida que foi pautada com um conjunto diverso de aprendizagens e adaptações constantes.

A história do desenvolvimento pessoal e individual de cada ser humano pauta-se por um conjunto de etapas a serem percorridas no decorrer do seu período existencial. O ciclo de vida de cada um tem as suas particularidades, embora existam momentos e fases de transição “universais”, como a infância, a adolescência, a adultícia e a velhice. Este percurso histórico é situado no tempo e no espaço. De acordo com Moffatt (2010): “vive-se no espaço e existe-se no tempo. O tempo como dimensão privada do Homem que só se apercebe, existindo. O tempo na realidade é a memória do espaço, porque o que apenas existe é o espaço. Dizer recordo-me, lembro-me, é evocar um espaço acontecido. A repetição da cenografia do espaço permite-me suportar a transformação irreversível do tempo. Voltar ao mesmo espaço cria-nos a ilusão de voltarmos ao mesmo tempo”.

É, neste habitar do tempo humano, que encontros e desencontros se estabelecem e que nos marcam de uma maneira muito especial, de tal modo que é através desse diálogo relacional inter-humano que damos forma à nossa personalidade e a todas as potencialidades que possuímos. Em síntese, transformamo-nos mutuamente.

A personalidade resulta deste percurso do ciclo vital, destes encontros e desencontros. É ela, a personalidade, o que nos torna unos e únicos, distinguindo-nos de todos os outros. Ela permite que nos reconheçamos e sejamos reconhecidos mesmo quando desempenhamos vários papéis sociais. A personalidade representa uma fidelidade, uma continuidade de formas de estar e de ser. Falar de personalidade é ter em conta os sentimentos, emoções, pensamentos, atitudes, comportamentos, motivações, tomadas de decisão e projetos de vida. Falar de personalidade é também falar do sentido que a pessoa dá às diferentes ocorrências e experiências da sua vida. Neste contexto, a história de vida, o percurso singular de cada ser humano assume um valor insubstituível.

O ser humano é um ser-em-situação, o que significa que possui a necessidade de afirmar a sua individualidade, uma vez que cada situação é única e distinta das demais, e cada qual vive ao seu modo a sua situacionalidade.

As histórias de vida permitem que as pessoas relacionem os acontecimentos e os afetos que elas experimentam, utilizando a sua forma habitual de ver o mundo e os seus constructos pessoais. Podemos, pois, dizer que pensamos, sentimos e ajuizamos sobre nós e os outros, ou melhor, somos produtores de sentido e vivemos a nossa vida, através das histórias por nós vividas e construídas.

O modelo biográfico serve de linha orientadora e determina a nossa ação quando trabalhamos nas sessões dos grupos com idosos. Os relatos são valorizados, ampliados e partilhados para que desta troca se ampliem as significações da história de vida dos seus participantes. Na nossa atividade, utilizamos diversas dinâmicas que nos permitem trabalhar estes e outros temas.

A narrativa de vida e a reminiscência decorrente dessa exposição em grupo poderão representar para o idoso/a um recurso com benefícios terapêuticos, com efeitos protetores relativamente à saúde, pois servem muitas vezes de proteção perante a amargura, o tédio e a proximidade da finitude e preparação para a morte. Por exemplo, em relação ao tédio, as memórias são usadas para preencher uma lacuna de estimulação ou falta de interesse face à realidade imediata. As memórias são também potenciadoras de uma identidade coesa e com maior segurança. Quando são utilizadas para a procura de coragem, coerência, sentido da vida e de consolidação de um senso de autoconceito positivo (Serrat e Villar, 2015). Funcionam, também, como forma de intimidade quando servem para preservar as lembranças íntimas das relações sociais que já não fazem parte das vidas dos/as idosos/as.

No fundo, são também um recurso de gestão emocional. “Arrumar” devidamente as histórias de vida e recorrer às mesmas quando potenciadoras de positividade, esperança e sentido, é extremamente importante para melhorar a capacidade de regulação emocional.

Referências

- Critelli, D. M. (2013). História pessoal e sentido da vida: historiobiografia. EDUC-Editora da PUC-SP.
- Demétrio, D. (2009). Era uma Vez... A Minha Vida. A autobiografia como método terapêutico. Lusodidacta.
- Esquivel, L. (2011). O Livro das Emoções. ASA.
- Hycner, R. (1995). De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica. São Paulo: Summus.
- Hycner, R., & Jacobs, L. (1997). Relação e cura em Gestalt-terapia. Summus Editorial.
- Juliano, J. C. (1999). A arte de restaurar histórias. Summus Editorial.
- Maslow, A. H. (2001). Visiones del futuro. Editorial Kairós.
- Moffatt, A. (2011). Psicoterapia existencial. Buenos Aires: Esperanza.
- Moreno, J. L. (1993). Psicodrama. Editora Cultrix.
- Mucida, A. (2006). O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice. 2ª. ed. Belo Horizonte: Autêntica.
- Nasio, J. D. (2013). Por que repetimos os mesmos erros. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.
- Villar, F., & Serrat, R. (2015). El envejecimiento como relato: Una invitación a la gerontología narrativa. Revista Kairós-Gerontologia, 18(2), 09-29.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E., & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research and interventi

Reflexões finais

Ana Galvão

Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

A Organização Mundial de Saúde na Conferência de Madrid sobre o Envelhecimento veio introduzir uma nova meta de “envelhecimento ativo” correspondendo não apenas à possibilidade de se chegar à velhice com saúde, mas também mantendo ou melhorando a qualidade de vida.

O Observatório Nacional do Envelhecimento emerge numa altura em que a temática do envelhecimento da população – em termos europeus e em Portugal – está em destaque para esta década.

Este Observatório tem por objetivo avaliar indicadores de várias áreas ao longo do ciclo de vida das pessoas e perceber qual o seu impacto no processo de envelhecimento da população.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, o que efetivamente se pretende é que as pessoas tenham o máximo de qualidade de vida e bem-estar durante o máximo tempo.

O objetivo principal do observatório é recolher e analisar dados demográficos, sociais, económicos e de saúde relacionados à população idosa, a fim de fornecer informações e subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias que promovam um envelhecimento ativo e saudável e uma melhor qualidade de vida para as pessoas idosas.

O Observatório Nacional do Envelhecimento geralmente trabalha em colaboração com diferentes instituições, como universidades, centros de pesquisa, organizações da sociedade civil e agências governamentais. Essa parceria multidisciplinar permite uma abordagem mais abrangente e uma compreensão mais aprofundada dos desafios e oportunidades associados ao envelhecimento populacional.

De entre as atividades desenvolvidas por um Observatório Nacional do Envelhecimento, podemos destacar:

1. Recolha e análise de dados demográficos e estatísticas relacionadas à população idosa, incluindo indicadores de saúde, condições socioeconómicas, participação social e bem-estar geral.
2. Realização de pesquisas e estudos sobre questões específicas relacionadas ao processo de envelhecimento, como saúde física e mental, cuidados de longo prazo, aposentadoria, participação no mercado de trabalho, entre outros.
3. Monitorização das políticas públicas dirigidas às pessoas idosas e avaliação da sua efetividade na promoção do envelhecimento saudável e da inclusão social.
4. Promoção de eventos, conferências e seminários para discutir e disseminar conhecimentos sobre o envelhecimento populacional, reunindo pesquisadores, profissionais da área da saúde, políticos e outros atores relevantes.
5. Elaboração de relatórios e recomendações com base nas evidências observadas, visando informar e influenciar a tomada de decisão nos níveis local, regional e nacional.

O Observatório Nacional do Envelhecimento desempenha um papel importante no planeamento e na implementação de políticas e programas dirigidas às pessoas mais velhas, contribuindo para uma abordagem mais informada e baseada em evidências. Ele também desempenha um papel fundamental na sensibilização da sociedade sobre os desafios e

oportunidades associados ao processo de envelhecimento populacional, promovendo uma cultura de respeito, inclusão e valorização das pessoas mais velhas.

Perante este cenário, o Departamento das Ciências Sociais da Vida e Saúde Pública (DCSVSP) do IPB encontra-se a reorganizar e ajustar o NIII (Núcleo de investigação e Intervenção no idoso) de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos mais velhos.



I SEMINÁRIO GERONTOLÓGICO

7 de junho 2023

sandra ventura
estúdio fotografia

PROGRAMA

9:00 - 12:30m

Abertura

Diretora Adília Fernandes; IPB
Fernanda Silva, Câmara Municipal
Sandra Valdemar; IEFP
Bruno Santos; Fundação Betânia

Reflexões em contexto de estágio de Gerontologia
Bruno Santos; Fundação Betânia

Biologia do envelhecimento: descobertas recentes
e perspetivas futuras
Carina Rodrigues

Envelhecer em casa
Fernando Pereira

Novo tempo de envelhecimento
Cláudia Moura

Perspetivas da profissão de Gerontólogo em
Portugal
Elisabete Rodrigues; ANG

Comunicações Livres

14:00 - 17:30

Psico oncologia nos mais velhos e cuidadores
Cláudia Alexandra Vaz

O Gerontólogo nas atividades de formação
Kleiver Sanchez

Felicidade nas organizações
Alcina Nunes

Narrativa de um estudante da Universidade Sénior

Comunicações Livres

Tuna Universidade Sénior

**Auditório da Escola
Superior de Saúde**

**Inscrição: gratuita
Formato: presencial**

**E-book com artigos das
comunicações e pósteres
apresentados**



Envie os seus trabalhos para:
seminariogerontologico@gmail.com

Comissão organizadora:

Finalistas da Licenciatura em Gerontologia

Comissão Científica:

Adília Fernandes; IPB

Ana Galvão; IPB

Ana Maria Pereira; IPB

Beatriz Edra; Escola Santa Maria Porto

Bruno Magalhães; UTAD

Bruno Santos; Fundação Betânia

Carina Rodrigues; IPB

Clárisse Pais; IPB

Claudia Alexandra Vaz; Liga portuguesa

Contra o Cancro

Fernando Pereira; IPB

Helder Fernandes; IPB

Jéssica Gonçalves; Fundação Betânia

José Manuel Silva; Escola Santa Maria

Porto

Juliana Canteiro; Fundação Betânia

Justina Silvano; IPB

Kleiver Sanchez; IEFP

Luís Jacob; Rutis

Maria José Gomes; IPB

Maria José Viveiros; IPB

Paula Pimentel; Fundação Betânia

Sílvia Ala; Estabelecimento Prisional

Entidades parceiras:

Escola Superior de Saúde, IPB

Fundação Betânia

Liga Portuguesa contra o Cancro

IEFP

Universidade Sénior Bragança