

## CASOS E SOLUÇÕES

UMA DISCUSSÃO SOBRE  
CASOS DIGNOS DE NOTA

## SALA DE LEITURA

ESTUDOS RECOMENDADOS  
POR ESPECIALISTAS

## MEU ACERVO

DICAS DE ENVELHECIMENTO  
E CULTURA



ano IX • edição 44  
mai | jun | jul 2022



# Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

## COLÓQUIO

Política, ativismo e envelhecimento:  
uma conversa com Gilberto Natalini

## FN-ILPI

Confira a nova coluna da Frente  
Nacional de Fortalecimento à ILPI

Distribuição exclusiva  
para a classe médica

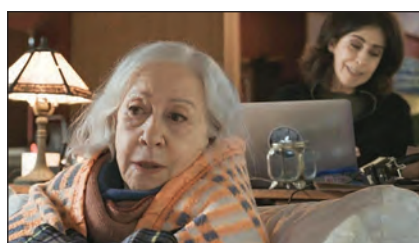
**CAPA**

GERP.22 – Um giro pelo 12º Congresso  
Paulista de Geriatria e Gerontologia

**Apsen**

# Aptare

GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



## 6 COLÓQUIO

O médico e ambientalista **Gilberto Natalini** fala sobre política, ativismo e envelhecimento

## 12 SALA DE LEITURA

Uma seleção de estudos recomendados por especialistas  
**Tereza Loffredo Bilton**

## 16 CAPA

Veja o que deu o que falar no GERP.22

## 25 FN-ILPI

Envelhecendo no Brasil: somos todos demandantes de cuidados  
**Karla Giacomini**

## 30 ESPECIAL AGS

Confira alguns destaques do encontro anual da American Geriatrics Society

## 34 CASOS E SOLUÇÕES

Uma discussão sobre casos dignos de nota  
**Christine Abdalla e Roberta Caliar**

## 37 MEU ACERVO

Dicas valiosas sobre envelhecimento e cultura  
**Diego Félix Miguel**

**CONSELHO EDITORIAL APTARE – GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS**

**GERIATRIA**

Editora clínica:

**Maisa Carla Kairalla**

**CONSELHO EDITORIAL**

Claudia Burlá  
Clíneu de Mello Almada Filho  
Cybelle Maria Costa Diniz  
Eduardo Ferriolli  
Elisa Franco de Assis Costa  
Elizabeth Viana de Freitas  
Emilio Moriguchi  
Fânia Cristina dos Santos  
João Carlos Barbosa Machado  
João Senger  
João Toniolo Neto  
Julio Cesar Moriguti  
Karla Giacomini  
Maurício de Miranda Ventura  
Maysa Seabra Cendoroglo  
Milton Luiz Gorzoni  
Naira Hossepian Hojaij  
Nereida Kilza da Costa Lima  
Omar Jaluul  
Paulo Renato Canineu

Paulo Fortes Villas Bôas  
Renato Bandeira de Mello  
Renato Fabbri  
Renato Peixoto Veras  
Roberto Dischinger Miranda  
Rubens de Fraga Jr.  
Vitor Last Pintarelli  
Wilson Jacob Filho  
Yukio Moriguchi

**COLABORADORES**

Alexandre Busse  
André Pernambuco  
Berenice Werle  
Carlos Uehara  
Daniel Gomes  
Eduardo Canteiro Cruz  
Felix Martiniano Filho  
Ianna Lacerda Sampaio Braga  
Lara Miguel Quirino Araújo  
Lilian Schafirovits Morillo  
Luiz Antonio Gil Jr.  
Marcelo Valente  
Mariel Corrêa  
Marlon Aliberti

Natália Ivanovna B. Garção  
Pérola Quintans Almeida  
Rosmary Arias  
Sumika Mori Lin  
Theodora Karnakis  
Thiago Avelino  
Venceslau Coelho

**GERONTOLOGIA**

Editora clínica:

**Valmari Cristina Aranha Toscano**

**CONSELHO EDITORIAL**

Adriana Keller Coelho  
Alexandre Leopold Busse  
Alexandre Silva  
Anita Liberalesso Neri  
Carla Santana Castro  
Claudia Fló  
Diego Félix Miguel  
Fernando Genaro  
João Marcos Domingues Dias  
Johannes Doll  
Jordelina Schier  
Jorge Félix

Juliana Venites  
Laura Mello Machado  
Leonor Campos Mauad  
Ligia Py  
Marcela Cypel  
Maria Angelica S. Sanchez  
Maria Claudia M. Borges  
Marília Berzins  
Marisa Accioly Domingues  
Monica Rodrigues Perracini  
Myrian Spinola Najas  
Naira Dutra Lemos  
Sandra Regina Gomes  
Sonia Lima Medeiros  
Telma de Almeida B. Mendes  
Tereza Bilton  
Túlia Fernanda Meira Garcia  
Vânia Herédia  
Viviane Lemos Silva Fernandes  
Wilson Jacob Filho  
Yeda Duarte  
Zally P. Vasconcelos Queiroz

**Aptare**  
GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Coordenação editorial e edição  
**Lilian Liang**

Projeto gráfico e direção de arte  
**Luciana Cury**

Revisão  
**Patrícia Villas Bôas Cueva**

Revisão de referências  
bibliográficas  
**Maria Cláudia Pestana**

Marketing e comercial  
**Debora Alves**

Pré-impressão e impressão  
Gráfica Elyon

Tiragem  
6.000 exemplares

**Imagem de capa**  
iStock Photos

**Jornalista responsável**  
Lilian Liang (MTb 26.817)

**ISSN 2316-1434**

**Contatos**

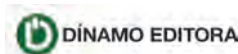
**EDITORIAL:**  
**Lilian Liang**  
lilian@dinamoeditora.com.br  
(11) 2337-8763  
(11) 9-8585-8356

**COMERCIAL:**  
**Debora Alves**  
debora@dinamoeditora.com.br  
(11) 2337-8763

**Colaboraram nesta edição:**

Christine Abdalla, Diego Félix Miguel, Karla Giacomini, Lilian Liang, Maria Lígia Pagenotto, Roberta Caliar e Tereza Loffredo Bilton

A revista *Aptare – Geriatria e Gerontologia para Especialidades Clínicas* é trimestral e de distribuição gratuita em todo o território nacional. Seu objetivo é aproximar do profissional clínico o universo do envelhecimento, trazendo informações novas e de qualidade sobre o cuidado do paciente idoso. As opiniões aqui expressas não refletem necessariamente a posição da revista.



Rua Vieira de Morais, 1.111 – conjunto 907  
Campo Belo – 04617-002 – São Paulo – SP  
Tel.: (11) 2337-8763 E-mail: contato@dinamoeditora.com.br

## #oqueévelhice

Os idosos tomaram de assalto as redes sociais. Durante a pandemia, eles passaram a habitar de forma criativa e espontânea redes como Instagram e TikTok, seja com dancinhas, comentários engraçados ou receitas culinárias. Muitos perfis viralizaram por trazerem idosos em situações inusitadas ou por abordarem temas que não costumam fazer parte do universo 60+.

Essa presença cada vez maior de idosos nas redes sociais é bem-vinda, claro. É importante que a sociedade note e se convença, de uma vez por todas, que ser idoso não é sinônimo de declínio. Idosos continuam produtivos, cheios de energia e ideias.

O que me incomoda é que a partir dessa visibilidade vão se estabelecendo padrões que se fixam no imaginário como o envelhecimento ideal. A idosa de cabelo colorido, como as divertidas Avós da Razão. Os idosos gays, sarados e bronzeados, do perfil Old Gays, fazendo micagens para a câmera. Ou a senhora desbocada, que não tem medo de falar impropérios para sua audiência. O pêndulo saiu de um extremo, onde a velhice era associada a decrepitude, e foi para outro, onde o idoso que envelhece bem é

aquele que se encaixa nos padrões das redes sociais e se torna queridinho dos algoritmos.

As redes sociais se tornaram a nova revista *Capricho*.

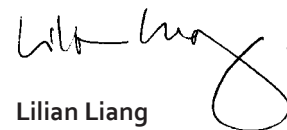
Trilhamos um longo caminho até aqui, graças ao engajamento de tantos que vieram antes de nós. A palavra envelhecimento finalmente deixou de ser palavrão. Conceitos como idadismo já não são mais estranhos e o combate a ele ganha cada vez mais força. Idosos do mundo todo provam que a idade é apenas um número e que o importante mesmo é como encaramos esse período da vida, cientes de que sempre dá tempo de mudar.

Assim, preocupa-me quando começam a pipocar na mídia e nas redes sociais estereótipos do que é envelhecer bem. Será que esquecemos dos efeitos devastadores que as modelos anoréxicas tiveram em nossas adolescentes? Não aprendemos nada com a baixa autoestima crônica de uma geração inteira de mulheres, causada por padrões impossíveis de imagem? – afinal, a versão Photoshop não existe na vida real. Será que ainda não entendemos que, ao reforçarmos e compartilharmos estereótipos, voltamos de casas no Ludo do envelhecimento?

Exatamente por esse motivo, vejo com cada vez mais respeito movimentos como o Velhices Cidadãs. O nome foi definido no plural pelo especialista Alexandre Kalache, que sempre bate na tecla: não há só um jeito de envelhecer e é pela dignidade das múltiplas velhices que batalha o coletivo. A velhice depende da história de vida de cada um.

Como profissionais de geriatria e gerontologia, também temos responsabilidade sobre como a longevidade é discutida e apresentada ao público – sem ideias preconcebidas ou regras escritas em pedra, mas com respeito à individualidade e à biografia de cada um. A construção de uma sociedade anti-idadista, que acolha e celebre todas as velhices, depende de todos nós.

Boa leitura!



Lilian Liang  
Editora

# ENTRE BISTURIS, ÁRVORES E LEIS

Um grande aliado da causa do envelhecimento, o médico e ambientalista Gilberto Natalini traz, aos 70 anos, um fôlego novo para a causa

Por **Lilian Liang**

Arquivo pessoal



**GILBERTO NATALINI** Médico e ambientalista.

Depois de quase 50 anos de carreira política e cinco mandatos como vereador na cidade de São Paulo, o médico e ambientalista Gilberto Natalini tomou uma decisão difícil em 2020: não concorrer à reeleição. “Achei que já tinha dado o que poderia dar no parlamento”, diz.

Mas sua saída da Câmara dos Vereadores não quis dizer abrir mão de continuar atuando em prol das causas às quais dedicou boa parte de sua vida: meio ambiente e envelhecimento. Pelo contrário. Com 70 anos recém-completados, Natalini está mais ativo do que nunca na defesa dos direitos dos idosos. Desde o ano passado vem emprestando suas habilidades, conhecimento e rede de contatos para fazer a agenda da longevidade avançar, principalmente por meio do coletivo Velhices Cidadãs, antes conhecido como Velhice Não É Doença. Para ele, o en-

velhecimento galopante da população brasileira faz dessa uma causa urgente.

Natalini tem uma energia de fazer inveja a muita gente de 30, mas não é isso que mais impressiona. O que mais chama atenção é a esperança com que encara as dificuldades que se apresentam – uma esperança experiente, que entende o tempo das coisas e a não linearidade com que elas acontecem. Ele acredita na democracia e no processo político, embora saiba apontar exatamente onde estão suas falhas. “Não tem velha política e nova política, isso é papo furado. Tem boa política e política porca. Quando você faz a boa política você ajuda as pessoas”, explica.

Na entrevista a seguir, esse senhor multirefas conta sobre sua carreira política, seu envolvimento com a longevidade e dá um recado para os idosos, mas que serve para todos nós.

Veja os principais trechos da conversa.

**Aptare** – O senhor é médico de formação. Como teve início sua carreira política?

**Gilberto Natalini** – Eu sempre fui uma criança muito curiosa. Com 9 anos de idade fiz um laboratório na minha casa, fazia pólvora, fazia eletrólitos, punha fogo na fiação elétrica, fazia foguete, meu pai ficava louco. Além de curioso, sempre fui uma pessoa muito indignada com o sofrimento dos nossos semelhantes, não por uma questão especialmente religiosa, mas por uma questão ética e filosófica. Então, sabe aquela pomada de ipê-roxo que diziam que curava tudo? Comprei uma porção de casca de ipê-roxo, torrei, moí, fiz pomada e fazia fila na minha casa de gente mais pobre, com ferida na perna, úlcera varicosa, e eu distribuía a pomada de ipê-roxo porque tinha

compaixão das pessoas que estavam doentes. Aquilo não funcionava, é claro, mas a minha solidariedade funcionava. Sou assim até hoje, então resolvi ser médico exatamente porque achei que poderia ajudar as pessoas com a minha profissão. Juntando essa questão da solidariedade com a questão da indignação, eu sou um indignado, eu não concordo com o mundo da forma que o mundo é. Eu procuro entendê-lo, viver nele, melhorá-lo, mas eu jamais vou concordar que o Brasil tenha 20 milhões de pessoas passando fome. Eu não posso concordar com isso. Então tudo começou muito cedo. Quando teve o golpe de 64, eu tinha um tio que era também sindicalista, do sindicato rural, e ele me levava para lá e para cá, para aquelas agitações psicomotoras de resistência ao golpe. Eu com 12 anos já participava de assembleia, de reuniões, das ligas camponesas. Minha família se dividia entre Campos dos Goytacazes e Macaé, no estado do Rio de Janeiro, e dali eu nunca mais parei. No curso ginásial e científico, na época, eu participava de grêmios, eu fazia jornal da escola. Quando eu entrei na Escola Paulista de Medicina, aí foi uma colher de mel em cima de uma coalhada boa, porque aí eu tive um ambiente, nós juntamos um grupo de estudantes para resistir lá. E nunca mais parei, passei por todos os tipos de militância: estudantil, sindical, médica, partidária, na área da defesa da democracia, movimento contra a carestia, movimento das Diretas Já. Até que eu entrei como gestor público – primeiro como gestor na prefeitura de São Paulo, por concurso, depois

fui secretário de saúde, presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, quando foi aprovada a emenda 29, que vinculou as verbas do SUS. Aí me elegi vereador em São Paulo e fiquei até 2020, quando achei que eu já tinha dado o que poderia dar no parlamento. Então agora eu sou um agitador psicomotor sem mandato. Me apoio em você e outras pessoas para conversarmos e tocarmos o barco.

Um dia minha mãe, dona Janete, que era uma das pessoas mais bon-dosas que eu conheci, me perguntou: “Meu filho, você é um médico tão bom. Todo mundo gosta de você. Por que você vai se meter nessa coisa de política?”. Expliquei que operando as pessoas eu estaria cuidando de um a um – o que não deixa de ser importante. Porém, se eu fizesse uma lei boa, como foi a lei de atenção aos pacientes com psoríase, eu ajudaria milhares, talvez milhões, de uma vez só. Essa é a política, quando bem-feita. Não tem velha política e nova política, isso é papo furado. Tem boa política e política porca. Eu procuro fazer a boa política, com dignidade, com honra, sem roubar. Quando você faz a boa política, por atacado, você ajuda as pessoas.

#### **Aptare – Como o senhor se envolveu com a causa do envelhecimento?**

**Natalini** – Desde que me formei, eu juntei um grupo de médicos para atender de graça em uma igreja na Zona Leste. Foi uma promessa que fiz a um operário metalúrgico na cela da cadeia do DOPS [*Departamento de Ordem Política e Social, órgão histórico de repressão aos movimentos so-*

*ciais e populares*]. Era 1972, ele me desafiou e disse que eu ia me formar e atender burguês na Avenida Paulista. Eu peguei o endereço dele, fiquei quatro anos na Escola Paulista formando um grupo para desmentir a profecia dele. Quando a gente se formou, em 1975, eu peguei o grupo de 14 médicos e estudantes da Escola Paulista, bati na casa dele em um domingo de manhã e falei para ele: “João Chile, a burguesia chegou, cadê o povo para ser atendido?”.

Ele quase caiu duro para trás e nos levou à casa dos padres franceses, que eram os que tomavam conta da igreja. Lá tinha um ambulatório novinho e não tinha médico. Um dos padres falou: “Espero que não seja fogo de palha. Vocês ficam aqui seis meses, ouriçam o povo e depois somem”. Eu falei: “Não, padre, nós somos sérios”.

Já estamos lá há 47 anos. Todo santo sábado vamos lá atender de graça, na Igreja Bom Jesus de Cangaíba. Paramos com a pandemia, mas já estamos começando a retornar. Ali naquele ambulatório, nós atendíamos as pessoas que não tinham condições de atendimento, pois na época o SUS era muito mais frágil – aliás, nossa luta ali conquistou dezenas de unidades básicas de saúde pela Zona Leste inteira, foi luta reivindicatória da saúde juntando a população. Das pessoas que atendíamos ali, 70% ou mais eram idosas, e aí, mesmo eu sendo cirurgião, aprendi a tratar, a receber, a acolher idosos. Aprendi na prática, no exercício da profissão, as doenças mais comuns nos idosos, suas angústias, suas depressões, suas solidões, seu sedenta-

risimo. Me encantei pela causa do envelhecimento quase que recém-formado e nunca mais parei. Quando fui presidente do CONASEMS, em 1999, fizemos várias políticas públicas de atenção ao idoso. Quando fui secretário de participação e parceria da cidade de São Paulo, em 2005, criei a coordenadoria do idoso do município de São Paulo, que existe até hoje e é muito ativa. Dali para cá meu mandato de vereador tem muita coisa. Nós criamos, por exemplo, o Congresso de Envelhecimento Ativo e Saudável, do município de São Paulo. É o maior evento de idoso da cidade de São Paulo e já está na sexta edição. Enfim, é uma militância e não é de hoje. E agora mais ainda, porque no dia 28 de março eu fiz 70 anos. Agora estou na causa em defesa própria!

**Aptare – A pauta do idoso está mais visível hoje. Estamos vivendo uma conjuntura diferente em relação ao processo de envelhecimento?**

**Natalini –** Na verdade, o número de idosos está aumentando muito rapidamente no Brasil e no mundo, mas aqui o envelhecimento é muito mais rápido do que no resto do mundo. Nós éramos um país de crianças e jovens e hoje está equilibrado, o número de idosos já está empatando com o número de adultos. A pirâmide demográfica, que era uma pirâmide mesmo, hoje é um barril, porque os idosos estão aumentando no topo. Isso fez com que se criassem inclusive os conselhos de idosos. O Grande Conselho do Idoso de São Paulo é de 1992, a [Luiza] Erundina era a prefeita, e foram criados outros pelo país. Foi criado o Estatuto do

Idoso, que não é cumprido na sua grande maioria, mas existe. Eu mesmo fiz várias leis em São Paulo para idosos enquanto vereador, como a lei dos cuidadores de idosos, a lei do envelhecimento ativo, a lei do Agita Sampa. Por que trazer a cidade para a pauta do idoso? Porque o número de idosos é muito grande. O grande desafio demográfico deste século é dar qualidade de vida, acolher essa massa de seres humanos que passam dos 60 anos.

A pauta do idoso aumentou muito. É claro que entra prefeito, sai prefeito, um faz mais, outro faz menos, mas o movimento é para cada vez mais a gente se preocupar com os idosos. Qualidade de vida, atenção à saúde, combate à solidão, combate ao sedentarismo, a questão da alimentação, a questão do medicamento, a questão da vacina. É um mundo sem fim que temos pela frente e, graças a Deus, está indo bem.

**Aptare – Essa maior visibilidade do envelhecimento levou à criação inclusive de grupos da sociedade civil dedicados à causa, entre eles o Velhices Cidadãs, do qual o senhor faz parte. O senhor poderia contar sobre esse trabalho?**

**Natalini –** O que fez a gente se juntar mesmo nesse movimento foi uma decisão da Organização Mundial da Saúde, que disse que ia colocar um código na CID-11 [Classificação Internacional de Doenças] caracterizando velhice como doença. Isso revoltou a gente, porque você luta a vida inteira, luta para sobreviver, luta para ter uma sobrevivência maior, uma longevidade saudável, ativa, para depois dos 60 ser tacha-

do com um número, doente? Nós não aceitamos. Então várias pessoas se mobilizaram, como os fundadores do canal O que rola na geronto, o professor Alexandre Kalache, a Sandra Gomes, que era da coordenadoria do idoso da Prefeitura de São Paulo. Fomos nos juntando e falamos: “Precisamos reagir a isso”. Aí criamos esse grupo, que começou pequeno e passou a ter uma adesão que nem esperávamos. Fizemos uma agitação enorme contra a CID-11, inclusive com um abaixo-assinado. Eu sempre brinco que são duas coisas que eu sei fazer bem-feitinho na vida: uma é operar tripa, porque eu sou gastrocirurgião; e outra é juntar gente. Juntar gente para quê? Para defender uma boa causa. Chegou num ponto em que a OMS recuou e retirou o código. Foi uma vitória estrondosa. Você imagina um grupo de brasileiros aliados com outros povos fazer a OMS reconhecer que ela estava fazendo uma burrice que não tinha tamanho, uma coisa até desumana, que era preconceituosa e incentivava o idadismo?

Depois da vitória, as pessoas que participaram desse movimento acharam que seria importante dar continuidade, não deixar morrer essa tremenda conquista em defesa dos idosos. Mas o que nós vamos fazer? Bom, 2022 é ano de eleição, tem um monte de gente assanhada para governar o Brasil. Depois não sabem o que fazer com o Brasil, mas se assanham para ganhar a eleição para pegar o poder e o governo. Vamos levar um assanhamento a mais para eles. Juntamos o grupo, colocamos o nome Velhices Cidadãs – uma su-



gestão do Kalache, porque as velhices são diferentes – e embaixo nós colocamos o subtítulo Velhice Não é Doença. O símbolo do nosso movimento é um jequitibá, que é uma árvore longeva. Como sou ambientalista, falei: “Poxa, vamos botar um jequitibá, porque o jequitibá vive 3 mil anos”. Começamos a fazer as articulações, hoje o grupo está enorme, nem cabem mais pessoas no grupo de WhatsApp. A [jornalista] Lina Menezes, que trabalha com Alzheimer, e a Luciana Feldman são do grupo de comunicação, criaram as redes sociais. Estamos com a corda toda, agitando. Escrevemos dois manifestos: um aos candidatos a presidente, a governador, a senador, a deputado federal, a deputado estadual, que é um manifesto mais encorpado, com reivindicações, pontos com os quais a gente acha importante eles se comprometerem; e também escrevemos um manifesto à nação, ao povo, para explicar o que a gente estava fazendo. Eles foram lançados no início de abril, um dia antes do Dia Mundial da Saúde. Quem leu o manifesto à nação foi a [atriz] Cissa Guimarães. O [ator] Osmar Prado deu um depoimento, vários outros também. Nós estamos em contato com vários artistas, várias personalidades, porque eles chamam a atenção do povo para: “Olha, alguma coisa está acontecendo aqui”. Acho que o movimento está crescendo, vai crescer. Eu fui um dos encarregados de levar o documento a todos os candidatos e a todos os partidos, se possível ter uma conversa olho no olho: “Escuta, o senhor vai se comprometer? O que o senhor

vai fazer para cumprir o Estatuto do Idoso? Qual vai ser o protagonismo dos milhões de brasileiros que têm mais de 60 anos no seu governo? A que você vai dar atenção?”. A pauta é grande, porque tem a parte econômica, tem a parte afetiva, tem o respeito com o cidadão, a luta contra o idadismo, contra a miséria que muitos idosos vivem. É grande, mas é viável, se houver boa vontade de quem ganhar a eleição.

**Aptare – Muitos idosos não se sentem motivados a votar porque acreditam se tratar de um esforço que não traz resultados.**

**Natalini** – No tempo da ditadura eu fui muito perseguido, fui torturado pelo coronel Ustra [*Carlos Alberto Brilhante Ustra, primeiro torturador condenado no Brasil*]. Fui preso 17 vezes na época da ditadura. Tenho lesões nos ouvidos, de choque elétrico que eles me deram. Eu nunca atirei em ninguém, nunca dei um tapa em ninguém, a única facada que eu dou nos outros é meu bisturi, que eu uso como profissional. Mas eles não gostavam de mim porque eu fazia oposição, e muita gente, velha e nova, falava isso: “Sua luta não dá em nada, eles são poderosíssimos, eles não vão cair nunca”. Caíram. Na campanha das Diretas, só eu levei para a Praça da Sé 120 ônibus abarrotados de gente para gritar Diretas Já, fora o que os outros levaram. A mobilização popular é igual a fio desencapado. Às vezes você fala: “Não, isso não vai acender a luz”, mas de repente dá uma fâisca e acende todas as luzes, porque o movimento social não caminha linearmente. Ele caminha por saltos.

Então a gente acredita nisso – o movimento das Diretas é um exemplo. Quando a gente fez a luta para vincular as verbas da saúde, muita gente dizia: “Imagina que o governo vai vincular verba! Nenhum ministro das Finanças quer vincular verba”. Nós mobilizamos 300 secretários de saúde, dentro do congresso, passamos uma semana lá – eu até saí aos empurrões com o Antônio Carlos Magalhães, que era presidente do Senado. No fim foram só três votos contrários à nossa proposta. O projeto era do Eduardo Jorge e do Carlos Mosconi, e nós aprovamos. Foi o que salvou o SUS, pois entrou dinheiro novo, federal, estadual, municipal. O SUS hoje está combalido novamente, precisa de uma outra mobilização, mas aquela deu 20 anos de vida para o SUS. Então eu estou falando essas coisas porque eu acredito. Esse comodismo é que mata. Por que o governo brasileiro está fazendo o que está fazendo, com tanta gente? Porque o país está dividido. Eu aprendi duas coisas com o Mário Covas, que conheci quando ele voltou do exílio. Primeiro: é melhor um “não” bem explicado do que um “sim” que você não vai cumprir. Essa foi uma frase que eu nunca mais esqueci na política. Segundo: não existe governo ruim para povo organizado. Se o povo se organiza em torno de uma causa, sai de baixo. Não tem presidente, não tem Forças Armadas, não tem polícia, não tem ninguém que segure a vontade do povo organizado. Então qual é o nosso desafio? É fazer o povo ficar com vontade, vencer esse ceticismo. Mostrar que não tem ou-

tro caminho. Temos que ir para a luta – e ir para a luta não é pegar um fuzil e sair matando. Ir para a luta é falar, é ler o manifesto, é divulgar, é dizer “Eu sou a favor do que está escrito aqui. Eu quero falar com os vizinhos”. Isso é ir para a luta. E aí vai chegar um momento em que nós vamos colocar realmente o dedo na cara do candidato que vai ganhar e dizer: “Olha, agora nós somos 20 milhões de idosos, mais as suas famílias”. Então eu acredito que é possível, porque é necessário demais. Há duas causas com as quais estou envolvido até a raiz do cabelo. Uma é a questão ambiental, que também está muito por baixo. As pessoas também falam isso: “Não adianta, a Amazônia vai cair”. Eu não concordo, eu acho que a gente tem que brigar para reverter esse quadro de devastação. A outra é a questão dos idosos, porque a população está envelhecendo. Ou o país se prepara para receber essa massa de pessoas ou vai ser o colapso na previdência, na saúde, na moradia, no transporte, e infelizmente, ou felizmente, é o caminho que nós temos que trilhar. O que estamos fazendo? Mexendo na fechadura da porta. Nem abrimos a porta ainda, estamos com a chave na mão: “Vamos abrir”. A hora que a porta abrir e vier a massa humana, quanto mais gente melhor. Aí não tem partido, não tem religião, quem quiser vir para a causa é bem-vindo.

**Aptare – O que os idosos devem ter em mente nessas eleições?**

**Natalini –** Acho que tem que ter em mente quatro compromissos que o candidato tem que ter, assumir e falar que está assumindo. Mas falar

olhando no olho, para cumprir. Primeiro, os idosos têm que prestar atenção em qual é o candidato que defende a democracia, porque, por pior que ela seja, ela é melhor que a ditadura. Eu sei, porque eu sofri na ditadura, eu sei o que é a ditadura. Aí você já elimina um ou outro que não gosta da democracia.

Segundo, o candidato tem que defender uma pauta de desenvolvimento econômico preservando a sustentabilidade, preservando os recursos naturais, as nossas florestas, os nossos rios, os nossos cursos d’água, protegendo o nosso mar, o ar que a gente respira. Portanto, desenvolvimento econômico e distribuição de renda com sustentabilidade, porque sem sustentabilidade não vai adiantar nada.

O terceiro ponto é o compromisso com a equidade social. Não podemos viver em um país onde oito famílias têm a riqueza de 100 milhões de brasileiros. Isso não pode continuar, tem que democratizar o dinheiro. Não é tomar de quem tem, mas é fazer uma política onde quem não tem também possa ter oportunidades. Aí se incluem as questões de saúde, educação, segurança pública, transporte.

E, por último, tem uma que eu não abro mão de jeito nenhum: moralidade pública. Quem roubou dinheiro do povo não pode ter a cara de pau de querer ser presidente da República, ou querer ser de novo presidente da República. Quem roubou dinheiro público tem que pagar na Justiça. Eu sempre brinco que quem vota em um candidato corrupto não é vítima, é cúmplice. É cúmplice da corrupção.

São nesses quatro pontos que eu gostaria que os idosos brasileiros prestassem atenção, e escolhessem – não o melhor, porque não vai ter, mas o menos ruim. E tem gente na praça que tem essa possibilidade de ter uma vida muito mais limpa e trabalhar por um Brasil melhor.

**Aptare – Como está sendo seu processo de envelhecimento?**

**Natalini –** Olha, eu nem prestei atenção que eu estava chegando nos 70, porque o negócio foi tão tumultuado que chegou. Quando eu vi, caí na minha, falei: “Poxa, vou fazer 70 anos”. Fiz 70 anos muito bem vividos, mas não do ponto de vista de acumular dinheiro. Eu escolhi atender pobre, tratar de pobre e não me arrependo. E os anos passaram tão depressa, fizemos tanta coisa que não consigo ter memória de tudo. Quando fiz 70 anos, primeiro tomei um susto, falei: “Poxa, 70. Sou setentão.” Faz 70 anos que eu ando em cima desse planetinha, para lá e para cá, igual um doidinho. Por outro lado, minha energia, meu cérebro é de 50 anos, até menos, eu acho. 45, vamos dizer. Eu tenho muita energia, acordo todo dia muito cedo, durmo mais tarde, trabalho o dia inteiro, planto árvore, semeio, já plantei 27 mil árvores com as minhas mãozinhas aqui, semeei também, vou nos eventos, ajudo a organizar, tenho uma porção de amigos. A riqueza da minha vida é a minha família, minha profissão e meus amigos – quem tem isso tem tudo. Tenho muitos amigos nessa cidade, gente rica, gente pobrezinha, com quem eu me relaciono da mesma forma. A conversa é a mesma. São

70 anos bem vividos e espero que eu possa dobrar.

Eu estou feliz, viu? Eu estou feliz com meus 70, e quero que todos cheguem à longevidade máxima possível, saudável.

**Aptare – No final das contas, Dona Janete se convenceu de sua explicação sobre a escolha pela carreira política?**

**Natalini** – Eu acho que sim. Ela teve dez anos de Alzheimer, ficou na cama, por cinco anos já não reconhecia mais a gente. Dona Janete foi uma santa, porque sofreu muito e era uma mulher tão generosa de alma que eu não entendia aquele sofrimento todo. As pessoas tentam explicar na religião, eu não consigo entender por que ela finalizou a vida assim. Mas, antes de ficar desse jeito, ela entendeu. Entendeu e apoiou. Para você ter uma ideia, meu pai, Seu Urbano, era um homem de direita, conservador. Era um homem pobre, trabalhava como balanceiro de usina, mas era de direita, conservador. Quando eu fui preso pela primeira vez, em 1972, ele conseguiu um bilhete de um coronel do exército que jogava buraco com o meu avô, lá em Macaé, e veio aqui no DOI-CODI. Era um bilhete escrito a lápis. O comandante do DOI-CODI era o Ustra, que estava me batendo muito, me torturando. Meu pai chegou na porta do DOI-CODI e falou: “Olha, eu trouxe esse bilhete para o coronel Ustra. Quero ver meu filho”. O guarda, com a metralhadora, levou o bilhete para o coronel Ustra, que falou: “Pode deixar (o Seu Urbano) entrar”. Eu tive dois minutos com ele. O cara

chegou, sentou e começou assim: “Meu filho, eu me mato pensando cana em uma balança de usina, para te fazer médico, e o troco que você me dá é estar preso aqui, enxovilhando a nossa família, envergonhando a mim, à sua mãe, aos seus irmãos, à família toda? É isso o troco que você dá, o esforço que eu faço, e que sua mãe faz, para formar você? Filho de um operário?”.

Eu estava usando uma camisa de manga comprida. Levantei as mangas e estava cheio de hematomas, de esfolamento. Falei: “Pai, é isso que estão fazendo comigo aqui, está vendo?”. Abri a boca, falei: “Está vendo aqui tudo descascado?”. A corrente elétrica solta a mucosa da boca. “Então estão aqui as pancadas, estão aqui os machucados, a boca.” O ouvido estava meio sanguinolento, porque eu fiquei um mês com o ouvido sangrando. Falei: “Pai, se o senhor veio aqui me torturar, por favor, aqui tem gente paga, com seu imposto, muito mais profissional para fazer isso. Então vai embora, não me tortura mais, não”. Ai ele [*aqui Natalini se emociona e diz “É difícil”*] se abraçou comigo e não queria ir embora. Ele era pequenininho, mas precisou de uns dez caras para levar Seu Urbano para a porta. Ele dizia “Eu fico aqui, solta o meu filho”.

Dali pra frente aquele velho se tornou um porra-louca de esquerda, muito maior do que eu, virou inimigo da ditadura. Chegou lá na mesa de buraco que ele jogava com o meu avô em Macaé e falou para o coronel: “O seu amigo lá de São Paulo vai matar meu filho. Se ele matar meu filho o senhor vai pagar por isso, que eu

vou pegar o senhor aqui”. O coronel disse: “Que isso, Seu Urbano?”. Ele respondeu: “Eu vi o que fizeram com meu filho lá”. Ele virou um agitador contra o governo, ficou amigo do Brizola. Morreu assim. Então eu só tenho orgulho do meu pai e da minha mãe, dos meus irmãos. Minha família foi muito solidária com tudo aquilo, e eu quero contribuir com honra, com dignidade, ajudando os outros, aquilo que Dona Janete me deu. Desculpe a emoção.

**Aptare – O senhor gostaria de deixar um último recado?**

**Natalini** – Não percam a esperança. A gente só faz fazendo. Se a gente não fizer, a gente não faz. Então, independentemente do que vier pela frente, do resultado, independentemente das dificuldades, das muralhas que a gente tenha, da injustiça social, do sofrimento humano para o qual o mundo está caminhando, independentemente disso, temos que juntar as pessoas do bem, juntar os homens e mulheres do bem, para criar uma situação de mudança e tornar a vida, dos nossos semelhantes, melhor, e principalmente a vida dos idosos. **A**



Para ouvir a entrevista na íntegra, acesse o QR code ao lado.

# #fonoaudiologia

POR TEREZA LOFFREDO BILTON

Fonoaudióloga; professora associada da Pontifícia Universidade Católica-SP; especialista em gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; membro do Fleury Medicina e Saúde.

## PREVALENCE OF OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA AND RISK OF PNEUMONIA, MALNUTRITION, AND MORTALITY IN ADULTS AGED 60 YEARS AND OLDER: A META-ANALYSIS

Banda KJ, Chu H, Chen R, Kang XL, Jen HJ, Liu D, Shen Hsiao ST, Chou KR. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia and Risk of Pneumonia, Malnutrition, and Mortality in Adults Aged 60 Years and Older: A Meta-Analysis. *Gerontology*. 2021 Dec 13:1-13. doi: 10.1159/000520326. Epub ahead of print. PMID: 34903688.



A disfagia orofaríngea (DO) é uma grave condição de saúde associada a baixa sobrevivência e qualidade de vida em adultos com 60 anos ou mais. Sua avaliação e gerenciamento podem levar a melhores resultados de saúde para idosos. Essa metanálise foi realizada para determinar a prevalência combinada de DO e risco de pneumonia, desnutrição e mortalidade.

Foram consultados diversos bancos de dados, entre eles Ovid-MEDLINE, Web of Science, Embase, PubMed, Cochrane e CINAHL, até janeiro de 2021. A análise de dados foi realizada com o modelo logístico-normal e o modelo Der Simonian-Laird de efeitos aleatórios para resultados e fatores associados a DO, fornecendo odds ratio (OR) e o intervalo de confiança correspondente de 95%.

A prevalência combinada de DO em 39 estudos, com um total de 31.488 participantes, associada com um OR combinado maior para risco de pneumonia, 2,07 (IC 95%, 1,58-2,72); desnutrição, 2,21 (IC 95%, 1,43-3,41) e mortalidade, 2,73 (IC 95%, 1,62-4,60). Síndromes geriátricas também foram associadas a DO: incontinência fecal, 6,84 (4,955-9,44), síndrome de imobilidade, 6,06 (5,28-6,96), úlceras de pressão, 4,02 (2,46-6,56), sarcopenia, 3,10 (1,89-5,09), incontinência urinária, 2,75 (1,81-4,19), fragilidade,

2,66 (1,16-6,13), delirium, 2,23 (1,73-2,87), e quedas, 1,47 (1,19-1,81). Comorbidades, incluindo demência, 3,69 (2,36-5,78), e acidente vascular cerebral, 1,92 (1,47-2,52), também foram associadas a DO.

Os pesquisadores concluíram que a identificação precoce e o manejo da DO devem considerar síndromes geriátricas e comorbidades neurogênicas para prevenir desnutrição e pneumonia e reduzir a mortalidade em adultos com 60 anos ou mais.

## COMENTÁRIO DA AUTORA

A disfagia é uma condição clínica muito grave no paciente idoso, por trazer riscos de má nutrição, pneumonia e mortalidade. Neste artigo de metanálise, a disfagia orofaríngea apresenta uma prevalência de 4,6% em pessoas acima de 60 anos.

Nas síndromes geriátricas de fragilidade, demência, sarcopenia, imobilidade e quedas, a probabilidade de a disfagia estar presente aumenta exponencialmente, com graves consequências para o paciente. A avaliação clínica fonoaudiológica e a avaliação objetiva pelo deglutograma e pela nasolaringoscopia da deglutição permitem o diagnóstico precoce e o tratamento.

## HEARING LOSS TREATMENT IN OLDER ADULTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT: A SYSTEMATIC REVIEW

Mamo SK, Reed NS, Price C, Occhipinti D, Pletnikova A, Lin FR, Oh ES. Hearing Loss Treatment in Older Adults With Cognitive Impairment: A Systematic Review. *J Speech Lang*

Hear Res. 2018 Oct 26;61(10):2589-2603. doi: 10.1044/2018\_JSLHR-H-18-0077. PMID: 30304320; PMCID: PMC6428235.



O objetivo dessa revisão sistemática foi avaliar estudos de tratamento da perda auditiva em idosos com deficiência cognitiva e identificar as adaptações clínicas que podem ser usadas para adequar o tratamento da perda auditiva a idosos com deficiência cognitiva, a fim de melhor atender essa população vulnerável.

Foi realizada uma busca sistemática com vocabulário controlado e termos de palavras-chave nos bancos PubMed, Cochrane Library, Embase, CINAHL e PsycINFO. Os conceitos de pesquisa incluíram termos relacionados a perda auditiva e deficiência cognitiva. A busca geral resultou em 4.945 referências únicas, 50 das quais foram elegíveis para revisão de texto completo e 13 das quais foram incluídas na revisão final. Os manuscritos incluídos foram categorizados de acordo com os níveis de evidência da American Speech-Language-Hearing Association e dos National Institutes of Health Quality Assessment Tools.

Os resultados mostraram que apenas um estudo implementou um desenho de ensaio clínico randomizado para avaliar a função cognitiva e sintomas comportamentais após o tratamento com próteses auditivas. Outros estudos quase experimentais avaliaram sintomas relacionados a demência e/ou função auditiva após o tratamento da perda auditiva em projetos de pesquisa pré/pós. Finalmente, evidências de estudos de caso sugeriram que o tratamento da perda auditiva é viável, reduz a comunicação estressante para os cuidadores e melhora os problemas de comportamento relacionados à demência.

Com base na revisão sistemática, evidências sugerem que o tratamento da perda auditiva em pessoas com deficiência cognitiva pode trazer benefícios para a comunicação e qualidade de vida. Devido à natureza quase experimental e não experimental da maioria das evidências encontradas nessa revisão, mais estudos são necessários para entender o efeito do tratamento no contexto de uma doença variável e progressiva.

#### HEARING LOSS AND COGNITIVE FUNCTION AMONG CHINESE OLDER ADULTS: THE ROLE OF PARTICIPATION IN LEISURE ACTIVITIES

Gao J, Armstrong NM, Deal JA, Lin FR, He P. Hearing loss and cognitive function among Chinese older adults: the role of participation in leisure activities. *BMC Geriatr*. 2020 Jun 19;20(1):215. doi: 10.1186/s12877-020-01615-7. PMID: 32560691; PMCID: PMC7305626.



A perda auditiva, uma deficiência sensorial altamente prevalente que afeta idosos, é um fator de risco para o declínio da cognição. No entanto, há estudos muito limitados sobre essa associação em países com poucos recursos. Esse estudo teve como objetivo avaliar a associação entre perda auditiva autorreferida e declínio cognitivo, e se o envolvimento em atividades de lazer moderou essa associação entre idosos na China.

Os dados foram obtidos de duas ondas da pesquisa nacionalmente representativa da China Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS) entre 2011/12–2014. Foram incluídos 8.844 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos com medida dicotomizada do estado auditivo autorreferido. O MiniExame Mental Modificado (MEEM) foi usado para medir a cognição global. Modelos de efeitos fixos foram usados para estimar se o envolvimento em atividades de lazer moderou a associação da perda auditiva autorreferida com a mudança cognitiva global na amostra geral e nas subamostras de sexo.

A perda auditiva autorrelatada foi associada ao comprometimento cognitivo, com odds ratio de 2,48 [1,22, 5,06]. Não foi encontrada diferença de sexo na associação de perda auditiva e déficit cognitivo. A perda auditiva autorreferida foi associada ao declínio cognitivo, com aumento de 8% no risco em comparação com aqueles com audição normal. O envolvimento frequente em atividades de lazer moderou a associação entre perda auditiva e declínio cognitivo para as amostras inteiras e masculinas.

O estudo mostrou que a perda auditiva foi associada ao declínio cognitivo, e o envolvimento em atividades de lazer moderou a associação entre os homens e não entre as mulheres.

#### SELF-REPORTED HEARING LOSS AND ASSOCIATED FACTORS IN OLDER ADULTS AT A MEMORY CLINIC

Feijó MEPH, Haas P, Hillesheim D, Xavier AJ, Quialheiro A, d'Ávila Freitas MI, de Paiva KM. Self-Reported Hearing Loss and Associated Factors in Older Adults at a Memory Clinic. *Am J Audiol*. 2021 Sep 10;30(3):497-504. doi: 10.1044/2021\_AJA-20-00124. Epub 2021 Jun 9. PMID: 34106746.



A prevalência de demência tem aumentado e, juntamente com a perda auditiva, pode impactar negativamente a saúde dos idosos. O objetivo dessa pesquisa foi estabelecer perda auditiva autorreferida e fatores associados em idosos de uma clínica de memória.

Os pesquisadores realizaram um estudo transversal retrospectivo sobre os fatores associados a perda auditiva

autorreferida, como estilo de vida, saúde geral, cognição, capacidade funcional. Os dados foram retirados de prontuários de idosos ( $\geq 60$  anos) que receberam atendimento entre 2017 e 2018 em uma clínica de memória localizada na Universidade do Sul de Santa Catarina, no Brasil. A análise incluiu o teste qui-quadrado de Pearson e regressão logística, estimativa das odds ratios (OR) brutas e ajustadas, com respectivos intervalos de confiança de 95%.

Os pesquisadores analisaram os prontuários de 257 idosos e verificaram uma prevalência de 13,2% de perda auditiva autorreferida. Houve maior prevalência nos idosos que relataram zumbido (35,2%), naqueles com comprometimento cognitivo leve (14,7%) e nos sedentários (19,2%). Após ajuste para fatores de confusão, zumbido (OR = 4,63;  $p = 0,019$ ) e sedentarismo (OR = 2,89;  $p = 0,029$ ) ainda se associaram ao desfecho. O estudo concluiu que zumbido e sedentarismo foram associados a perda auditiva em idosos atendidos em clínica de memória. Como questão de saúde pública, a presbiacusia precisa ser incluída nas agendas de planejamento e promoção da saúde, com medidas efetivas de controle, prevenção e tratamento.

#### LONGITUDINAL ASSOCIATIONS BETWEEN HEARING AID USAGE AND COGNITION IN COMMUNITY-DWELLING JAPANESE OLDER ADULTS WITH MODERATE HEARING LOSS

Sugiura S, Nishita Y, Uchida Y, Shimono M, Suzuki H, Teranishi M, Nakashima T, Tange C, Otsuka R, Ando F, Shimokata H. Longitudinal associations between hearing aid usage and cognition in community-dwelling Japanese older adults with moderate hearing loss. *PLoS One*. 2021 Oct 13;16(10): e0258520. doi: 10.1371/journal.pone.0258520. PMID: 34644353; PMCID: PMC8513843.



O objetivo desse estudo é investigar as associações entre próteses auditivas (AASI) e a manutenção da função cognitiva em idosos da comunidade com perda auditiva moderada. Foram recrutados 407 participantes com 60 anos ou mais com perda auditiva moderada do National Institute for Longevity Sciences, Longitudinal Study for Aging (NILS-LSA).

A perda auditiva moderada foi definida como uma média tonal de 40-69 dB em 500, 1000, 2000 e 4000 Hz do melhor ouvido, segundo definição proposta pela Japan Audiological Society. A função cognitiva foi avaliada usando os quatro subtestes da versão japonesa da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos – Formas Abreviadas: Informação, Semelhanças, preenchimento de Figuras e Substituição de Símbolo Dígito (DSST, na sigla em inglês).

Foi realizada uma análise longitudinal de 1.192 observações com tempo médio de seguimento de  $4,5 \pm 3,9$  anos. A taxa de uso de AASI em qualquer momento durante o período de acompanhamento foi de 31,4%, e os usuários de AASI eram significativamente mais jovens (teste t,  $p = 0,001$ ), tinham pior audição ( $p < 0,0001$ ) e ensino superior ( $p = 0,001$ ), participavam da pesquisa com mais frequência ( $p < 0,0001$ ) e eram menos deprimidos (teste  $\chi^2$ ,  $p = 0,003$ ) do que os idosos que não usavam AASI. Os modelos mistos lineares gerais consistiram nos efeitos fixos do uso de AASI, tempo de acompanhamento, e um termo de interação de uso de AASI x tempo, ajustado para idade e limiares médios de tom puro na linha de base, sexo, educação e outros possíveis fatores de confusão. O uso de AASI mostrou efeitos principais significativos sobre os escores para preenchimento de Figura e DSST após ajuste; as pontuações foram melhores no grupo de uso de AASI do que no grupo sem uso. A interação uso do AASI x tempo foi significativa para o escore de Informação ( $p = 0,040$ ). A curva de 12 anos prevista pelo modelo com idade centralizadora indicou que o grupo sem uso de AASI mostrou maior declínio ao longo do tempo nos escores de Informação do que o grupo de uso de AASI. As curvas não diferiram entre usuários e não usuários de AASI para as Semelhanças, preenchimento de Figura e DSST. Como conclusão, o uso de AASI pode ter um efeito protetor no declínio do conhecimento geral em idosos com perda auditiva moderada.

#### COMENTÁRIO DA AUTORA

Por volta de 1990 já havia alguns estudos que abordavam a relação da deficiência auditiva com declínio cognitivo em pessoas idosas. A diminuição da percepção auditiva, da atenção e da memória acompanha a perda da acuidade auditiva. Atualmente os estudos demonstram de forma objetiva essa relação. A reabilitação auditiva com o uso de aparelhos de amplificação sonora individuais permite a recuperação da percepção auditiva e da atenção, evitando o declínio cognitivo.



*Mais de 10 anos  
de excelência  
em cuidado*



## **ATENDIMENTO DOMICILIAR E ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR**

- ♥ Cuidados personalizados e alinhados junto ao médico referencial da família
- ♥ Escalas de atendimento customizadas
- ♥ Profissionais treinados e capacitados por um time de enfermeiros
- ♥ Supervisores especializados na saúde do idoso
- ♥ Assistência disponível 24 horas

### **FALE CONOSCO**



(11) 99746 8949

(11) 98578 7474

(11) 5081 6662

(11) 3257 0723



**cuidadores**

[cuidadores@uol.com.br](mailto:cuidadores@uol.com.br)



**cuidadoresbr02**

[www.cuidadoresbr.com.br](http://www.cuidadoresbr.com.br)

# Um giro pelo GERP.22

Confira os destaques do 12º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia

Por **Maria Lígia Pagenotto**

Imagem: reprodução



Da esquerda para direita: Elci Fernandes, Rosmary Arias, Maurício Ventura e Juliana Venites na abertura do GERP.22

Com 2 mil inscritos, 87 palestras, 15 simpósios satélites, 141 palestrantes – sendo quatro internacionais –, o 12º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia (GERP22), organizado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – São Paulo (SBGG-SP), foi marcado mais uma vez pela diversidade de temas, rigor científico, educação, atualização de muitos assuntos, inovação e foco na melhoria da qualidade de vida do idoso.

Realizado pela primeira vez totalmente no formato online, o GERP apresentou, segundo os anfitriões e presidentes Maurício de Miranda Ventura e Elci de Almeida Fernandes, conteúdos que ressaltam a importância do respeito à diversidade de posturas, opiniões e ações, abarcando discussões sobre o envelhecimento em óticas variadas, como gênero, raça, credo, profissão e idade.

O GERP22 teve a preocupação de tratar com detalhes todos esses temas e os desafios decorrentes do aumento da

longevidade, lembrando sempre que “velhice não é doença”. O evento contou com um pré-congresso nos dias 30 e 31 de março e a programação principal aconteceu de 5 a 9 de abril.

A *Aptare* selecionou algumas das mesas apresentadas no GERP22 e traz um resumo de alguns conteúdos, com os principais tópicos tratados.

## COMUNICAÇÃO NÃO VIOLENTA COMO INSTRUMENTO NO CUIDADO DO IDOSO

A palestra de abertura do GERP ficou a cargo da fonoaudióloga Leny Kyrillos, doutora em Ciências dos Distúrbios da Comunicação pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), especialista em voz pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia e comentarista do quadro “Comunicação e Liderança” da rádio CBN. Leny destacou o desafio que é, para os profissionais de saúde, se comunicar eficientemente com um público altamente heterogêneo – pacientes, familiares, mídia e colegas de trabalho, entre outros – e conseguir entregar as mensagens de forma clara, objetiva e com empatia.

Com base em um conceito elaborado pelo psicólogo Luis Ernesto Meireles, Leny ressalta que é preciso desenvolver habilidades de comunicação que funcionem não apenas com o círculo de pessoas que pensam e agem de forma semelhante à nossa. É preciso ter uma atenção especial para obter uma interação proveitosa com um público mais amplo, que envolve indivíduos diversificados, com bagagens, interesses e expectativas diferentes.

O profissional de saúde, com grande frequência, precisa transmitir notícias ruins ou desagradáveis. Por isso, é especialmente importante aprender a se comunicar de forma assertiva e empática, com uma curiosidade verdadeira para a diferença. Essa postura gera no interlocutor uma sensação



de acolhimento, que resulta em maior abertura e boa vontade para buscar um entendimento. Além disso, ao escutar o outro com atenção, o profissional de saúde consegue personalizar e endereçar sua própria fala, entregando uma informação precisa (ainda que simplificada), que é mais eficiente para solucionar as dúvidas e mais próxima daquilo que o interlocutor está realmente buscando.

A fonoaudióloga destacou ainda a necessidade de compreender que a comunicação se dá pela emissão de um conjunto de imagens e de sinais, e não apenas pela transmissão verbal. Segundo Albert Mehrabian, pesquisador da Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA), 55% do impacto da comunicação é obtido por sinais não verbais, 38% pela forma de vocalização e somente 7% pelo conteúdo verbal da fala. Para Leny, isso se explica pelo fato de que a comunicação verbal é, das três, a mais recente entre os seres humanos.

Por isso, ao dar uma má notícia a um paciente ou um familiar, é preciso transmitir uma postura de acolhimento e empatia não apenas na fala, mas também na voz e na forma como o seu corpo se mostra para o outro. Já em relação aos recursos verbais, Leny enfatizou que é preciso dar atenção à seleção das palavras, à forma de organização das frases e às expressões que serão utilizadas – a ideia é buscar sempre o uso de um vocabulário que seja simples, direto e objetivo, tomando cuidado com o emprego de termos técnicos e siglas de difícil compreensão para o público. Estudos comprovam que a confiança dos pacientes em um tratamento aumenta de forma significativa quando o médico se comunica de forma acessível.

## **POLÊMICA SOBRE OS NOVOS TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS PARA DOENÇA DE ALZHEIMER**

A médica geriatra Cybelle Azeredo Costa, professora da Unifesp, abordou a polêmica sobre os novos tratamentos farmacológicos para a doença de Alzheimer (DA). O assunto recebeu destaque na mídia a partir de junho de 2021, quando foi anunciada a aprovação do uso da droga aducanumabe (com nome comercial Aduhelm, da farmacêutica Biogen) pelo FDA, a primeira nova medicação para DA anunciada em 23 anos.

A professora iniciou a palestra explicando que, para entender as razões do debate em torno do novo medicamento,

é preciso primeiro compreender as bases da chamada Teoria Amiloide. Para isso, apresentou um resumo dos avanços obtidos nos últimos anos no entendimento dos processos químicos que ocorrem no cérebro durante o processo de instalação da DA, que culmina no surgimento da demência.

Um papel central nesses processos é desempenhado pela proteína precursora de amiloide (APP, da sigla em inglês), uma glicoproteína complexa presente no cérebro, que tem função fisiológica associada à neuroplasticidade e à proteção das sinapses. A APP pode sofrer quebras (clivagens), que resultam em diferentes subprodutos: monômeros e oligômeros, entre eles as proteínas 40BetaAmiloide e 42BetaAmiloide, que estão diretamente relacionadas à formação das chamadas “placas senis”, uma característica encontrada na maior parte dos casos de DA.

Cybelle ressaltou, no entanto, que existem fatores genéticos envolvidos, e ainda não há um consenso sobre as particularidades do metabolismo da APP em cada indivíduo.

A partir de 1999 começaram a ser realizadas pesquisas com animais, avaliando a possibilidade do uso de drogas que reduzissem a presença da APP no cérebro. Uma das drogas atualmente em estudo é o aducanumabe, uma molécula da classe dos anticorpos monoclonais, que gera uma imunização passiva, direcionada aos oligômeros solúveis e às placas. Já está claro que, para surtir o efeito desejado, a droga deve ser aplicada o mais precocemente possível, e a resposta é proporcional à dose utilizada.

No entanto, nem todos os estudos demonstram que a retirada da proteína amiloide evita o surgimento da demência: em alguns casos, registrou-se até uma piora cognitiva. Além disso, durante os ensaios clínicos, o acompanhamento dos pacientes exigiu o emprego de recursos extremamente caros e sofisticados (como a tomografia PET ou coleta de LCR seriada) e constatou um número elevado de efeitos colaterais de importância significativa.

Em outubro de 2019, após uma reanálise dos dados de dois ensaios com resultados conflitantes, o laboratório Biogen decidiu submeter a possibilidade do uso da droga à FDA norte-americana, em um programa de aprovação acelerada. No grupo de onze especialistas ouvidos pela instituição, dez discordaram da liberação do medicamento e um se absteve. Mas o parecer da FDA defendeu a liberação, alegando que “há uma expectativa de benefício clínico, apesar de alguma incerteza residual em relação a esse benefício” – o

“Precisamos cada vez mais de equipes multidisciplinares envolvidas no trato ao paciente idoso [...], a fim de que as internações sejam mais bem articuladas e mais otimizadas, resultando em uma alta com mais eficiência.

que, segundo Cybelle, significa que, na prática, ainda não se sabe se de fato existe benefício real.

Além disso, um terceiro estudo foi solicitado, com acompanhamento da FDA. A liberação do uso de aducanumabe gerou grande polêmica na comunidade médica dos EUA, em função da incerteza do benefício e do alto custo do tratamento. A médica ressaltou que a liberação tem outras consequências de grande impacto, como a impossibilidade do uso de placebo em novas pesquisas, a possibilidade de outras aprovações sem base sólida e a consequente perda de credibilidade das agências reguladoras.

Em janeiro deste ano, a Associação Brasileira de Neurologia enviou uma carta à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) questionando a conveniência da liberação da droga no Brasil. O documento destaca a ausência de demonstrações conclusivas sobre o benefício clínico e a enorme sobrecarga financeira que um tratamento desse tipo representaria para o SUS e para os planos de saúde privados – além da grande possibilidade de judicialização do fornecimento da medicação.

## O QUE HÁ DE NOVO NA TERAPIA NUTRICIONAL

As questões ligadas à nutrição da população idosa ganham especial importância quando se constata que, segundo a ONU, entre 2016 e 2040 haverá um aumento de 301% no número de pessoas entre 85 e 99 anos, e de 746% na faixa acima dos 100 anos. Os hábitos alimentares têm grande influência na redução de doenças crônicas e na possibilidade de um envelhecimento ativo.

A nutricionista Myrian Najas, professora da Unifesp, destacou que o consumo de quantidades adequadas dos chamados “alimentos funcionais” – como farelo de aveia, polifenol de uva, betacaroteno, vitaminas, cálcio, magnésio e fósforo – tem influência direta na preservação da mobilidade, motilidade, redução de quedas, desempenho mental e visual da pessoa idosa.

Dados do IBGE de 2013 indicam que a população brasileira apresenta índices muito baixos de consumo de alimentos importantes, como frutas e legumes, associado a um percentual elevado de consumo de doces, bebidas alcoólicas e carnes ou frango com excesso de gordura. Uma das consequências é a alta prevalência (89%) de sobrepeso ou obesidade na população acima de 60 anos. Como agravante, apenas 13,6% dos idosos praticam o nível recomendado de atividade física.

Nesse contexto, é importante que ações de saúde pública voltadas a um envelhecimento saudável da população combinem os cuidados de assistência médica com um incentivo a comportamentos positivos. Do ponto de vista da nutrição, o conceito básico para a condição saudável é um equilíbrio entre a necessidade de alimentação e o gasto energético. Como exemplo de padrões alimentares protetores, Myrian citou a já conhecida e bem estudada dieta do Mediterrâneo, que aumenta a resistência ao estresse, reduz as inflamações, estimula a função imune, aumenta a sensibilidade à insulina, entre outros benefícios.

Ela falou também sobre a dieta DASH (descrita em 1995 e voltada à redução da hipertensão arterial), que preconiza o aumento do consumo de alimentos naturais e a redução do consumo de industrializados e do sal. Ela trouxe também o conceito da dieta Mind, uma fusão da mediterrânea com a DASH, direcionada a promover um atraso nos processos neurodegenerativos. Myrian elogiou as recomendações presentes no Guia Alimentar da População Brasileira e ressaltou a necessidade e a viabilidade de adequar as propostas alimentares da dieta mediterrânea à realidade brasileira.

## GIRO PELO GIGANTE – SARCOPENIA

“Quando você acha que vai se sentir velho?”, costuma perguntar aos seus pacientes o geriatra Omar Jaluul, médico assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, responsável pelo ambu-

latório de idosos sem doença do Serviço de Geriatria do HCFMUSP. Ele afirma que a maioria das pessoas irá se sentir velha não por perda de memória, mas, provavelmente, quando tiver alguma dificuldade para se levantar do chão ou jogar bola. Por isso, a questão da preservação da massa muscular é tão importante no contexto do envelhecimento.

Após os 40 anos, a velocidade da perda muscular é grande e é preciso adotar estratégias para revertê-la. Em sua apresentação, Jaluul citou um estudo feito na região de Chianti, na Itália, que comparou algumas medidas de homens e mulheres, dos 20 aos 100 anos. Com o passar dos anos, perdem-se torque de extensão no joelho, força de preensão palmar, potência muscular e musculatura da panturrilha. Segundo ele, existem enormes diferenças na prevalência de sarcopenia no mundo, o que torna difícil caracterizar esse dado, assim como existem diversas formas de avaliar e fazer o diagnóstico da condição.

O consenso europeu de 2018 (European Working Group on Sarcopenia in Older People – EWGSOP) caracterizou a sarcopenia como perda progressiva e generalizada de massa e função muscular, com risco de resultados adversos (incapacidade física, má qualidade de vida e morte). Havendo um quadro de diminuição de força muscular, provavelmente há sarcopenia; a condição é confirmada quando se constata a perda de quantidade e de qualidade de massa. Os casos de sarcopenia grave caracterizam-se por redução acentuada da força, com perda da quantidade e qualidade da massa, além de desempenho muscular diminuído.

Entre as formas de diagnóstico, o especialista citou a ferramenta SARC-F para detectar casos por meio de perguntas. Jaluul observou que o mais importante é identificar, o quanto antes, os indivíduos que apresentam fator de risco para a sarcopenia, para que sejam devidamente tratados. Numa anamnese, o médico deve ficar alerta ao idoso que mora sozinho e que diz que não janta, por exemplo, ou que não come nada com proteínas. A atenção à qualidade e à quantidade de proteína ingerida é muito importante. Segundo Jaluul, é preciso cuidado ao orientar dietas restritivas para idosos, sob risco de impactar negativamente em sua fragilidade.

“Além do uso da SARC-F, é possível fazer uma série de testes para se chegar a alguma conclusão, como avaliação da preensão palmar, teste do sentar e levantar, densitometria, bioimpedância, ressonância”, ponderou. São avaliações que

confirmam ou não a doença e determinam sua maior ou menor gravidade. A fragilidade do idoso está muito relacionada a alguns sinais, como perda de peso, exaustão autorreferida, fraqueza, velocidade da marcha lenta, baixo nível de atividade física. O tratamento inclui nutrição adequada e exercício físico orientado. De acordo com o geriatra, o atual período pós-quarentena da Covid-19 trouxe à tona uma grande quantidade de pessoas com sarcopenia.

Para a prevenção de situações de maior gravidade, Jaluul fez um apelo aos médicos que identificam nos pacientes perda de peso não intencional, perda de massa muscular e resultados negativos em testes funcionais: “Não dá para esperar a próxima consulta. Ele precisa de orientação dietética, atividade física e, muitas vezes, de suplementação nutricional oral o mais rápido possível”.

O fisioterapeuta e doutor em saúde pública Tiago Alexandre, da Universidade Federal de São Carlos, complementou as ponderações de Jaluul. O profissional abordou questões importantes na medida da sarcopenia e implicações importantes em relação ao tratamento. Entre os tópicos apresentados incluem-se diluição da creatina; uso do ultrassom para melhora na avaliação da massa muscular; a diferença de consensos para avaliação da prevalência de sarcopenia; e exercícios direcionados.

Um dos grandes problemas na sarcopenia é a avaliação da massa muscular. Um dos métodos destacados pelo profissional foi a diluição da creatina. Entre três e seis dias após o consumo da creatina duplamente marcada, é possível fazer uma avaliação pela cromatografia líquida de alta performance, com espectroscopia de massa. Trata-se de um método caro, segundo Alexandre, mas capaz de avaliar a real quantidade e qualidade de massa muscular e os riscos a que estão sujeitos os pacientes que apresentam perda.

O diagnóstico de sarcopenia por ultrassom também vem ganhando importância. As vantagens desse método são custo mais baixo, rapidez e facilidade de execução do exame. Pelo ultrassom também é possível avaliar a qualidade da massa muscular, pontuou o fisioterapeuta, algo essencial para o direcionamento das orientações ao paciente. No entanto, ainda falta a definição de padrões de valores de referência para sua aplicação na prática clínica.

Alexandre comentou as diferenças entre os consensos da EWGSOP de 2010 (consenso 1) e de 2018 (consenso 2). Segundo ele, os estudos que compararam o consenso 1 com

o 2 apontam que o último identifica menor prevalência de sarcopenia (quase a metade). Outro problema, evidenciado na literatura, é que a sarcopenia grave está associada a mortalidade e outros fatores de risco. Pelo consenso 2, a sarcopenia tem menor relação com mortalidade e outros desfechos negativos entre a população idosa. Segundo o especialista, um dos principais fatores por que isso ocorre é o valor da nota de corte da força. Alexandre crê que ainda serão feitas mudanças nesse consenso, com a adoção de notas de corte de força um pouco mais altas, já que elas identificariam mais precocemente os indivíduos que estão em risco e precisam de intervenção mais urgente.

Entre as evidências para tratar a sarcopenia estão os exercícios resistidos em primeiro lugar. “Há melhora em todos os indicadores, como a força de preensão manual, força de extensão de joelho, melhora no teste de sentar e levantar da cadeira, melhora na velocidade da caminhada, melhora no *timed up and go test* (teste de mobilidade, que indica risco de queda) e melhora nos dois indicadores de massa (índice de massa muscular esquelética apendicular e massa muscular esquelética apendicular).”

As recomendações são dois exercícios para cada grande grupo muscular; repetições de oito a dez movimentos; três séries; no quesito intensidade, deve-se tentar atingir 80% de 1RM (repetição máxima – quantidade de peso deslocada em determinado exercício). Os pacientes que não conseguem podem fazer o treino com 45% de 1RM, ajustando séries e repetições para alcançar volume de trabalho muscular. A progressão da carga deve ser feita a cada duas semanas. A frequência de exercícios mínima precisa ser de duas a três vezes por semana – com menos que isso, os pacientes terão muita dificuldade para ganhar massa e força.

## PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO

A geriatra Juliana Marília Berretta, integrante do Ambulatório de Transição de Cuidados da Unifesp, trouxe dados sobre internações da população não pediátrica – acima dos 15 anos – na cidade de São Paulo, num cenário pré-pandemia de coronavírus. Segundo ela, em 2019 foram registradas quase 600 mil internações; destas, 31% foram de pessoas com mais de 60 anos.

Das internações dos idosos, 63% relacionam-se a urgências, com média de permanência de 8,6 dias no hospital e

taxa de mortalidade de 17,83%. Entre as causas estão, em ordem de grandeza: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho geniturinário e doenças do aparelho respiratório. “Grande parte das pessoas internadas tem doenças crônicas”, afirmou.

Juliana apontou que, à medida que a medicina evolui e oferece mais recursos para o tratamento das doenças crônicas e condições agudas, amplia-se o tempo de permanência hospitalar. E isso se reflete no paciente, que é desospitalizado com diversas sequelas e perdas funcionais importantes, adquiridas ao longo da hospitalização.

Esse cenário de pós-cuidado em saúde está se tornando mais frequente. A hospitalização, afirmou ela, é uma das principais causas de declínio funcional no idoso: de 30% a 60% dos internados perderão uma ABVD (atividade básica de vida diária). Alguns fatores determinam o impacto no processo de desospitalização: o grau prévio de fragilidade, a gravidade do quadro agudo e o manejo do paciente na estrutura hospitalar. “Vale ressaltar que a idade cronológica não é fator determinante exclusivo de perda funcional”, disse Juliana. Ela completou que há muitos fatores que contribuem para o aumento do tempo de internação hospitalar e para o grau de comprometimento do idoso na alta: quadros de delirium, desnutrição, polifarmácia, quadro de “caidor crônico”, velocidade de marcha reduzida e sarcopenia.

Durante a hospitalização, é preciso estar atento a algumas situações para evitar que o paciente desospitalizado retorne ao hospital, segundo Juliana. Como exemplo, ela trouxe algumas causas de readmissão hospitalar nos 30 dias após a alta em pacientes hospitalizados por fratura de fêmur, com destaque para a pneumonia. “No processo de desospitalização é preciso levar em conta a prevenção de quadros pneumônicos, para que o paciente não se reinternar.”

Juliana afirmou que o sistema atual de saúde é um modelo “hospitalocêntrico” com falhas, e isso impacta em vários aspectos na saúde das pessoas. “Será que não conseguiríamos reverter determinados quadros agudos em um contexto domiciliar, ou com uma avaliação mais precoce?”, questionou. Outro ponto que leva a esse modelo é que o médico ainda é, segundo Juliana, o principal condutor das decisões. “Precisamos cada vez mais de equipes multidisciplinares envolvidas no trato ao paciente idoso, equipes interdisciplinares nas quais se deleguem funções, a fim de que as internações sejam mais bem articuladas e mais otimizadas.”

# MOTILEX HA

SUPLEMENTO ALIMENTAR DE COLÁGENO TIPO II NÃO HIDROLISADO E ÁCIDO HIALURÔNICO EM CÁPSULAS

PIONEIRISMO E INOVAÇÃO

ASSOCIAÇÃO EM MOVIMENTO PELO CUIDADO DA CARTILAGEM E DO LÍQUIDO SINOVIAL<sup>1,2</sup>



AUXILIA A MANUTENÇÃO da função articular<sup>3,4</sup>



AUXILIA A REDUÇÃO dos sintomas inflamatórios<sup>5</sup>



AJUDA A MINIMIZAR a degradação do colágeno da cartilagem<sup>6</sup>

COLÁGENO TIPO II NÃO HIDROLISADO

ÁCIDO HIALURÔNICO



10X MAIS ÁCIDO HIALURÔNICO<sup>1,7,8</sup>



PREÇOS DIFERENCIADOS PARA MAIS ADESAO

30 CÁPSULAS R\$ 119,00



60 CÁPSULAS R\$ 209,00

**Referências bibliográficas:** 1. Torrent A, Ruhl R, Theodosakis J, et al. Comparison of the efficacy of two products sold as orally – Administered hyaluronic acid supplements, IB0004 and ID386 on the endogenous in vitro synthesis of hyaluronic acid by human synoviocytes. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2009;17(suppl. 1):S277-8. 2. Baklan F, Armagan O, Ozgen M, et al. Effects of oral native type II collagen treatment (B-2Cool™) in knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Bioiberica*. 2015. 3. Informações técnicas Mobilee®. 4. Martínez-Puig D, Carmona J, Arguelles D, et al. Oral hyaluronic acid administration improves osteochondrosis clinical symptoms and slightly increases intraarticular concentration of hyaluronic acid in a horse model: a pilot survey. *Osteoarthritis Cartil*. 2007;15:C62-C63. 5. Sanchez J, Bonet ML, Keizer J, et al. Blood cells transcriptomics as source of potential biomarkers of articular health improvement: effect of oral intake of a rooster combs extract rich in hyaluronic acid. *Genes Nutr*. 2014;9:417. 6. Möller I, Martínez-Puig D, Chetrit C, et al. Oral administration of a natural extract rich in hyaluronic acid for the treatment of knee OA with synovitis: a retrospective cohort study. *Clinical Nutrition Supplements*. 2009;4(2):171-2. 7. Torrent A, Ruhl R, Martínez C, et al. Anti-inflammatory activity and absorption of a natural rooster comb extract (Hyal-Joint™). *Osteoarthritis and Cartilage*. 2010;18(suppl. 2):S246-7. 8. Torrent A, Ruhl R, Theodosakis J, et al. Comparative efficacy of IB0004, extracted hyaluronic acid (HA) and fermented HA on the synthesis of endogenous HA by human synoviocytes. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2009;17(suppl. 1):S278-9.

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. É proibida a reprodução parcial ou total do conteúdo deste material por qualquer meio sem autorização prévia da ApSen Farmacêutica. Março/2022.

Produto isento de registro conforme RDC 27/2010.



“ [...] quanto mais rápido for feita a intervenção no idoso fragilizado, [...] menos frequentes serão os desfechos desfavoráveis.

das, resultando em uma alta com mais eficiência”, disse.

Segundo ela, o foco não pode estar na resolução do quadro agudo somente: é preciso avaliar a doença crônica que o paciente tem. Faltam nos hospitais profissionais mais qualificados para administrar síndromes geriátricas. Um paciente idoso com Covid, exemplifica ela, não pode ser exclusivamente tratado por um infectologista. Outro ponto necessário – e negligenciado, quando se fala em hospitalização/alta – é mapear o apoio que cada idoso internado terá após a desospitalização, para que sua rede (se possuir uma) se prepare para esse momento.

Por fim, Juliana fez uma provocação à plateia: será que o hospital é o melhor lugar para o paciente idoso estar? Se a internação for inevitável, porém, ela deve ocorrer de forma muito bem planejada, algo que não costuma acontecer.

## MEDICINA DE ESTILO DE VIDA

O desafio de conciliar um corpo saudável com uma mente em paz e um coração realizado foi o tópico tratado pela palestrante internacional Beth Frates. Beth é uma das pioneiras nas pesquisas que relacionam o estilo de vida à promoção de um envelhecimento saudável, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde. Professora na Harvard Medical School, ela já ganhou diversos prêmios por seus cursos sobre sistema musculoesquelético, nutrição, sistema nervoso central e sistema endócrino.

Ela destacou que a diminuição da capacidade física e mental está associada ao maior risco de doenças, assim como certos episódios da vida, entre eles aposentadoria, morte de amigos e parceiros, por exemplo. “Um envelhecimento baseado em bons hábitos nutricionais, com frequência adequada de exercícios físicos e não uso de tabaco, atrasa a dependência de cuidados”, assegura Beth, que lembrou que estamos vivendo a Década do Envelhecimento Saudá-

vel” (2021 a 2030), uma estratégia para alcançar e apoiar ações de construção de uma sociedade para todas as idades.

Ao público, Beth falou que a idade biológica de uma pessoa está relacionada a fatores genéticos, ambientais e ao estilo de vida. “As patologias associadas ao estilo de vida são as que de fato podemos controlar”, afirmou. Ter um corpo físico saudável depende, portanto, de atividade física, de nutrição adequada e de sono reparador. Nesse último item, ela sugere que a pessoa deixe seu quarto como uma “caverna”: sem luz, sem barulho e com temperatura agradável.

Ela ressaltou que a prática de exercícios, quando comparada a diferentes medicações, têm resultados tão ou mais favoráveis. Nessa “disputa com os fármacos” entram as estatinas, medicamentos antiplaquetários e anticoagulantes, medicações para prevenção de AVCs, diuréticos para insuficiência cardíaca e remédios que atuam em casos de pré-diabetes. A atividade física também tem efeito comprovado na prevenção de alguns tipos de câncer e de infecções do trato respiratório inferior, e na melhoria da cognição. Além disso, o fortalecimento muscular diminui o risco de mortalidade em diversas situações.

A combinação de 150 minutos de atividade moderada por semana, juntamente com um treinamento de força praticado duas vezes por semana, é o que a OMS preconiza como ideal para a prevenção das patologias citadas. Quanto mais cedo a pessoa começar, melhor. Mas, para um envelhecimento saudável, assegurou Beth, nunca é tarde demais para começar. “O exercício físico rejuvenesce o sistema imune”, afirmou. Quem trabalha sentado a maior parte do tempo deve tentar ficar em pé a cada hora. Uma boa dica é aproveitar esse intervalo para fazer ligações telefônicas e reuniões caminhando, se possível.

Para melhores resultados, é preciso também estar atento ao que se come. O consumo adequado de legumes, verduras e frutas está associado ao risco reduzido de óbito por doenças cardiovasculares, AVC e câncer de cólon. A ingestão de fibras afeta o microbioma e ajuda a regular o metabolismo da glicose, além de contribuir para a maior oxigenação cerebral. Mas, segundo Beth, nada disso basta se a mente não estiver em paz. Ou seja: é preciso ser resiliente e atuar com medidas de combate ao estresse. De novo, o exercício é fundamental, assim como o contato com a natureza e uma conexão verdadeira com o que se gosta. Ter tempo para si mesmo, respirar profundamente, fazer pausas, ter rela-

cionamentos afetivos positivos e um propósito de vida são fatores que levam a uma longevidade com saúde.

## UM NOVO OLHAR SOBRE A SARCOPENIA NO BRASIL

Durante o GERP.2022 foi lançado um manual para orientar médicos na identificação e tratamento da sarcopenia. Os autores do material, desenvolvido pela SBGG, são o geriatra Marcelo Valente, professor da Faculdade da Santa Casa e da Faculdade de Medicina do ABC; o fisioterapeuta Tiago Alexandre, professor da Universidade Federal de São Carlos e professor visitante da University College London; e a nutricionista Maria Aquimara Zambone, especialista em gerontologia e coordenadora do Programa de Residência em Nutrição do Hospital das Clínicas da USP.

Uma das razões para a criação do guia foram os resultados de um levantamento feito pela SBGG, que mostrou que 30% dos médicos não geriatras respondentes não sabiam fazer o diagnóstico da doença – o que demonstra uma subnotificação da sarcopenia entre idosos no Brasil.

Valente afirmou que o número de médicos que não conhecem o problema é certamente muito grande. “O paciente com sarcopenia está em todos os consultórios: clínicos, geriatras, ortopedistas, ginecologistas etc. O especialista pode até saber ou suspeitar da fragilidade e da sarcopenia, mas esse diagnóstico muitas vezes não é feito, por carência de equipamentos e pela falta de outros recursos”, explicou. Segundo ele, a prevalência da doença é de 5% a 13% em pessoas de 60 a 70 anos, de 11% a 50% em idosos com 80 anos ou mais, de 9% a 11% em consultórios ou clínicas, e de 31% a 51% em pacientes institucionalizados. A sarcopenia já era um problema antes da pandemia do coronavírus, e a crise certamente agravou a doença.

Segundo os especialistas, o desafio é fazer com que essa população de idosos ganhe e mantenha massa e potência muscular para preservar sua funcionalidade. Nesse sentido, o manual tem importância muito grande, pois contribui para que as pessoas façam o adequado diagnóstico dessa condição, prevenindo desfechos negativos.

Um dos pontos da publicação é facilitar para o profissional o diagnóstico da sarcopenia. Para tanto, o guia faz uso do algoritmo EWGSOP2 modificado – um modelo baseado no segundo consenso europeu. A principal etapa alerta para as

suspeitas clínicas da doença: fraqueza muscular, dificuldade para levantar da cadeira, quedas, lentificação da marcha, dificuldade para subir escadas, perda de peso. A ferramenta Sarc-CalF, recomendada pelo consenso europeu, traz questões importantes que o médico deve aplicar no paciente. Com base nas respostas, que são pontuadas, o especialista gera uma escala de avaliação da sarcopenia.

Na segunda etapa, é avaliada a força muscular. Se o médico tiver um dinamômetro, pode utilizá-lo para medir a força de preensão palmar do idoso. Em caso negativo, é indicado o teste do sentar e levantar da cadeira. A terceira etapa é a da confirmação da quantidade e/ou qualidade muscular. “Se o médico estiver em um grande centro, pode se valer de um equipamento para avaliar a densitometria. Caso não haja essa possibilidade, ele deve fazer o cálculo por meio da ‘equação de Lee’ para índice de massa muscular esquelética apendicular”, explicou Valente.

Alexandre disse que essa equação já foi utilizada para estimar a prevalência da sarcopenia no município de São Paulo. “Há uma diferença entre a nota de corte do consenso europeu e a nota de corte adotada em São Paulo”, explicou. Esse dado é proveniente do estudo SABE. Segundo ele, a nota é uma alternativa para a nossa realidade, em especial quando não há como pedir um exame mais complexo. “É muito importante fazer a estratificação do risco: olhar para o idoso, identificar seu risco e começar a tomar medidas imediatamente.” Essa nota também foi testada para incapacidade e mortalidade, com alto poder preditivo ao longo de cinco a dez anos de acompanhamento dos pacientes.

A nutricionista Aquimara Zambone contribuiu na elaboração do manual com uma série de recomendações alimentares. Segundo ela, apenas 38% da população idosa consome com frequência alimentos proteicos. É preciso identificar precocemente as deficiências nutricionais do idoso para reverter o quadro de sarcopenia. “Mais do que consumir, é preciso identificar a quantidade de proteína consumida”, disse. A recomendação da sociedade europeia de nutrição, para idosos saudáveis, é de 1 a 1,2 grama de proteína por quilo ao dia, valor que favorece uma síntese muscular, com aporte adequado.

Em situação de doença aguda, esse número sobe para 1,5 grama por quilo de peso ao dia. Caso haja doença grave, o ideal é usar até 2 gramas por quilo (há exceções para indivíduos com doença renal). A distribuição do consumo ao

“ Um envelhecimento baseado em bons hábitos nutricionais, com frequência adequada de exercícios físicos e não uso de tabaco, atrasa a dependência de cuidados.

longo do dia também faz diferença, diz a especialista. O ideal é que sejam consumidos entre 25 e 30 gramas de proteína nas três refeições do dia – preferencialmente proteínas de alto valor biológico, que forneçam aminoácidos essenciais. A suplementação nutricional é indicada nos casos em que a ingestão calórica seja menor do que 70% das necessidades diárias. Para idosos com desnutrição ou em risco de desnutrição, deve-se fornecer diariamente ao menos 400 calorias, incluindo 30 gramas ou mais de proteína.

Alexandre pontuou sobre a importância do exercício resistido no contexto do tratamento da sarcopenia e, para finalizar, foi trazida ao debate a questão da disbiose. Aquimara afirmou que essa condição pode alterar a permeabilidade intestinal, contribuindo para o aumento de inflamações, com má absorção de nutrientes importantes, como a síntese da vitamina B12, ácido fólico, entre outros. “No tratamento da sarcopenia, é preciso estar atento à disbiose”, afirmou.

## ORTOGERIATRIA

Maurício de Miranda Ventura, presidente da seção São Paulo da SBBG e também do GERP.22, trouxe ao público a importância que a ortogeriatría vem ganhando no cuidado com os idosos. Entre os fatores para esse crescimento estão o aumento das taxas de osteoporose, as fraturas decorrentes de fragilidade, a prevalência das doenças crônico-degenerativas e o aumento nas taxas das grandes síndromes geriátricas. Segundo Ventura, quanto mais velha a pessoa, maiores as possibilidades de ela apresentar um maior número de síndromes geriátricas. “Como consequência, temos a questão das quedas e fraturas”, disse. “Portanto, os idosos, principalmente os 80+ que são internados por uma fratura de fêmur numa enfermaria, são pacientes complexos, multimórbidos, usuários de múltiplos medicamentos.”

A ortogeriatría, portanto, tem a responsabilidade de tratar desse idoso de forma que ele tenha a menor taxa de complicações e de comprometimento funcional devido a um episódio de internação por evento agudo de fratura. Ventura apresentou resultados de um estudo feito na enfermaria de ortopedia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. O objetivo do trabalho era identificar os fatores relacionados ao delirium e à mortalidade em idosos vítimas de fratura de fêmur.

Foram avaliados 90 pacientes, com média de idade de 83 anos, sendo que 23,3% eram caídores. A taxa de mortalidade foi de 17,8%. “Isso é muito alto. Essa taxa teria de ser menor que 1%”, observou. Nessa amostra, as doenças associadas à mortalidade foram a demência e a doença renal crônica. Segundo ele, outras morbidades não tiveram relação direta com o óbito nos casos de fratura de fêmur.

Diante dessa realidade, o médico propõe que, ao dar entrada no hospital com fratura de fêmur, o paciente multimórbido seja avaliado de forma multidisciplinar. Segundo os dados apresentados, os pacientes examinados de forma tradicional (apenas pelo ortopedista) demoraram cerca de 20 horas para ser operados. Ao ser montada uma equipe integrada, a partir de um protocolo estabelecido, o tempo para entrada no centro cirúrgico caiu para 11 horas ou menos. “Isso faz diferença, pois, quanto mais rápida a intervenção no idoso fragilizado, e sua posterior reabilitação, menos frequentes serão os desfechos desfavoráveis”, explicou.

Ventura propôs um protocolo para abordar o idoso com fratura de fêmur: o paciente deve ser muito bem avaliado do ponto de vista nutricional (a desnutrição é fator de risco importante para complicações); muita atenção para a hidratação (geralmente menosprezada); cuidado com pacientes portadores de insuficiência cardíaca e com diabetes; atenção ao nível de albumina; fazer profilaxia de tromboembolismo venoso; ficar atento a interações medicamentosas e ao uso de certos medicamentos (dar preferência ao uso de analgésicos leves); se valer de recursos para diminuir o uso de opioides; evitar anti-inflamatórios; não prescrever omeprazol de forma indiscriminada; prevenir e tratar obstipação intestinal (uma situação frequente entre pessoas acamadas); prevenção de lesões por pressão e atenção às funções renais. “São pontos que não podem ser menosprezados, pois o desfecho da intervenção depende de eles estarem muito bem monitorados”, afirmou. **A**



# Envelhecendo no Brasil: somos todos demandantes de cuidados



**KARLA GIACOMINI** Médica geriatra; doutora em Ciências da Saúde (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz); coordenadora da Frente Nacional de Fortalecimento à Instituição de Longa Permanência para Idosos; vice-presidente e diretora técnica do International Longevity Centre – Brasil; membro pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE -Fiocruz/UFMG); consultora da Organização Mundial da Saúde para Políticas Públicas relacionadas ao Envelhecimento e para Cuidados de Longo Prazo; presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (gestão 2010-2012).

Imagem: divulgação

A pandemia de Covid-19 deixou evidente que o cuidado para com uma pessoa idosa frágil se configura como uma necessidade e um desafio para o qual o Brasil não se preparou<sup>1,2</sup>. Porém, é importante realçar que essa omissão não se dá por falta de leis: o Brasil dispõe de vários instrumentos legais que definem a população idosa como um segmento prioritário para as políticas sociais<sup>1,3</sup>. Desde 2006, a Política Nacional da Pessoa Idosa<sup>4</sup> estabelece como diretrizes de atuação a promoção do envelhecimento ativo e o enfrentamento das fragilidades – das pessoas, das famílias, do Sistema Único de Saúde para o cuidado. As duas diretrizes não são excludentes, mas complementares.

Em 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a Década do Envelhecimento Saudável – 2020-2030 (OMS, 2020)<sup>5</sup>. Para promover o envelhecimento saudável e melhorar a vida das pessoas idosas, de suas famílias e comunidades, serão necessárias mudanças fundamentais nas ações e na forma como pensamos a idade e o envelhecimento. Contudo, essa proposta de envelhecimento saudável<sup>5</sup> não pode servir de instrumento para reforçar ainda mais a desigualdade, já tão profundamente marcada no nosso país. Afinal, a forma como se chega à velhice reflete o acesso ou não a direitos fundamentais, o que de alguma maneira define as oportunidades (in)disponíveis às pessoas ao longo de todo o curso de vida. Por isso mesmo, nascer, crescer, envelhecer são processos estritamente ligados à desigualdade social e econômica, modulados por questões de gênero, cultura e

etnia, e, em qualquer ponto do curso da vida, desde antes de nascer até morrer é necessário cuidado. Este artigo questiona: é justo pensar a velhice em ganhadores – os que envelhecem de modo ativo e saudável – e perdedores – os que envelhecem demandando cuidados?

A nosso ver, não. Essa visão limitada sustenta o que o filósofo Michel Billé e o sociólogo Didier Martz (2018) denominaram a “tirania do envelhecer bem”<sup>6</sup>, isto é,

(...) envelhecer sem que os sinais, indícios ou sintomas do envelhecimento se tornem perceptíveis. Envelhecer sem que os atributos da velhice sejam detectáveis em sua aparência ou em seu comportamento. Envelhecer, enfim, sem que a idade avançada perturbe os que o cercam ou custe a ninguém; eis, de certa forma, o desafio que deve ser enfrentado, a limitar tirânica a que se deve concordar em se submeter para não correr o risco de ser estigmatizado, marginalizado ou de tratamento social indesejável, necessariamente muito invejável.

(...) a questão é saber, quaisquer que sejam as declarações de intenção, se os velhos são homens como os outros. Para ver como eles são tratados, é permitido fazer a pergunta. Aceita-se implicitamente que, dada a sua idade, não têm as mesmas necessidades, talvez nem mesmo os mesmos direitos que os outros membros da sociedade. (...) Para aliviar a nossa consciên-

cia, produzimos, entre todas as que existem na velhice, uma nova doutrina: “Envelhecer bem”. Dá a ilusão de que, finalmente, o velho, ou pelo menos aquele que envelhece, é tratado em pé de igualdade, ou até melhor do que os outros, enquanto na realidade as coisas permanecem como estão ou pioram: o velho é um outro e nós o exilamos.” (pp.21-23)

É importante questionar a ideologia do “envelhecer bem” e onde ela se esconde: no saber biomédico; na relação que temos com o próprio envelhecimento do corpo; nas publicações sobre a velhice e na mídia; no nosso medo da morte e da fragilidade. Se “envelhecer bem” se torna o projeto pessoal e político do qual ninguém pode derogar, “envelhecer mal” se apresenta como um erro, uma falha contra si e contra quem precisará cuidar. Sem dúvida, mobilizar a sociedade para envelhecer bem é reconfortante e devemos nos alegrar – desde que uma ideologia bastante humanista acompanhe esse movimento<sup>6</sup>. Mas seria suficiente?

Nossa sociedade contemporânea está cansada<sup>7</sup>, doente, em todos os níveis – social, econômico, político, ambiental, moral, cultural etc. –, porque precisa lidar com o insuportável, como bolsões incompreensíveis de miséria, pobreza, violência, sofrimento, dor, desigualdades, injustiças, precariedade. A lista de públicos cujas velhices são mais vulneráveis é longa: negros, índios, população LGBTQIA+, estrangeiros, migrantes, pessoas com deficiências, entre outros<sup>8</sup>. No nosso país, essas características e o código de endereçamento postal dizem muito em termos de acesso a direitos, saúde, educação, trabalho, renda, justiça. Essas diferenças têm influência maior que a bagagem genética das pessoas, iniciam-se cedo – mesmo antes de a pessoa nascer –, reforçam-se entre si e se acumulam ao longo da vida. Esses determinantes sociais e culturais falam muito da forma como envelhecer é vivido e compreendido.

Por sua vez, o mundo se transformou muito e de forma acelerada, e as teorias socioantropológicas também são desafiadas a trazer respostas ao processo de envelhecer em uma sociedade multifacetada, conectada e rapidamente mutante<sup>6</sup>. Mais do que nunca, precisamos nos reinventar. Quando nossas interações sociais encolhem ou se transfor-

mam, como neste momento pandêmico, podemos alimentar nosso interior com a descoberta, o aprendizado e o prazer que surgem de situações inesperadas. Ao mesmo tempo, a aceleração da apropriação dessas técnicas, neste período de pandemia, trouxe à tona novos comportamentos, e muitas de nossas atividades estão sob a influência cotidiana da tecnologia digital.

No Brasil, um dos resultados dessa interação digital foi a criação de um movimento voluntário de pessoas de todo o país, chamado de Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos (FN-ILPI), que reúne profissionais de diferentes áreas de atuação das cinco regiões do nosso território. Para todas as ações, a FN-ILPI utiliza-se de recursos virtuais e plataformas digitais. Um breve histórico e o panorama de atividades da FN-ILPI estão disponíveis no número especial da revista *Geriatrics, Gerontology and Aging*, publicação oficial da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, que apresentou em 2021 uma chamada especial “Pesquisa em cuidados de longo prazo para pessoas idosas”<sup>9-12</sup>.

A FN-ILPI se constitui como uma ação da sociedade civil organizada em favor da defesa da vida das pessoas idosas institucionalizadas e de uma política nacional de cuidados continuados<sup>10</sup>, ou seja, os “cuidados de longa duração” (CLD) – da tradução da expressão inglesa *long term care* –, que compreendem os cuidados continuados ou serviços que as pessoas mais velhas precisam para ajudá-las a realizar as atividades relativas a cuidados pessoais e tarefas domésticas, bem como para manter relações sociais<sup>8</sup>.

Desde a sua criação, a atuação da FN-ILPI<sup>10</sup> se ampliou de maneira orgânica com o objetivo de fomentar o planejamento de estratégias, ações, estudos e pesquisas para o fortalecimento das ILPI e das políticas públicas de cuidado às pessoas idosas. Recentemente, foi lançado o e-book *Vivências, Enfrentamentos e Fortalecimento das ILPI durante a Pandemia* (2022)<sup>13</sup>, que deixa evidente o apoio oferecido por esse movimento social e o quanto as pessoas idosas institucionalizadas estavam absolutamente fora do radar das políticas públicas de saúde e de assistência social.

Para se ter uma ideia, ao contrário das informações sobre vagas em unidades de internação ou número de consultas

na atenção primária, para os CLD não existem fontes de dados contínuas, oficiais e comparáveis que possam informar as políticas regionais ou nacionais, inclusive aqueles referentes às ILPI<sup>12</sup>. O país carece de informações básicas sobre essas instituições, por exemplo: quantas são; onde estão localizadas; qual a sua natureza jurídica; que serviços e atividades oferecem aos residentes. Os sistemas de saúde e de assistência social tampouco dispõem de informações sistematizadas e compartilhadas sobre a população assistida<sup>12</sup>.

Por isso a atuação da FN-ILPI para subsidiar as instituições com informações seguras e baseadas na ciência para o enfrentamento dos desafios, oferecendo capacitações, manuais e relatórios. Mais recentemente, com a publicação de um *Manual de Qualidade do Cuidado*<sup>14</sup>, revelou-se um marco positivo no enfrentamento à pandemia no nosso país<sup>13</sup>.

Outra ação extremamente relevante da FN-ILPI foi prospectar o número de instituições para idosos existentes no país<sup>11</sup>. Essa ação transformou-se no Censo FN-ILPI 2021<sup>12</sup>, que buscou retratar um panorama das ILPIs do Brasil. Quando considerada a oferta de ILPIs e um proxy da demanda a partir da população com 75 anos e mais, a razão

média nacional encontrada foi de nada menos que 14.073 potenciais demandantes de CLD para cada ILPI disponível no país, conforme apresentado na Tabela 1.

A disparidade regional relativa à demanda projetada é ainda mais evidente, com destaque para a região Norte, onde nos estados do Amapá e do Pará esse número chega a mais de 9 mil idosos para cada ILPI existente (dados não apresentados)<sup>12</sup>.

Novamente, quando se analisa a razão entre o número de pessoas idosas e o número de ILPIs disponíveis na região, as regiões Nordeste e Norte mostram-se menos supridas desse tipo de equipamento quando comparadas a Sul e Sudeste. Os estados com maior número de ILPIs são: São Paulo (34,3%), Minas Gerais (15,9%) e Rio Grande do Sul (15,6%), enquanto os estados da região Norte concentram apenas 1,1% das ILPIs do país<sup>12</sup>. Na Figura 1 está apresentado o mapa da distribuição geoespacial das ILPIs no Brasil, por município<sup>12</sup>.

Além disso, segundo Lacerda *et al* (2021)<sup>12</sup>, apenas 36% dos municípios brasileiros dispõem de pelo menos uma ILPI. Os cinco municípios com maior número de ILPIs são:

**Tabela 1** – Distribuição das instituições de longa permanência para idosos por região, população maior de 60 anos e maior de 75 anos e razão entre elas e o número de ILPI

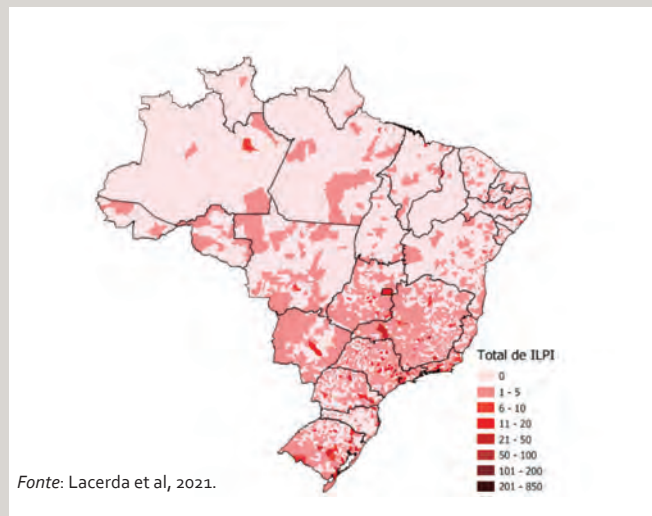
Região	mapeamento de ILPI		população de maiores de 60 anos		razão entre a população 60 anos e +/ILPI	população de maiores de 75 anos		razão entre a população 75 anos e +/ILPI
	n	%	n (x mil)*	%		n (x mil)**	%	
Sudeste	4.232	60,2	15.094	46,0	3.567	3.996	45,8	944
Sul	1.874	26,7	5.201	15,8	2.775	1.340	15,4	715
Nordeste	493	7,0	8.445	25,7	17.130	2.401	25,7	4.870
Centro-Oeste	351	5,0	2.155	6,6	6.140	518	5,9	1.476
Norte	79	1,1	1.959	5,9	24.797	477	5,4	6.038
BRASIL	7.029	100,0	32.854	100,0	54.409	8.732	100,0	14.043

\* Dados do IBGE 201815, Porcentagem da população acima de 60 anos em relação ao total com mais de 60 anos do Brasil

\*\* Dados do IBGE 201815, Porcentagem da população acima de 75 anos em relação ao total com mais de 75 anos do Brasil

Fonte: Lacerda et al, 2021

**Figura 1** – Mapeamento da distribuição geoespacial das instituições de longa permanência para idosos no Brasil, por município



São Paulo, com 810 (11,3%); Porto Alegre, com 287 (4,1%); Belo Horizonte, com 268 (3,8%); Rio de Janeiro, com 223 (3,1%); e Curitiba, com 130 (1,8%).

A Constituição Federal (1988)<sup>16</sup> estabelece a responsabilidade compartilhada entre as famílias, a sociedade e o Estado pelo bem-estar dos idosos. Porém, desse tripé constitucional, só as famílias têm assumido o seu papel, com limites, e ainda sendo cobradas pela insuficiência de cuidados decorrentes da falta de políticas de CLD<sup>2</sup>, e a sociedade, representada por essa oferta heterogênea de ILPI.

Nesse sentido, comparando-se a oferta de políticas de CLD em alguns países da Europa e no Brasil, observam-se nos primeiros políticas de Estado de cuidado, com a definição das práticas, responsabilidades e indicação das fontes de receitas para atendimento às pessoas dependentes de cuidados, em sua maioria, idosas. Já no Brasil faltam propósito e foco na questão da dependência, uma vez que o vasto arcabouço legal brasileiro convive com a ausência de materialização das políticas necessárias para cumprir tais leis<sup>17</sup>.

Pensar o envelhecimento como perspectiva individual e particular e a longevidade como uma conquista coletiva e social significa favorecer uma cultura de cuidado ao longo de toda a vida, respondendo às demandas de CLD de um grupo populacional crescente e muito heterogêneo, dadas as

oportunidades desiguais de saúde, de trabalho e de cuidado no curso da vida<sup>2</sup>. Afinal, indubitavelmente, a Revolução da Longevidade<sup>18</sup> é acompanhada por uma demanda cada vez maior de CLD, que exige um *continuum* de serviços de cuidados ao longo do curso de vida, para o qual os sistemas de saúde e de assistência social não estão preparados<sup>10</sup>.

Os cenários demográfico e epidemiológico brasileiros apontam a urgência em refletir sobre onde, quem e como os idosos serão cuidados, uma vez que as necessidades de CLD triplicarão, especialmente para aqueles com 80 anos ou mais – grupo populacional que mais cresce no país<sup>8,15</sup>. Portanto, já passou da hora de ampliarmos nosso olhar, de revermos conceitos, de enfrentarmos preconceitos, inclusive quanto ao tipo de cuidados de que podemos vir a precisar. Nas velhices, quando há políticas de CLD, seremos todos vencedores. Você já pensou sobre isso? **A**

Agradecimento: nosso profundo agradecimento a todos os voluntários da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI e especialmente a Christine Abdalla, pela leitura cuidadosa deste manuscrito.

## Referências bibliográficas

1. ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2106.
2. GIACOMIN, K. C. *et al.* Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas–ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 1s-12s, 2018. Suplemento 2. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000650>.
3. BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Série fontes de referência. Legislação, n. 53, p. 42, 2003.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
5. WHO – World Healthy Organization. 2020. **Decade of Healthy Ageing 2020–2030**. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.
6. BILLÉ, M.; MARTZ, D. **La tyrannie du Bienveillir: Vieillir et rester jeune**. Toulouse, France: Erès, 2018. DOI : 10.3917/eres.bille.2018.01.

7. HAN, B-C. **Sociedade do cansaço**. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

8. CAMARANO, A. A. (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

9. WACHHOLZ, P. A. Improving and fostering research on long-term care for older adults in a post-pandemic world. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, [S.l.], v. 15, p. e0210058, 2021. DOI: <https://doi.org/10.53886/gga.e0210058>.

10. HORTA, N. D. C. *et al.* Brazilian National Front for Strengthening Long-Term Care Facilities for Older People: history and activities. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, [S.l.], v. 15, p. e0210064, 2021. DOI: <https://doi.org/10.53886/gga.e0210064>.

11. DOMINGUES, M. A. R. C. *et al.* Methodological description of the mapping of Brazilian long-term care facilities for older adults. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, [S.l.], v. 15, e0210049, 2021. DOI: <https://doi.org/10.53886/gga.e0210049>.

12. LACERDA, T. T. B. de, *et al.* Geospatial panorama of long-term care facilities in Brazil: a portrait of territorial inequalities. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, [S.l.], v. 15, p. e0210060, 2021. DOI: <https://doi.org/10.53886/gga.e0210060>.

13. FRENTE NACIONAL DE FORTALECIMENTO À ILPI. **Vivências, enfrentamentos e fortalecimento das ILPI durante a pandemia: relatos de membros da Frente-ILPI**. [S.l.]: Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI, 2022. Disponível em: [https://frente-ilpi.com.br/wp-content/uploads/2022/04/Ebook-Relatos-da-Pandemia\\_atualizado.pdf](https://frente-ilpi.com.br/wp-content/uploads/2022/04/Ebook-Relatos-da-Pandemia_atualizado.pdf). Acesso em: 20 abr. 2022.

14. VILLAS-BOAS, P. J. F. *et al.* (ed). **Manual: qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para idoso**. Belo Horizonte, MG: ILPI, 2021. Disponível em: [http://www.mpgg.mp.br/portal/arquivos/2021/06/09/14\\_09\\_11\\_895\\_Manual\\_Qualidade\\_do\\_cuidado\\_em\\_ILPI\\_sugest%C3%B5es\\_para\\_o\\_dia\\_a\\_dia.pdf](http://www.mpgg.mp.br/portal/arquivos/2021/06/09/14_09_11_895_Manual_Qualidade_do_cuidado_em_ILPI_sugest%C3%B5es_para_o_dia_a_dia.pdf). Acesso em: 17 jan. 2022.

15. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções da População, 2018**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=resultados>. Acesso em 23 abr. 2022.

16. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 25 maio 2022.

17. MINAYO, M. C. S. *et al.* Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 137-146, jan. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30262020.

18. KALACHE, A. Respondendo à revolução da longevidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3306-3306, ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.02362012>.



**Serviço domiciliar especializado  
no cuidado de idosos**



**Acompanhamento domiciliar  
de idosos**



**Enfermagem domiciliar**



**Atendimento médico**



**Psicologia**



**Emergência móvel**



**Carro adaptado  
para cadeirante**



**Nutrição**



**Fisioterapia**



**Ambulância para simples  
remoção**



**Fonoaudiologia**



**Serviço de monitoramento**

**\* Verificar disponibilidade  
dos serviços por estado.**

**Uma verdadeira  
rede de proteção ao idoso**

**Rio de Janeiro**



**(21) 2577-1717**

**www.saidrio.com**

**São Paulo**



**(11) 3590-0033**

**www.saidsp.com**

**Belo Horizonte**



**(31)3045-5628**

**www.saidbh.com**



# AGS 2022: conhecimento e inovação

Veja alguns temas que deram o que falar no encontro anual da American Geriatrics Society

O encontro anual da American Geriatrics Society (AGS) reuniu cerca de 2,6 mil participantes do mundo todo em Orlando, na Flórida, entre os dias 12 e 14 de maio.

A programação do congresso, um dos mais importantes na área, se destacou por seu aspecto amplo e interativo. Entre os tópicos discutidos incluíram-se prática clínica, pesquisa sobre envelhecimento, modelos inovadores de cuidado e

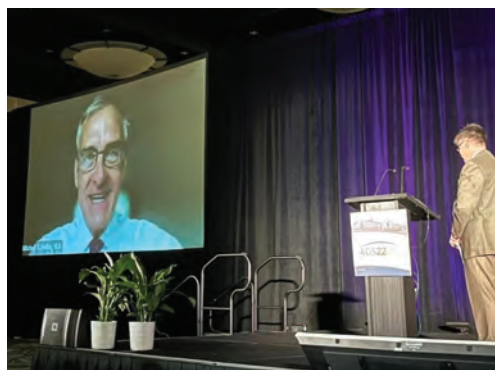
melhoras em qualidade.

Por reunir profissionais das mais diversas linhas de atuação – geriatras, enfermeiras geriátricas, assistentes sociais, médicos de família, farmacêuticos, internos, entre outros –, o congresso da AGS promoveu uma intensa troca de experiências e aprendizado.

A seguir, uma seleção de estudos que receberam destaque durante a conferência.



Imagens: divulgação



## 1. VISITAS AO PRONTO-SOCORRO RELACIONADAS AO USO DE CANNABIS AUMENTAM 18 VEZES ENTRE IDOSOS

A *cannabis* tem se tornado cada vez mais popular entre os idosos, seja para alívio de sintomas crônicos, seja para diversão. Um dos desdobramentos dessa tendência, no entanto, já pode ser visto nos prontos-socorros: um número crescente de idosos tem procurado os serviços, devido a efeitos colaterais da droga.

Pesquisadores da Califórnia, nos EUA, observaram um aumento de 18 vezes nas visitas ao pronto-socorro relacionadas à *cannabis* entre pessoas com mais de 65 anos entre 2005 a 2019. Por isso, alertaram, “é urgentemente necessário” abordar os possíveis danos do uso de *cannabis* entre idosos, que enfrentam maior risco de reações adversas à substância.

Os pesquisadores aconselharam os médicos a discutir o uso de *cannabis* com pacientes mais velhos e rastrear idosos em relação à sua utilização. Pessoas que vivem com várias condições crônicas e tomam vários medicamentos são especialmente propensos a correr risco de danos, disse Benjamin Han, geriatra da Universidade da Califórnia em San Diego.

O especialista acrescentou que se sabe “muito pouco” sobre os riscos e benefícios do uso de *cannabis* em idosos, e mais estudos são necessários “para que os médicos possam ter discussões informadas por dados com seus pacientes”. A Califórnia legalizou a maconha medicinal em 1996 e a maconha recreativa em 2016.

Os pesquisadores usaram dados de código de diagnóstico de hospitais não militares de cuidados agudos da Califórnia, coletados pelo Departamento de Acesso e Informações de Saúde do estado, para calcular as taxas anuais de visitas relacionadas à *cannabis* por 10 mil visitas ao departamento de emergência.

### Aumento acentuado de visitas ao pronto-socorro

As taxas de visitas relacionadas à *cannabis* aumentaram significativamente para todas as faixas etárias de idosos

( $P < 0,001$ ), de acordo com os pesquisadores. Entre aqueles com idade entre 65 e 74 anos, a taxa aumentou cerca de 15 vezes, de 44,9 por 10 mil visitas em 2005 para 714,5 por 10 mil em 2019; para as idades de 75-84, a taxa aumentou cerca de 22 vezes, de 8,4 para 193,9 por 10 mil; e para aqueles com 85 anos ou mais, a taxa saltou quase 18 vezes, de 2,1 para 39,2 por 10 mil.

O maior aumento ocorreu em visitas categorizadas em códigos de diagnóstico como abuso de *cannabis* e uso não especificado. A dependência de *cannabis* e o envenenamento por *cannabis* representaram apenas uma pequena fração dos casos, descobriram os pesquisadores. Eles não tinham dados sobre motivos específicos para a visita ou se os pacientes haviam fumado ou ingerido produtos de maconha. Eles também não conseguiram discernir se os pacientes usaram delta-9-tetrahydrocannabinol, ou THC, que tem propriedades psicoativas, ou canabidiol, comumente conhecido como CBD, que normalmente não tem os mesmos efeitos de alteração da mente.

Han afirmou que os dados podem não apresentar uma imagem completa das visitas ao pronto-socorro relacionadas à maconha. “É importante reconhecer que os adultos mais velhos viveram a linguagem muito conhecida em torno do uso de drogas – incluindo a *cannabis* – como parte da guerra às drogas racista”, o que pode levá-los a omitir o uso de drogas durante o processo de ingestão, disse ele.

Um estudo de 2017 associou o uso de *cannabis* entre idosos a mais ferimentos, o que, por sua vez, levou a um maior uso do departamento de emergência. Brian Kaskie, professor associado de gestão e política de saúde da Universidade de Iowa, afirmou que as novas descobertas mostram uma tendência específica do estado da Califórnia, mas que não deixa de ser alarmante, e que por isso mais pesquisas são necessárias.

“As visitas ao pronto-socorro foram por razões relativamente benignas e não emergentes ou será que essas visitas foram o resultado de um evento trágico e prejudicial, como um acidente de carro ou overdose?”, indagou Kaskie.

## 2. FERRAMENTA AJUDA O SISTEMA DE SAÚDE A REDUZIR PRESCRIÇÕES ARRISCADAS PARA PACIENTES IDOSOS

Um programa para mudar os padrões de prescrição produziu resultados positivos para um grande sistema de saúde em Rhode Island, nos EUA, reduzindo o número de pedidos de medicamentos potencialmente inadequados e resultados perigosos para pacientes idosos.

Na maior implementação já feita da ferramenta, projetada pelo Departamento de Assuntos de Veteranos (VA) dos EUA para diminuir o uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI), o Lifespan, um sistema sem fins lucrativos cujos parceiros incluem a Brown University, relatou uma queda significativa no número de tais prescrições na alta do departamento de emergência (DE).

O número de MPIs entre as prescrições mensais caiu cerca de 26% nos três DEs de cuidados intensivos adultos da Lifespan depois que o sistema adotou o EQUIPPED – sigla em inglês para “Melhorando a qualidade das práticas de prescrição para idosos que receberam alta do departamento de emergência”. O VA implantou uma versão da ferramenta em 2013 para resolver a falta de treinamento da maioria dos médicos no gerenciamento de medicamentos geriátricos.

Segundo os pesquisadores, o modelo “deveria ser implementado em outros estados e, com maior replicação, poderia moldar a política nacional de qualidade da atenção aos idosos”. Idosos são três vezes mais propensos do que pacientes mais jovens a acabar em um pronto-socorro em decorrência de danos relacionados à medicação. Isso se deve em parte ao maior número de prescrições que adultos americanos com mais de 65 anos tomam diariamente.

### Uma medida-chave de qualidade

Embora os centros de serviços Medicare e Medicaid e outros grupos tenham considerado a minimização de MPIs uma importante medida de qualidade, a maioria dos DEs não possui um especialista em prescrição geriátrica, disse Elizabeth Goldberg, professora associada de medicina de emergência na Brown University.

Com o EQUIPPED, os médicos têm acesso a conjuntos de pedidos de medicamentos geriátricos incorporados em registros eletrônicos de saúde, relatórios de referência individualizados e educação sobre segurança de medicamentos em idosos. Os MPIs são definidos pelos Critérios de Beers da Sociedade Americana de Geriatria e incluem medicamentos como inibidores da bomba de prótons e antipsicóticos.

O programa Lifespan envolveu 362 médicos que tratam cerca de 230 mil pacientes anualmente – 40 mil deles com 65 anos ou mais. Elizabeth disse que a implementação do programa em uma população tão grande poderia “realmente mover a agulha em direção aos idosos”, reduzindo quedas, melhorando a função cognitiva e prevenindo danos causados pelo uso de medicamentos.

Ela e seus colegas pesquisadores examinaram a prescrição de DEs 13 meses antes e 16 meses depois de terem implementado o EQUIPPED, em agosto e setembro de 2019. Dos médicos que participaram, 48% eram médicos assistentes, 37% eram residentes e 34% eram provedores de prática avançada.

A prescrição de MPIs caiu de 8,93% antes da implementação (IC 95%: 8,5% - 9,36%) para 6,59% após (IC 95%: 6,2% - 6,98%;  $P < 0,001$ ). Antes da implementação, 1.495 dos 16.681 medicamentos prescritos foram considerados inadequados, em comparação com 1.044 dos 15.818 medicamentos após, segundo os pesquisadores. Os maiores declínios na prescrição envolveram anti-histamínicos, relaxantes musculares e benzodiazepínicos.



### 3. ALERTA PARA USO DE RELAXANTES MUSCULARES NO PÓS-OPERATÓRIO EM IDOSOS

À medida que os médicos mudam para analgésicos não opioides em resposta à epidemia de opioides, os resultados de um estudo pequeno, mas esclarecedor, levantam preocupações de que um tipo de alternativa opioide – relaxantes musculares – pode representar sérios riscos para alguns idosos.

Aproximadamente um em cada oito (13%) dos 1.718 pacientes geriátricos que receberam relaxantes musculares para aliviar a dor após a cirurgia preencheram as prescrições dos medicamentos três meses depois, de acordo com uma análise dos dados do Medicare.

Os medicamentos devem ser usados por períodos de curto prazo, de duas a três semanas. O uso prolongado em idosos aumenta o risco de comprometimento cognitivo, quedas e fraturas. Os Critérios de Beers para Uso de Medicamentos Potencialmente Inapropriados em Idosos recomendam fortemente que os relaxantes musculares sejam evitados em idosos. “É importante lutarmos contra a crise dos opioides”, disse a investigadora Tasce Bongiovanni, cirurgiã de cuidados agudos e trauma da Universidade da Califórnia, em San Francisco.

Segundo ela, os médicos devem ser “muito, muito atenciosos em relação aos tipos de medicamentos dados aos idosos”. “Se alguém ainda sente dor após a cirurgia, pode haver mais exames a serem feitos, em vez de apenas continuar com a medicação para a dor”, acrescentou.

Tasce e colegas examinaram uma amostra de 51.151 beneficiários do Medicare com 66 anos ou mais que foram submetidos a um dos 15 procedimentos cirúrgicos comuns, como artroplastia total

do joelho e procedimentos da coluna lombar, entre 2017 e 2018. Eles então procuraram pacientes que receberam um relaxante muscular por sete dias antes ou após a cirurgia, totalizando 1.718. Foram excluídos pacientes com prescrição de relaxante muscular nos últimos três meses.

Os 13% — ou cerca de 223 pacientes — que tiveram prescrições reabastecidas após 90 dias eram mais jovens (71,7 vs 72,7 anos), mais frequentemente mulheres (66% vs 57%), tinham pontuações mais altas de comorbidade de Charlson (2,4 vs 2,0) e gastaram mais tempo no hospital (8 vs 5 dias).

Sessenta por cento dos pacientes com refil após 90 dias também tiveram uso prolongado de opioides, em comparação com 21% daqueles sem refil após 90 dias. O uso combinado de um opioide e um relaxante muscular pode aumentar o risco de eventos adversos, observam os pesquisadores.

A razão pela qual os relaxantes musculares continuam a ser prescritos meses a mais do que o necessário não é clara, mas uma comunicação mais forte entre cirurgiões, médicos de cuidados primários, pacientes e cuidadores pode ajudar, disse Tasce. Os pesquisadores escreveram que “estratégias robustas” são necessárias para evitar o uso prolongado.

Kenneth Boockvar, professor de geriatria da Escola de Medicina Icahn em Mount Sinai, Nova York, que estuda desprescrição, disse que “é importante esclarecer” o uso de relaxantes musculares, dados os riscos que eles representam para pacientes mais velhos. De acordo com ele, mais pesquisas devem explorar como a crise de opioides influenciou a prescrição em idosos e por que o uso de opioides é um preditor de uso prolongado.

*Com informações de Medscape*

Acesse o QR Code ao lado  
para saber mais sobre o AGS 2022



# 1

**Christine Abdalla** – Consultora em envelhecimento e moradia coletiva e assistida para pessoas idosas; gestora presidente da ILPI Associação Convivência Vila do Sol – RJ; pós-graduada em gerontologia, cuidados paliativos e gestão da qualidade em saúde; integrante do Grupo de Pesquisa ENREPO; coordenadora voluntária da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI.

## NOTÍCIAS TENEBROSAS VINDAS DOS MUNDOS DE LÁ

Com as notícias recebidas, ainda de longe, sobre um novo vírus percebido na China, na Inglaterra, a equipe multiprofissional e interdisciplinar da ILPI Associação Convivência Vila do Sol, a exemplo do que já havia ocorrido tempos atrás com a H1N1, se assustou e tomou providências sanitárias que incluíam, naquele momento, comprar alguns EPIs, uma quantidade maior de luvas, e por que não, máscaras? Depois vieram os planos de contingência. Nunca imaginamos que os preços superfaturados daquelas primeiras e frágeis máscaras eram um prenúncio tímido e desfigurado de tudo o que nos aguardava e todo o sofrimento que viveríamos até aqui.

Passadas as duas semanas iniciais, prazo que se imaginava que duraria o isolamento referente à quarentena que se entendia, então, ter que ser cumprida para que estivessemos protegidos do novo vírus, vimos que algo novo, estranho, grande e provavelmente ruim estava acontecendo conosco. Não apenas na ILPI, no bairro, na cidade, no país, mas no mundo.

## NOVOS E DESCONHECIDOS DESAFIOS PARA AS ILPI

Medo, pressão, culpa e responsabilidade: esses foram alguns dos sentimentos mais fortes que marcaram os últimos 2 anos. Os desafios de trabalhar em ILPI são muitos e ficaram ainda mais pesados durante a pandemia, pois tivemos de reorganizar todo o serviço, desde novos investimentos materiais até a contratação e o treinamento de equipes de retaguarda.

Também foi necessário aprender a lidar com equipamentos novos, promover suporte às equipes, reestruturar os ambientes físico e emocional, acolher as peculiaridades

de cada residente e sua rede sociofamiliar, respeitando ao mesmo tempo as biografias e as necessidades coletivas que se impunham.

Contudo, o desafio mais árduo foi acatar, traduzir e fazer valer para todos os envolvidos as inúmeras orientações recebidas dos órgãos competentes – Anvisa, Ministério Público, Secretaria Municipal de Saúde, entre outros – ao longo de todo esse período.

## PROBLEMA A SER SOLUCIONADO. COMO? A CRIATIVIDADE E A UNIÃO NUNCA FORAM TÃO FUNDAMENTAIS

Estávamos diante de difíceis realidades. As regras sanitárias precisavam ser cumpridas e algumas eram duras: proibir as visitas, até ali recebidas livremente pelos residentes de seus amigos e familiares; proibir as saídas dos residentes e não só para passeios, mas também para qualquer outra situação, salvo emergências comprovadamente inadiáveis; evitar a entrada de profissionais que não fossem fundamentais, salvo uma situação muito ímpar, onde eles fossem imprescindíveis.

Foi difícil romper todo o contato físico com o mundo externo e ao mesmo tempo encontrar um caminho de equilíbrio entre comunicar com verdade e honestidade e filtrar as notícias sobre a pandemia e ensinar pessoas idosas a realizar videochamadas de celulares que nunca haviam sequer segurado. Mas era isso ou expor à morte aquelas pessoas cujas famílias nos contrataram para proteger. Restou claro que essas medidas, os protocolos estabelecidos pelas entidades sanitárias, de direito e sugeridos por organizações da sociedade civil, como a Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI (FN-ILPI), fizeram toda a diferença no desfecho menos negativo de casos e mortes nas ILPIs brasileiras.

A Vila do Sol, uma ILPI carioca, que é moradia para 50 pessoas idosas, de ambos os sexos, de diferentes orientações sexuais, credos e raças, histórias, necessidades e desejos, sempre teve como um dos pilares de sua missão ser casa. Assim, a rede sociofamiliar dos residentes sempre teve, se em comum acordo com os seus entes moradores, as chaves das portas, afinal, ali é a casa da avó, da mãe, do pai, da madrinha, do marido. Esse lugar se viu forçado a trancar portas, e os celulares viraram janelas. Eles foram a única solução possível, por alguns meses, para a aproximação e o contato dos residentes com o mundo externo, na tentativa de aplacar a saudade e o isolamento. Durante meses, o celular era por onde eram contadas e mostradas cenas dos vários cotidianos: netos fazendo dever de casa, filha fazendo bolo, neto trabalhando de home office, avó residente fazendo atividades em seu quarto. Nada bastava, no entanto. Afinal, precisávamos reinventar a ideia de visitas, de encontros. Ainda estávamos num mundo sem vacinas para a Covid-19.

Os primeiros tempos foram de aceitação total das famílias, dos amigos e dos residentes, todos apavorados com as notícias. Recebíamos bolos, lanches, mensagens de força, doação de máscaras de pano. Contudo, o período de clausura se arrastou por tempo demais e a tristeza e a saudade ficavam evidentes no rosto e nas falas dos residentes. A insegurança era crescente, assim como as notícias de mortes no mundo extramuros, entre eles familiares tanto de residentes como de colaboradores.

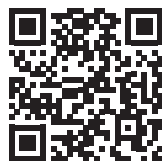
Naquele cenário de horror, as manifestações de suporte iniciais recebidas da rede sociofamiliar dos moradores foram dando lugar à revolta contra as medidas sanitárias que passaram a ser rotuladas como desumanas e desmensuradas. Crescia o medo de que os pais, tios, avós morressem de outras doenças, de tristeza, e o pior, sem a presença, sem um último beijo de seus entes queridos. Momentos de muita tensão, cheios de medo e de saudade, incrementados por um tempo alongado de isolamento forçado pela violência da pandemia em nosso país, em nossa cidade.

Mas, numa tarde, em maio de 2020, ao levar medicações para sua esposa residente na ILPI, um senhor de 80 anos combinou com a equipe de dar um olá para sua companheira: ele do pátio, ela da janela de seu quarto. Com o suporte da equipe de enfermagem e de cuidado-

res, a ideia foi colocada em prática com sucesso, pois a Senhora M. é portadora de doença de Alzheimer e tem limitações motoras, de equilíbrio e força. Viram-se, acenaram, mandaram beijos e fizeram juras de amor. E ele comentou: “Estou me sentindo o Romeu de Shakespeare”.

### VISITA E PROJETO ROMEU E JULIETA

Assim, nasceu o *Projeto Romeu e Julieta* – graças à arquitetura da Vila do Sol, que fica num prédio de cinco andares, com uma grande varanda no segundo andar e um grande pátio no andar térreo. Graças ao amor de um marido saudoso e a uma equipe afinada e solidária com a dor do outro, graças ao encontro continuado e à escuta ativa foi possível o estabelecimento da visita presencial. Mesmo que à distância e respeitando todos os protocolos (nacionais e locais) de prevenção do espalhamento do vírus, emitidos pelas autoridades sanitárias e de direito, a modalidade Romeu e Julieta nunca mais foi suspensa. Não havia contato físico, nem sequer aproximação, pois a distância entre varanda e pátio é de cerca de 4 metros. Foi possível, então, seguir com visitas presenciais. Não precisamos romper totalmente com as visitas; foi estabelecido um período diário (entre 13h e 18h), onde familiares e amigos dos residentes poderiam ir à ILPI. Essa modalidade de visita, percebida pela rede sociofamiliar de uma residente e incentivada pela equipe de cuidadores, entrou no repertório de visitas da Vila envolvendo todos os membros de sua equipe interdisciplinar. Como o espaço é amplo e totalmente ao ar livre, salvo pela cobertura da varanda do segundo andar que possibilita a manutenção da visita mesmo em dias de chuva, não se faz necessário o agendamento prévio. Contudo, os protocolos sanitários de prevenção de espalhamento do vírus devem ser seguidos (não devem ir à ILPI membros das equipes ou rede sociofamiliar com sintomas gripais compatíveis com Covid-19 ou influenza ou com teste positivo para as referidas patologias, entre tantos outros preconizados pelas entidades competentes).



Para saber a conduta adotada pela autora, acesse o QR code ao lado e assista ao vídeo.

# 2

**Roberta A. Caliari** – Psicóloga com especialização em gerontologia pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein e formação na abordagem centrada na pessoa pelo Instituto Areté; professora de pós-graduação em módulos de psicologia e envelhecimento; fundadora do projeto CêTenta+.

Um assunto óbvio, frequente e certo para todas as famílias, mas tão delicado de tratar em nossas relações: as consequências financeiras da morte.

A cultura brasileira ainda não é preparada para falar sobre aspectos da morte como um processo natural. Em razão disso, ela tende a ser tabu ou quiçá uma palavra que se evita pronunciar para não atraí-la. Porém, apesar da compreensão em relação aos receios, deixar de abordar a morte pode trazer consequências difíceis quando o luto aparecer.

Tratar sobre assuntos complexos e difíceis requer sabedoria, equilíbrio e desejo para estabelecer acordos, mas como manter o centro quando a morte acabou de surgir? É compreensível algumas pessoas estarem à flor da pele, perdidas, confusas. É tempo de luto. E, no que tange ao luto, passar por tristeza, saudade, barganha, raiva, negação faz parte. Procurar uma dor concreta, muitas vezes na tentativa de sanar ou tampar a dor maior, também acontece. Trocar a dor da perda pela decepção com o outro, bem como ter o que disputar para tentar vencer parece ser constante ocorrência.

E é sobre esse momento que quero compartilhar algumas situações reais de cônjuges de pessoas falecidas, e mais especificamente abordar sobre pessoas viúvas idosas. Nesse momento em que a fragilidade está dada, o caminho mais acolhedor poderia ser a união, a troca de afeto e a consideração entre e dos familiares. Esse é o caminho ideal, mas não parece ser o caminho real para muitas famílias. Com frequência, diante da morte de uma pessoa significativa a família começa a disputar. Parece que a largada é dada com a notícia do óbito, e o cerne das relações humanas se torna a relação financeira. Identificar os interesses, respeitar as vontades e estabelecer acordos saudáveis nesse momento fica difícil e o caminho das relações parece encontrar uma bifurca-

ção entre o que foi até ali e a nova configuração das relações pautada nas condições financeiras.

## QUEIXAS

Desconsideração da família.

## IDENTIFICAÇÃO

Pessoas idosas recém-viúvas vivendo o luto e precisando viver a disputa financeira.

## DESCRIÇÃO DOS CASOS

O descaso, a desconsideração, a anulação e a retirada de autonomia em relação à pessoa idosa viúva aparecem e, muitas vezes, sem a percepção ou intenção da pessoa que faz. Há de tudo um pouco: filhos disputando os bens, desejando vender o carro, verificando conta bancária, olhando a carteira da pessoa falecida, discussões e brigas na frente da pessoa viúva como se ela não estivesse presente. O esquecimento sobre o que é importante para a pessoa viúva paira.

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Sentimento de inutilidade e peso para a família, humor deprimido, vontade de morrer no lugar ou junto com a pessoa que partiu.

## PERGUNTAS

Como manter o centro quando a morte acabou de surgir? Como enfrentar esse momento difícil e ao mesmo tempo cuidar das questões burocráticas com prazos?



Para saber a conduta adotada pelo autor, acesse o QR code ao lado e assista ao vídeo.

➡ POR DIEGO FÉLIX MIGUEL

Graduado em artes visuais pela Faculdade Paulista de Artes; especialista em linguagens da arte pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo; mestre em filosofia pelo Programa de Pós-Graduação em Estudos Culturais da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP); doutorando em saúde pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Imagens: divulgação



**MEU AMOR: SEIS HISTÓRIAS DE AMOR VERDADEIRO** – Série

Essa série americana compartilha a história de seis casais idosos em diferentes países em seus contextos culturais. É uma obra interessante para exemplificar as questões inerentes das determinantes sociais do envelhecimento ativo em relação a cultura e gênero, como enfatizado pela Organização Mundial da Saúde no documento *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde* (2005), no qual a compreensão dos aspectos socioculturais é relevante para refletirmos sobre as condições postas socialmente para o envelhecimento e velhice. No quinto episódio, é apresentada a história de amor de Nilcinha e Jurema, um casal que vive junto há 43 anos e constituiu uma grande família na favela da Rocinha (RJ). Essa história, exposta com muita sensibilidade, aborda questões que envolvem moradia, rede de suporte social, relações familiares, acesso à saúde, condições de trabalho, aposentadoria, religião e projetos de vida, em um contexto tão próximo de nós mas que muitas vezes é invisibilizado por causa dos preconceitos, que condicionam muitas realidades de velhices à marginalidade.



**AMOR E SORTE** – Série

Sei que não aguentamos mais falar sobre Covid-19, mas essa série produzida em 2020 traz histórias interessantes sobre esse novo contexto que vivenciamos. Recomendo o primeiro episódio, estrelado por Fernanda Montenegro e Fernanda Torres, mãe e filha na vida real e na ficção, que apresenta uma história permeada por aspectos que vivenciamos em nossa prática profissional: os mitos e estereótipos da velhice, a autonomia e independência das pessoas idosas e as relações familiares diante dos desafios impostos pela pandemia, como o isolamento social. Esse episódio foi realizado em família e nos permite refletir sobre a resignificação do trabalho neste momento tão desafiador que vivemos e sobre a riqueza das trocas de experiência e conhecimento entre as gerações – na prática, o que vislumbramos quando falamos de relações intergeracionais. Devido ao sucesso, mãe e filha lançaram um filme, ainda em 2020: *Gilda, Lúcia e o Bode*, uma continuação bem interessante da história, trazendo conflitos comuns à crise econômica e as relações de pais e filhos, quando eles voltam a morar juntos.



### **FALAS DE ORGULHO** – Documentário

O documentário foi lançado em 28 de junho de 2021, em celebração ao Dia do Orgulho LGBTQIA+, data internacional marcada pela revolta de Stonewall (1969), que celebra a resistência e a visibilidade das questões que envolvem a comunidade LGBTQIA+, em virtude do preconceito e discriminação que ferem seus direitos.

Sem dúvida, as questões de gênero e orientação sexual que transgridem as normas hegemônicas que determinam o padrão heterossexual e cisgênero são aspectos importantes no processo de envelhecimento e na velhice, considerando que a vulnerabilidade social imposta por uma cultura machista e LGBTfóbica implica diretamente nas formas de acesso a saúde, educação, trabalho e tantas outras necessidades básicas.

*Falas de Orgulho* apresenta histórias de superação que infelizmente nem todas as pessoas LGBTQIA+ conseguem vivenciar, mas nos aproximam de realidades com especificidades que muitas vezes não queremos considerar.

Vale destacar a história de amor das senhoras Ângela e Wilmann, que acende uma faísca de esperança em relação à resistência das pessoas LGBTQIA+ e dos movimentos sociais, fundamentais para a mudança de paradigmas, onde todos possam ter a garantia de um envelhecimento digno e uma velhice ativa e segura.



### **GERONTOPHILIA** – Filme

É um filme canadense de 2013, polêmico e muito interessante para a compreensão de questões que envolvem a sexualidade – em seu conceito ampliado, que, muito além do ato sexual, está ligado às relações afetivas, românticas, ao autoconhecimento, à sinestesia e ao erotismo.

É uma obra que, com um estranhamento inerente, nos faz refletir e desmascara o moralismo que permeia questões do envelhecimento e velhice e nos condiciona a reproduzir padrões que nem sempre atendem as realidades das pessoas idosas.

A história do filme se contrapõe ao tradicional relacionamento romântico e sexual que é geralmente apresentado. *Gerontophilia* traz as possibilidades da vivência da sexualidade entre pessoas de gerações distintas, um jovem e um homem idoso, numa trama que transita entre várias questões que envolvem nossa sensibilidade, aspecto importante para atuarmos na gerontologia e com pessoas idosas: o cuidado e o autocuidado, a institucionalização, a autonomia e a independência, a desmistificação da sexualidade na velhice e os projetos de vida. Ouso dizer que é um filme que também ilustra o que entendemos por geratividade: o legado que as pessoas mais velhas deixam para as gerações mais novas, nos inspirando por meio de suas histórias e experiências.

29 e 30 setembro | 01 outubro  
2022



**GERO** • 2022  
SG HCFMUSP



## TEMA CENTRAL

**Congresso GERO 2022: O encontro das especialidades.  
O envelhecimento conectando as diversas áreas do cuidado.**

# BEM-VINDOS AO CONGRESSO GERO 2022



Abordaremos a evolução do conhecimento em geriatria e gerontologia de uma maneira interdisciplinar. A inserção do envelhecimento na rotina de outras especialidades e a aproximação dos diversos profissionais visando a melhoria dos cuidados em saúde, juntamente com muito conteúdo científico e atualizações, são os principais motivos para promover a realização do Congresso **GERO 2022**.

Devido a maior abrangência do nosso público e às necessidades de cuidados para garantir a segurança de todos no momento atual, a Comissão Científica do **GERO 2022** tomou a decisão de manter o evento na forma on-line.

Ao participar dos nossos módulos, você terá a oportunidade de adquirir e/ou aprofundar os conhecimentos em Geriatria e Gerontologia juntando os aspectos científicos e éticos à necessária praticidade do saber o que fazer.

Convidamos você a vivenciar conosco esse aprendizado inovador no **GERO 2022**, com o intuito de conhecer, discutir e refletir sobre tópicos fundamentais para todos os que se envolvem no cuidado às pessoas que envelhecem.


Grande abraço!  
*Wilson Jacob Filho*

### DIFERENCIAIS


- + 30 dias para ver e rever todo o conteúdo;
- + Atualização científica dos temas relevantes nas áreas de Geriatria e Gerontologia;
- + Interação com os palestrantes renomados por meio do chat da transmissão.

### NOVIDADES

**GEROEVIDÊNCIAS:** Dois especialistas irão resumir os principais destaques científicos da nossa área no último ano.

 **Inscreva-se:**  
[congressogerousp.com.br](http://congressogerousp.com.br)

 **Dúvidas:**  
(11) 97291-3880  
[inscricao@medicinecursos.com.br](mailto:inscricao@medicinecursos.com.br)

 **Siga-nos nas redes sociais:**  
[@congressogero](https://www.instagram.com/congressogero)

Realização:   
Instituto Central  
HCFMUSP

Organização:   
Medicine  
Eventos

# Extima

BODYBALANCE®  
Always in Shape

**SUPLEMENTO ALIMENTAR  
DE COLÁGENO + BCAA +  
VITAMINAS + MAGNÉSIO EM PÓ**

A FORÇA **PIONEIRA** QUE  
AUXILIA NA FORMAÇÃO  
DE **MÚSCULOS**<sup>1,2</sup>

**FORMULAÇÃO EXCLUSIVA\*  
COM PEPTÍDEOS BIOATIVOS  
DE ALTO DESEMPENHO:**

+ Antioxidantes      + BCAA  
+ Vitamina D        + Magnésio

**ESTUDO CLÍNICO COMPROVA:**

- Aumento de massa magra corporal<sup>1</sup>
- Aumento da força muscular<sup>1</sup>
- Diminuição da gordura corporal<sup>1</sup>



Valor  
fixo da  
unidade\*

R\$

**150,00**

Apresentação  
em sachê

R\$

**199,00**



**NOVOS SABORES:**  
CHOCOLATE E BANANA

**NOVA FORMULAÇÃO\*\***  
+ LEUCINA + MAGNÉSIO

**BODYBALANCE®**  
Always in Shape

\*Quando comparada à quantidade de leucina e magnésio.

\*\* Disponível em todos os sabores.



COM O PROGRAMA DE DESCONTO SOU MAIS VIDA, O SEU EXTIMA FICA MAIS ACESSÍVEL!  
LATA - R\$ 150,00  
SACHÊ - R\$ 199,00

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. ZDZIEBLIK D, OESSER S, BAUMSTARK MW, ET AL. COLLAGEN PEPTIDE SUPPLEMENTATION IN COMBINATION WITH RESISTANCE TRAINING IMPROVES BODY COMPOSITION AND INCREASES MUSCLE STRENGTH IN ELDERLY SARCOPENIC MEN: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. BRITISH JOURNAL OF NUTRITION. 2016;1:1-9.  
2. BOYADJIEV N, SPASSO L. PROTEIN SUPPLEMENTATION IMPROVES RESULTS OF REHABILITATION FOLLOWING KNEE ARTHROSCOPIC SURGERY IN COMPETITIVE SOCCER PLAYERS. KINESIOLOGY. 2004;36(1):15-23.

