

# Idosos não japoneses, japoneses e descendentes de japoneses no Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: condições funcionais e de saúde

*Non-Japanese, Japanese and Japanese descendant older adults in the Health, Wellbeing and Aging Study: functional and health conditions*

Tamara Nogueira Petroni<sup>I</sup>, Daniella Pires Nunes<sup>II</sup>, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte<sup>III</sup>, Helena Akemi Wada Watanabe<sup>IV</sup>, Maria Lúcia Lebrão<sup>IV\*</sup>

**RESUMO:** *Introdução:* A cidade de São Paulo conta com a maior comunidade de descendentes japoneses fora do Japão. *Objetivos:* Comparar as condições demográficas, econômicas, funcionais e de saúde de idosos não japoneses, japoneses e descendentes de japoneses, bem como analisar comparativamente as condições funcionais e de saúde de idosos nascidos no Japão e de seus descendentes nascidos no Brasil. *Métodos:* Estudo transversal realizado no município de São Paulo, no ano de 2010, com 1.345 idosos ( $\geq 60$  anos) participantes do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). Os idosos foram classificados em não japoneses (não nascidos no Japão), japoneses (nascidos no Japão) ou descendentes diretos de japoneses. Para a análise dos dados, utilizou-se o teste do  $\chi^2$  com correção Rao-Scott. *Resultados:* Dos 1.345 idosos, 3,3% eram japoneses ou descendentes. Esses se diferenciavam dos não japoneses quanto à escolaridade mais elevada e suficiência de renda. Entre os idosos nascidos no Japão, houve maior proporção de longevos (38,8%), portadores de doenças cardiovasculares (48,9%) e de declínio cognitivo (26,7%). *Conclusão:* Nota-se que os idosos japoneses/descendentes apresentaram melhor funcionalidade quando comparados aos não japoneses. Já entre japoneses e descendentes, observou-se diferenças no perfil das doenças. Acredita-se que tais resultados possam ser decorrentes das influências culturais.

**Palavras-chave:** Idoso. Atividades cotidianas. Japão.

<sup>I</sup>Centro de Referência do Idoso da Região Norte – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>II</sup>Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Tocantins – Palmas (TO), Brasil.

<sup>III</sup>Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>IV</sup>Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

\*in memoriam.

**Autor correspondente:** Yeda Aparecida de Oliveira Duarte. Núcleo de Apoio à Pesquisa SABE. Avenida Dr. Arnaldo, 715, CEP: 01246-904, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: yedaenf@usp.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

**ABSTRACT:** *Introduction:* The city of São Paulo has the largest community of Japanese descendants outside of Japan. *Objectives:* To compare the demographic, economic, functional, and health conditions of non-Japanese, Japanese, and their descendants; and to analyze comparatively the functional and health conditions of older adults born in Japan and their descendants born in Brazil. *Methods:* A cross-sectional study was carried out in the city of São Paulo, in 2010, with 1,345 older adults ( $\geq 60$  years) participants in the SABE Study (Health, Welfare and Aging). The participants were classified as non-Japanese (not born in Japan), Japanese (born in Japan) or have reported being a direct descendant of Japanese. For the data analysis,  $\chi^2$  test with Rao-Scott correction was used. *Results:* Of the 1,345 older adults, 3.3% were Japanese or descendants. These differed from non-Japanese in terms of higher education and reported income sufficiency. Among older adults born in Japan, there was a higher proportion of oldest old (38.8%), cardiovascular diseases (48.9%) and cognitive decline (26.7%). *Conclusion:* It is noted that Japanese and descendants older adults presented better functionality when compared to non-Japanese. Among Japanese and descendants, differences in the profile of diseases were observed. It is believed that such results may be due to cultural influences.

**Keyword:** Aged. Activities of daily living. Japan.

## INTRODUÇÃO

Embora o processo de envelhecimento populacional seja um fenômeno mundial, há diferenças na expectativa de vida entre os países, mesmo entre aqueles que têm similaridades em seu desenvolvimento. Populações culturalmente distintas apresentam diferentes formas de adoecer e morrer, possivelmente em decorrência de seus hábitos e costumes, o que vem sendo investigado mais recentemente em estudos que abordam fenômenos migratórios envolvendo diferentes nacionalidades ou religiões<sup>1</sup>.

A imigração japonesa para o Brasil iniciou-se oficialmente em 18 de junho de 1908, com a chegada de 733 pessoas a bordo do vapor Kasato Maru no Porto de Santos. Ao longo do último século, a comunidade nipo-brasileira, conhecida também como *nikkey*, passou por grandes transformações e se integrou à sociedade brasileira<sup>2</sup>.

O Brasil é o país onde há o maior número de japoneses e seus descendentes fora do Japão. Em censo realizado no início da década de 1960, verificou-se que a população *nikkey* era de 429.413 pessoas, das quais 32% eram imigrantes<sup>3</sup>. Estudos posteriores<sup>4-7</sup> apontaram que a maioria dos *nikkeys* estava concentrada na Região Sudeste (79,4%) e que, do total de 72,23% nipo-brasileiros que viviam no Estado de São Paulo, 40,39% viviam na capital e na Região Metropolitana.

De acordo com estudo realizado pelo Centro de Estudos Nipo-Brasileiros<sup>5</sup>, no período de 1987 a 1988, a população nipo-brasileira, segundo geração de descendência, tinha a seguinte composição: 12,5% eram japoneses natos e 85,4% eram descendentes de japoneses nascidos no país, dos quais 31,7% eram menores de 15 anos de idade, 57,5% tinham entre 15 e 60 anos e 9,7% eram maiores de 60 anos.

Em decorrência de diferenças na morbimortalidade desse grupo, comparativamente a outras populações, os japoneses têm merecido atenção especial, além de representarem uma das populações mais longevas do mundo.

Assim, alguns autores<sup>8</sup> afirmam que imigrantes apresentam um padrão de mortalidade compatível ao grau de aculturação atingido, pois tenderam a modificar gradualmente seus hábitos. Embora a hereditariedade na etiologia da doença esteja bem estabelecida, há grande importância dos fatores ambientais. Desse modo, há modificações biológicas, psicossociais, nutricionais e culturais ocorridas por meio da interação desses grupos com ambientes culturalmente distintos, quando comparados ao perfil dos residentes do seu local de origem.

Considerando o grande movimento migratório por que vem passando o mundo na atualidade, e o fato de o Brasil ser um país cuja população é composta por imigrantes e seus descendentes, conhecer o impacto da aculturação na mudança nas condições de saúde e funcionalidade de imigrantes e seus descendentes é fundamental para o planejamento de políticas públicas adequadas às diferentes demandas da população idosa.

## **OBJETIVOS**

Os objetivos foram comparar as condições demográficas, econômicas, funcionais e de saúde de idosos não japoneses, japoneses e descendentes de japoneses, bem como analisar comparativamente as condições funcionais e de saúde de idosos nascidos no Japão e seus descendentes nascidos no Brasil.

## **MÉTODOS**

Este estudo é parte do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) e utilizou a base de dados do ano de 2010 do referido estudo, caracterizando-se, assim, como exploratório, transversal e analítico.

O Estudo SABE iniciou-se como um estudo multicêntrico, em 2000, sob a coordenação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), com o objetivo de traçar o perfil das condições de vida e saúde das pessoas idosas da América Latina e do Caribe. Foi nessa época desenvolvido, simultaneamente, em sete centros urbanos da região: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), Havana (Cuba), Cidade do México (México) e Montevidéu (Uruguai). No Brasil, foi desenvolvido no município de São Paulo e coordenado pelo Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e do Ministério da Saúde. Em 2000, foram entrevistados 2.143 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, por meio de amostragem probabilística por conglomerados em 2 estágios, denominada coorte A<sup>o</sup>.

Em 2006, o Estudo SABE em São Paulo tornou-se longitudinal e de múltiplas coortes. Nesse momento, os idosos da coorte A foram localizados e novamente entrevistados ( $n = 1.115$ ), e uma nova coorte probabilística de pessoas idosas com 60 a 64 anos (coorte B) foi introduzida ( $n = 298$ ). O mesmo ocorreu em 2010, quando foram localizados e novamente entrevistados 748 idosos da coorte A, 242 da coorte B e introduzida nova coorte probabilística de pessoas idosas com 60 a 64 anos (coorte C,  $n = 355$ ), perfazendo um total de 1.345 indivíduos. Para o presente estudo, a amostra foi constituída pela terceira onda realizada no ano de 2010.

A variável dependente foi o idoso ser nascido no Japão ou ter referido ser descendente direto de japoneses. As variáveis independentes foram: idade; sexo; estado marital; percepção de suficiência de renda; anos de estudo; autorrelato de hipertensão, diabetes, doença cardíaca, doença articular, doença pulmonar crônica e/ou doença cerebrovascular; presença de sintomas depressivos; declínio cognitivo e funcional; multimorbidade ( $\geq 2$  doenças); estilo de vida (tabagismo, ingestão de álcool, sedentarismo); hospitalização e uso de serviços de urgência e emergência nos 12 meses anteriores à entrevista.

A presença de sintomas depressivos foi identificada por meio da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica, sendo considerados com triagem positiva para depressão os idosos com pontuação maior que cinco<sup>10</sup>. A presença de declínio cognitivo foi identificada usando a versão modificada do Miniexame do Estado Mental (MEEM), e o ponto de corte utilizado foi 12 ou menos<sup>11</sup>.

A funcionalidade foi avaliada por meio da dificuldade referida para o desempenho de atividades básicas de vida diária (ABVDs): alimentar-se, tomar banho, vestir-se, usar o vaso sanitário, ter capacidade de mobilização e transferência; e das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), como: cuidar do próprio dinheiro, utilizar meio de transporte, comprar alimentos, telefonar e tomar os próprios medicamentos. Foram considerados dependentes os idosos que referiram dificuldade no desempenho de ao menos uma das atividades.

A ingestão de álcool foi classificada em três categorias de frequência: baixa ingestão (menos de um dia por semana); ingestão moderada (um a três dias por semana) e alta ingestão (quatro ou mais dias por semana)<sup>12</sup>. A prática de atividade física foi avaliada pelas atividades de intensidade moderada e vigorosa da versão curta (traduzida) do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), sendo classificado como ativos os idosos que praticavam 150 minutos ou mais de atividades moderadas por semana ou 75 minutos de atividades vigorosas por semana ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e vigorosa<sup>13</sup>.

A análise dos dados foi realizada no pacote estatístico Stata 11.0. Para a análise descritiva das variáveis do estudo utilizaram-se proporções. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando-se o teste do  $\chi^2$  com correção de Rao-Scott, que leva em consideração pesos amostrais para estimativas com ponderações populacionais<sup>14</sup>. Foi estabelecido um nível de significância de 5% para estimar as diferenças entre os grupos.

O Estudo SABE foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública da USP, tendo obtido parecer favorável em todas as coletas realizadas.

## RESULTADOS

Dos 1.345 idosos avaliados em 2010, 3,3% eram japoneses ou descendentes de japoneses. A maioria dos idosos japoneses ou descendentes de japoneses possui escolaridade mais elevada (62,2%) e relatou suficiência de renda (81,5%) quando comparados aos outros. Ao comparar os dois grupos, não houve diferença entre idade, sexo, estado marital, sintomas depressivos, prática de atividade física e multimorbidade. No entanto, houve associação significativa entre o relato de dificuldade no desempenho das ABVDs e AIVDs, tendo os japoneses e seus descendentes apresentado melhor desempenho funcional. Embora não tenha sido encontrada diferença estatística, idosos não japoneses apresentaram maior prevalência de declínio cognitivo, quando comparados aos japoneses (Tabela 1).

No total da amostra deste estudo (n = 41), 78,2% eram descendentes de japoneses e 21,8% referiram ter nascido no Japão. Entre os últimos, observa-se maior proporção de longevos (38,8%), homens (82,7%), casados (62,8%) e com maior escolaridade (75,3%). Já entre seus

Tabela 1. Distribuição (%) dos idosos não japoneses e japoneses/descendentes de japoneses, segundo características socioeconômicas, demográficas e de saúde. São Paulo, 2010 (n = 1.345).

| Características  | Não japoneses (%) | Japoneses e descendentes de japoneses (%) | Valor p |
|------------------|-------------------|---|---------|
| Idade (anos)     |                   |   |         |
| 60 a 69          | 54,4              | 54,2                                      | 0,990   |
| 70 a 79          | 30,6              | 30,0                                      |         |
| 80 ou mais       | 15,0              | 15,8                                      |         |
| Sexo             |                   |   |         |
| Masculino        | 39,7              | 51,5                                      | 0,199   |
| Feminino         | 60,3              | 48,5                                      |         |
| Estado marital   |                   |   |         |
| Com companheiro  | 54,8              | 57,7                                      | 0,789   |
| Sem companheiro  | 45,2              | 42,3                                      |         |
| Renda suficiente |                   |   |         |
| Não              | 43,8              | 18,5                                      | 0,007   |
| Sim              | 56,2              | 81,5                                      |         |

Continua...

Tabela 1. Continuação.

| Características  | Não japoneses (%) | Japoneses e descendentes de japoneses (%) | Valor p |
|--|-------------------|---|---------|
| <b>Anos de estudo</b>  |                   |   |         |
| Nenhum   | 12,1              | 5,2                                       | 0,000   |
| 1 a 3  | 22,8              | 10,3                                      |         |
| 4 a 7  | 38,2              | 18,3                                      |         |
| 8 ou mais  | 26,9              | 62,2                                      |         |
| Declínio cognitivo   | 10,1              | 5,8                                       | 0,346   |
| Presença de sintomas depressivos   | 9,9               | 18,2                                      | 0,1449  |
| Prática de atividade física (ativo)  | 38,3              | 51,5                                      | 0,205   |
| <b>Doenças crônicas</b>  |                   |   |         |
| Hipertensão arterial   | 67,0              | 60,6                                      | 0,485   |
| Diabetes   | 24,8              | 33,7                                      | 0,345   |
| Câncer   | 7,9               | 6,2                                       | 0,676   |
| Doença pulmonar crônica  | 9,5               | 0,0                                       | 0,059   |
| Doenças cardiovasculares   | 23,2              | 15,9                                      | 0,412   |
| Doença cerebrovascular   | 7,3               | 0,0                                       | 0,112   |
| Doenças articular  | 32,1              | 24,4                                      | 0,395   |
| Osteoporose  | 19,2              | 28,5                                      | 0,206   |
| Multimorbidade   | 55,5              | 55,4                                      | 0,993   |
| <b>Comprometimento em, pelo menos, uma atividade instrumental de vida diária</b> |                   |   |         |
| Não  | 72,4              | 92,3                                      | 0,001   |
| Sim  | 27,6              | 7,7                                       |         |
| <b>Comprometimento em, pelo menos, uma atividade básica de vida diária</b>       |                   |   |         |
| Não  | 71,0              | 85,5                                      | 0,008   |
| Sim  | 29,0              | 11,5                                      |         |
| Hospitalização*  | 11,2              | 5,1                                       | 0,131   |
| Serviços de urgência*  | 21,6              | 22,5                                      | 0,918   |
| Total  | 100,0             | 100,0                                     |         |

\*Utilizou esse serviço de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista.

Fonte: Estudo SABE, 2010.

descendentes verifica-se a presença de idosos mais jovens (59,3%), mulheres (57,2%) e indivíduos com escolaridade elevada (82,3%) (Tabela 2).

Com relação às variáveis relacionadas à saúde, os idosos japoneses apresentam piores condições, quando comparados aos descendentes, nas variáveis declínio cognitivo (26,7%) e presença de doenças cardiovasculares (48,9%). Os descendentes, por sua vez, apresentaram maiores proporções de diabetes (41,2%), doença articular (30,4%) e uso de serviços de urgência (28%) nos 12 meses anteriores à entrevista (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição (%) dos idosos japoneses e descendentes de japoneses nascidos no Brasil, segundo características socioeconômicas e demográficas. São Paulo, 2010 (n = 41).

| Características         | Japoneses (%) | Descendentes de japoneses (%) | Valor p |
|-------------------------|---------------|-------------------------------|---------|
| <b>Idade (anos)</b>     |               |                               |         |
| 60 a 69                 | 36,0          | 59,3                          | 0,215   |
| 70 a 79                 | 25,2          | 31,3                          |         |
| 80 ou mais              | 38,8          | 9,4                           |         |
| <b>Sexo</b>             |               |                               |         |
| Masculino               | 82,7          | 42,8                          | 0,055   |
| Feminino                | 17,3          | 57,2                          |         |
| <b>Estado civil</b>     |               |                               |         |
| Casado                  | 62,8          | 56,2                          | 0,761   |
| Divorciado              | 0,00          | 13,3                          |         |
| Viúvo                   | 24,7          | 23,5                          |         |
| Solteiro                | 12,5          | 7,10                          |         |
| <b>Renda suficiente</b> |               |                               |         |
| Não                     | 21,5          | 17,7                          | 0,832   |
| Sim                     | 78,5          | 82,3                          |         |
| <b>Anos de estudo</b>   |               |                               |         |
| Nenhum                  | 9,9           | 3,9                           | 0,448   |
| 1 a 3                   | 14,8          | 8,9                           |         |
| 4 a 7                   | 0,00          | 23,5                          |         |
| 8 ou mais               | 75,3          | 63,7                          |         |
| <b>Total</b>            | <b>100,0</b>  | <b>100,0</b>                  |         |

Fonte: Estudo SABE, 2010.

Tabela 3. Distribuição (%) dos idosos japoneses e descendentes de japoneses nascidos no Brasil, segundo condições de saúde. São Paulo, 2010 (n = 41).

| Características                         | Japoneses (%) | Descendentes de japoneses (%) | Valor p |
|---|---------------|-------------------------------|---------|
| <b>Autoclassificação da saúde</b>       |               |                               |         |
| Boa/muito boa                           | 49,7          | 57,6                          | 0,831   |
| Regular                                 | 50,3          | 40,7                          |         |
| Ruim/muito ruim                         | 0,0           | 1,7                           |         |
| <b>Declínio cognitivo</b>               |               |                               |         |
| Não                                     | 73,3          | 100,0                         | 0,018   |
| Sim                                     | 26,7          | 0,0                           |         |
| <b>Presença de sintomas depressivos</b> |               |                               |         |
| Não                                     | 85,6          | 91,2                          | 0,675   |
| Sim                                     | 14,3          | 8,8                           |         |
| <b>Atividade física</b>                 |               |                               |         |
| Inativo                                 | 50,1          | 48,1                          | 0,933   |
| Ativo                                   | 49,9          | 51,9                          |         |
| <b>Consumo de álcool</b>                |               |                               |         |
| Baixo consumo                           | 70,0          | 95,8                          | 0,196   |
| Moderado consumo                        | 19,8          | 4,2                           |         |
| Alto consumo                            | 10,2          | 0,0                           |         |
| <b>Tabaco</b>                           |               |                               |         |
| Não                                     | 85,5          | 69,8                          | 0,401   |
| Sim                                     | 14,5          | 30,2                          |         |
| <b>Doenças crônicas (sim)</b>           |               |                               |         |
| Hipertensão arterial                    | 69,1          | 58,2                          | 0,598   |
| Diabetes                                | 6,6           | 41,2                          | 0,025   |
| Câncer                                  | 12,7          | 4,4                           | 0,406   |
| Doenças cardiovasculares                | 48,9          | 6,7                           | 0,007   |
| Doença articular                        | 3,1           | 30,4                          | 0,014   |
| Osteoporose                             | 10,5          | 33,5                          | 0,113   |
| Multimorbidade                          | 53,2          | 56,1                          | 0,886   |
| Queda nos últimos 12 meses              | 9,3           | 33,0                          | 0,127   |

Continua...



Tabela 3. Continuação.

| Características   | Japoneses (%) | Descendentes de japoneses (%) | Valor p |
|---|---------------|-------------------------------|---------|
| Comprometimento em, pelo menos, uma atividade instrumental de vida diária |               |                               |         |
| Não   | 60,6          | 80,8                          | 0,277   |
| Sim   | 39,4          | 19,2                          |         |
| Comprometimento em, pelo menos, uma atividade básica de vida diária       |               |                               |         |
| Não   | 87,3          | 92,7                          | 0,638   |
| Sim   | 12,7          | 7,3                           |         |
| Hospitalização*   | 0,0           | 6,5                           | 0,481   |
| Serviços de urgência*   | 2,8           | 28,0                          | 0,011   |
| Total   | 100,0         | 100,0                         |         |

\*Utilizou esse serviço de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista.

Fonte: Estudo SABE, 2010.

## DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou a análise comparativa das condições de saúde de idosos não japoneses, japoneses e descendentes de japoneses. Idosos japoneses relataram maior escolaridade e suficiência de renda e melhor desempenho funcional em relação aos não japoneses.

Segundo Hirano<sup>15</sup>, os japoneses consideram a escola como um instrumento inquestionável para apontar as regras de civilidade e um meio para a ascensão social. Diante disso, os imigrantes japoneses se mobilizaram para criar escolas e para cultivar a leitura de livros, por meio da participação coletiva da comunidade, garantindo, assim, educação para seus descendentes.

Diante desse contexto, também pôde ser evidenciada em nosso estudo a alta escolaridade dos descendentes de japoneses, o que contribui para a melhor condição econômica deles. Suzuki<sup>16</sup> descreve que, embora a maioria dos imigrantes pertencesse a classes menos favorecidas economicamente, após chegarem ao Brasil, com o decorrer do tempo, conseguiram ascender socialmente, o que se observa pelo maior nível de escolaridade. Além disso, como pontua Sakurai<sup>17</sup>, no período de 1950 até meados dos anos 1970, o Brasil recebeu cerca de 50.000 japoneses, com um perfil diferenciado daqueles que imigraram no início do século XX. Esses novos imigrantes tinham maior qualificação ocupacional e maior nível educacional.

Em relação à capacidade funcional, os idosos não japoneses apresentaram pior comprometimento em relação aos idosos japoneses e descendentes de japoneses. Sampaio et al.<sup>18</sup> investigaram a fragilidade em idosas japonesas, descendentes de japoneses e brasileiras, e encontraram que as brasileiras nativas podem ser mais vulneráveis e frágeis por causa das desvantagens sociodemográficas a que estão expostas e do estilo de vida. É interessante

notar que, apesar de os japoneses natos serem mais velhos que seus descendentes, não houve diferença estatisticamente significativa entre esses dois grupos no que diz respeito à funcionalidade.

No presente estudo, os idosos provenientes do Japão eram mais velhos e predominantemente do sexo masculino. A literatura evidencia a elevada predominância masculina nos movimentos migratórios da população japonesa<sup>1</sup>; além disso, é interessante notar que a imigração japonesa se deu majoritariamente antes da Segunda Guerra Mundial e que a política de imigração adotada no início do século passado determinava que, para a imigração, era necessário ter uma família, ou um casal e mais uma pessoa, que geralmente era do sexo masculino<sup>19</sup>, o que pode ter contribuído para esses resultados entre os japoneses natos.

Em estudo realizado pelo Centro de Estudos Nipo-brasileiros que incluiu idosos descendentes de japoneses verificou-se que aproximadamente 77% deles tinham de 65 a 79 anos de idade e 46,6% eram homens<sup>20</sup>. Tal proporção é similar à encontrada entre os idosos descendentes deste estudo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os japoneses, em especial as mulheres, têm a maior expectativa de vida no mundo<sup>21</sup>. Uma das justificativas para tal fato pode ser a contribuição genética e as condições nutricionais. Yamori et al.<sup>22</sup> apontam que o maior consumo de peixe e soja foi significativamente associado a maiores níveis de HDL-C e folato, possivelmente contribuindo para o Japão apresentar a menor mortalidade por doença coronariana e a maior expectativa de vida entre os países desenvolvidos. Ademais, indivíduos japoneses que consomem produtos derivados da soja e peixes estão acostumados a uma alta ingestão de sódio. Yamori et al.<sup>23</sup> descrevem que um dos efeitos adversos do uso do sódio é a associação positiva significativa com a mortalidade para doenças cerebrovasculares.

Quando comparados a seus descendentes, idosos japoneses apresentaram piores condições quanto à presença de declínio cognitivo (26,7%), o que pode estar associado à sua maior longevidade. Otsuka et al.<sup>24</sup> avaliaram 2.267 idosos nas cidades de Obu e de Higashiura, no Japão, e encontram que maior diversidade alimentar reduz o risco de declínio cognitivo. A incorporação de práticas consideradas características do estilo de vida ocidental, apesar da manutenção de alguns hábitos típicos do país de origem, acarreta mudanças graduais ao longo das gerações, em grande parte vinculada aos hábitos nutricionais<sup>25</sup>.

Em relação às doenças crônicas, chama-se a atenção para a alta prevalência de doenças cardiovasculares nos japoneses e de diabetes e doenças articulares entre os descendentes deles. Estudos apontam que os japoneses, que originariamente apresentavam baixa morbidade por diabetes e doenças cardiovasculares, após sofrerem mudanças socioculturais, passaram a apresentar alto risco<sup>26,27</sup>.

Idosos japoneses da primeira geração teriam uma proteção contra o diabetes pois mantinham os costumes orientais, enquanto os descendentes tendem a se afastar dos hábitos tradicionais japoneses, aumentando probabilidade de terem diabetes<sup>27</sup>.

Ao comparar os hábitos alimentares de japoneses e nisseis (primeira geração de descendentes), Gimeno et al.<sup>28</sup> verificaram que houve mudança na dieta típica japonesa em ambas as gerações, tendo havido na segunda maior mudança, com a introdução de dieta típica

ocidental. Segundo Tamura et al.<sup>29</sup>, os imigrantes apresentam um padrão de mortalidade semelhante ao grau de aculturação atingido, aproximando-os do perfil de morbimortalidade da população brasileira.

A ruptura com sua origem, determinada pela necessidade de readaptação social, cultural e econômica; a mudança gradativa nos hábitos culturais, redundando em transformação da dieta oriental e adoção do padrão alimentar do local de destino; e a presença de riscos competitivos de morte representados pelas doenças específicas de São Paulo podem aumentar o risco de os japoneses e seus descendentes contraírem tanto as doenças infecciosas quanto as de natureza crônica<sup>30</sup>.

## CONCLUSÃO

Idosos japoneses e seus descendentes têm suficiência de renda, maior escolaridade e condição funcional e de saúde melhor que os não japoneses. A população japonesa é considerada como a de maior expectativa de vida do mundo. Isso tem sido atribuído, principalmente, a fatores genéticos, ambientais e culturais. Esse fato foi observado também em japoneses que migraram para outros países e vivenciaram uma situação semelhante, ampliando tal condição para os seus descendentes.

Neste estudo, foi observado que idosos japoneses são mais longevos, quando comparados aos seus descendentes, o que pode ser atribuído à menor imigração de pessoas dessa origem no período pós-guerra.

Observou-se também uma maior prevalência de doenças crônicas entre os descendentes de japoneses, provavelmente associadas à aculturação. Assim, pode-se inferir que, possivelmente, os descendentes evoluirão de forma menos satisfatória que seus parentes nascidos no Japão.

## REFERÊNCIAS

1. Gotlieb SLD. Mortalidade em migrantes japoneses residentes no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 1990; 24(6): 453-67.
2. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. História da imigração japonesa no Brasil [Internet]. 2008 [cited on 2017 July]. Available from: <https://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=288309>
3. Comissão de Recenseamento da Colônia Japonesa São Paulo, Brasil. *The Japanese immigrant in Brazil*. Japão: The University of Tokyo Press Bunkyo-ku; 1964.
4. Sociedade Brasileira de Cultura Japonesa. *Uma epopéia moderna: 80 anos da imigração japonesa no Brasil*. Comissão de elaboração da História dos 80 Anos da Imigração Japonesa no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1992.
5. Centro de Estudos Nipo-brasileiros. *Pesquisa da população descendente de japoneses residentes no Brasil, 1987-1988*. São Paulo; 1999.
6. Centro de Estudos Nipo-brasileiros [Internet]. [cited on 2017 set 21]. Available from: [http://www.cenb.org.br/articles/display\\_pt/Distribuicao%20Regional%20da%20Populacao](http://www.cenb.org.br/articles/display_pt/Distribuicao%20Regional%20da%20Populacao)
7. Brollo L, Bombig MTN, Mazzaro CL, Francisco YA, Fonseca FAH, Carvalho ACC, et al. Associação do Eletrocardiograma com diabetes melito e síndrome metabólica em nipo-brasileiros. *Arq Bras Cardiol* 2009; 92(5): 381-6.
8. Souza RKT, Gotlieb SLD. Mortalidade em migrantes japoneses residentes no Paraná, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(3): 262-72.

9. Lebrão ML, Duarte YA. O projeto SABE no Brasil: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
10. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr* 1999; 57(2B): 421-6.
11. Icaza MC, Albala C. Minimal State Examination (MMSE) del Studio de dementia en Chile: análisis estadístico. *Organizacion Panamericana de la Salud*; 1999.
12. Wagner GA, Lebrão MLL, Duarte YAO, Zanetta DMT. Alcohol use among older adults: SABE Cohort Study, São Paulo, Brazil. *PLoS One* [Internet]. 2014 [cited on 2017 jul 13]; 9(1): e85548. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085548>
13. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited on 2017 July]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf)
14. Rao JNK, Scott AJ. On simple adjustments to chi-square tests with sample survey data. *Ann Stat* 1987; 15(1): 385-97.
15. Hirano S. Advancing Research on Japanese-Brazilian Immigrants. Japan Society for the Promotion of Science [Internet]. Tóquio; 2013 [cited on 2017 May]. Available from: [http://www.fapesp.br/japanbrasilSYMPOSIUM/media/upload/aaa/5-1-4\\_Sakurai.pdf](http://www.fapesp.br/japanbrasilSYMPOSIUM/media/upload/aaa/5-1-4_Sakurai.pdf)
16. Suzuki T. A Imigração Japonesa no Brasil. In: Museu de Arte de São Paulo Assis Chateaubriand. *Vida e arte dos japoneses no Brasil*. Banco América do Sul; 1988. p.105-8.
17. Sakurai C. Tensões dentro de um mesmo grupo: os japoneses do pós-guerra e os antigos imigrantes [Internet]. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Anais. Caxambu, MG, Brasil, 2004 [cited on 2017 July]. Available from: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1328/1292>
18. Sampaio PYS, Sampaio RAC, Yamada M, Ogita M, Arai H. Comparison of frailty among Japanese, Brazilian Japanese descendants and Brazilian community-dwelling older women. *Geriatr Gerontol Int* 2015; 15: 762-9.
19. Watanabe HAW, Lebrão ML, Duarte YAO. Health, well-being and aging among Japanese Elderly in São Paulo city. *Proceedings of the Symposium Brazil-Japan in Economy, Science and Technological Innovation*. São Paulo: Brazil Japan Researchers Association; 2008 [cited on 2017 July]. Available from: [http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2008\\_PAP0209-%20Simp%F3sio%20Brasil%20Jap%E3o.pdf](http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2008_PAP0209-%20Simp%F3sio%20Brasil%20Jap%E3o.pdf)
20. Centro de Estudos Nipo-brasileiros. *Pesquisa de comunidade Nikkei*. São Paulo; 2002.
21. World Health Organization. *World Health Statistics 2014: a wealth of information on global public health*. Geneva: World Health Organization; 2014.
22. Yamori Y, Sagara M, Arai Y, Kobayashi H, Kishimoto K, Matsuno I, et al. Soy and fish as features of the Japanese diet and cardiovascular disease risks. *PLoS One* 2017; 12(4): e0176039. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176039>
23. Yamori Y, Liu L, Mizushima S, Ikeda K, Nara Y. Male cardiovascular mortality and dietary markers in 25 population samples of 16 countries. *J Hypertens* 2006; 24: 1499-505. DOI: 10.1097/01.hjh.0000239284.12691.2e
24. Otsuka R, Nishita Y, Tange C, Tomida M, Kato Y, Nakamoto M, et al. Dietary diversity decreases the risk of cognitive decline among Japanese older adults. *Geriatr Gerontol Int* 2017; 17: 937-44. DOI: 10.1111/ggi.12817
25. Sakurai C. Japanese culture in Brazil [Internet]. Japan Society for the Promotion of Science. Tóquio; 2013 [cited on 2017 May]. Available from: [http://www.fapesp.br/japanbrasilSYMPOSIUM/media/upload/aaa/5-1-4\\_Sakurai.pdf](http://www.fapesp.br/japanbrasilSYMPOSIUM/media/upload/aaa/5-1-4_Sakurai.pdf)
26. Lerario DDG, Gimeno SG, Franco LJ, Iunes M, Ferreira SRG. Excesso de peso e gordura abdominal para a síndrome metabólica em nipo-brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(1): 4-11.
27. Ferreira SRG, Almeida-Pittito B. Reflexão sobre a imigração japonesa no Brasil sob o ângulo da adiposidade corporal. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2009; 53(2): 175-82.
28. Gimeno SGA, Andreoni S, Ferreira SRG, Franco LJ, Cardoso MA. Assessing food dietary intakes in Japanese-Brazilians using factor analysis. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(11): 2157-67.
29. Tamura AO, Fukui AM, Mochi SAH, Morimoto IMI. Perfil social, nutricional e alimentar de japoneses e descendentes. *Rev Soc Bras Alim* 2013; 38(3): 306-21.
30. Souza RKT. História da imigração japonesa: uma contribuição à compreensão dos fatores ambientais na produção das doenças crônico-degenerativas. *Rev Ciência Cuidado Saúde* 2002; 1(1): 75-81.

Recebido em: 27/07/2017

Versão final apresentada em: 04/08/2017

Aprovado em: 23/08/2017

