



EM MOVIMENTO
IDEIAS E RECURSOS PARA
O PACIENTE E PARA O CUIDADOR

RADAR
LANÇAMENTOS E NOTÍCIAS
DO MERCADO DE SAÚDE



MERCADO
MERCADO IMOBILIÁRIO
DE OLHO NO PÚBLICO SÊNIOR

ano V • edição 27
fev/mar/abr 2018



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

FEBRE AMARELA

Entenda como ela afeta seu paciente
e o que fazer para prevenir e tratar

SBGG-SP HOJE

Dislipidemia: o que mudou?

COLÓQUIO

A antropóloga Andrea Lopes reflete
sobre a velhice contemporânea



Apsen

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



6 Colóquio

Pensando a velhice contemporânea:
um bate-papo com a antropóloga **Andrea Lopes**

10 Quem faz

Profissionais que fazem a diferença no envelhecimento

12 FYI

Uma seleção de estudos sobre geriatria e gerontologia
nos periódicos nacionais e internacionais

14 Capa

Cuidados com o idoso em tempos de febre amarela

20 Nutrição

A importância da nutrição enriquecida com prolina
e arginina para a cicatrização e o tratamento de feridas
Adriano Antonio Mehl



26 Oftalmogeriatría

Como identificar alterações visuais nos idosos –
insights sobre oftalmogeriatría **Marcela Cypel**

30 SBGG-SP Hoje

Dislipidemia: o que mudou?
Amanda Santoro e Luciana Zimmermann



32 Educação

Conheça o Avante Helping Care,
uma iniciativa do Gruppo Toniolo e da Nestlé Health Science

35 Mercado

De olho no público sênior, o mercado imobiliário repensa seus projetos

38 Em movimento

Ideias e recursos para o paciente e para o cuidador

40 Radar

Lançamentos e notícias do mercado de saúde

42 Programe-se

Anote na agenda: simpósios, congressos e workshops



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

GERIATRIA

Editor clínico:

Paulo Renato Canineu

Conselho editorial:

Claudia Burlá
Clineu de Mello Almada Filho
Cybelle Maria Costa Diniz
Eduardo Ferriolli
Elisa Franco de Assis Costa
Elizabeth Viana de Freitas
Emilio Hideyuki Moriguchi
Eurico T. De Carvalho Filho
Fânia Cristina dos Santos
Hercílio Hoepfner Jr.
João Carlos Barbosa Machado
João Senger
João Toniolo Neto
Julio César Moriguti
Mauricio de Miranda Ventura
Maysa Seabra Cendoroglo
Milton Luiz Gorzoni
Naira H. Salles de Lima Hojaij
Nereida Kilza da Costa Lima
Omar Jaluul

Renato Gorga Bandeira de Mello
Renato Maia Guimarães
Renato Moraes Alves Fabbri
Renato Peixoto Veras
Roberto Dischinger Miranda
Rubens de Fraga Jr.
Sami Liberman
Vitor Last Pintarelli
Wilson Jacob Filho
Yukio Moriguchi

Colaboradores:

Alexandre Leopold Busse
Amanda Aranha
André Kayano
André Pernambuco
Berenice Werle
Bibiana Povinelli
Carlos André Uehara
Eduardo Canteiro Cruz
Felix Martiniano M. Filho
Ianna Lacerda Sampaio Braga
Lara Miguel Quirino Araújo
Lilian Faria
Lilian Schafirovits Morillo

Luciana Farias
Luiz Antonio Gil Jr.
Maise Kairalla
Marcelo Valente
Rodrigo Demarch
Rodrigo Flora
Sumika Mori Lin
Thiago Avelino
Venceslau Coelho

GERONTOLOGIA

Editora clínica:

Naira Dutra Lemos

Conselho editorial:

Adriana Keller Coelho
Alexandre Leopold Busse
Anita Liberalesso Neri
Claudia Fló
Elaine Rodrigues da M. Baptista
Eliane Jost Blessmann
Eloisa Adler Scharfstein
Fábio Falcão de Carvalho
Fernanda Varkala Lanuez
João Marcos Domingues Dias

Johannes Doll
Jordelina Schier
Jussara Rauth
Laura Mello Machado
Leani Souza Máximo Pereira
Leila Auxiliadora J. de Sant'Ana
Leonor Campos Mauad
Ligia Py
Maria Angelica S. Sanchez
Maria Claudia M. Borges
Mariela Besse
Marisa Accioly Domingues
Monica Rodrigues Perracini
Myrian Spinola Najas
Rita de Cássia Guedes
Sabrina Michels Muchale
Sandra Regina Gomes
Sonia Lima Medeiros
Telma de Almeida B. Mendes
Tereza Bilton
Túlia Fernanda Meira Garcia
Valmari Cristina Aranha
Viviane Lemos Silva Fernandes
Wilson Jacob Filho
Zally P. Vasconcelos Queiroz

Aptare
CONSELHO E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Edição

Lilian Liang

Projeto gráfico e direção de arte

Luciana Cury

Revisão

Patrícia Villas Bôas Cueva

Marketing e comercial

Debora Alves

Pré-impressão e impressão

Leograf Gráfica e Editora

Tiragem

12.500 exemplares

Imagem de capa

Fotolia

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: Ruth Bellinghini e Silvia Regina Sousa (texto); Adriano Mehl, Amanda Santoro, Luciana Zimmermann e Marcela Cypel (artigo)


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.

 **DÍNAMO EDITORA**

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

Realidades individuais

 **É** uma satisfação imensa ver como a área do envelhecimento vem ganhando corpo no Brasil. Se há cinco anos o tema era abordado com timidez na grande imprensa, hoje já temos até programas dedicados exclusivamente às questões da terceira idade. Essa visibilidade foi conquistada a duras penas, por profissionais que muitas vezes se dedicaram a vida inteira a estudar a velhice como uma fase que pode, sim, ser muito rica, produtiva e interessante.

Essa minha satisfação, no entanto, vem acompanhada de uma certa preocupação. Ao massificar um tema, muitas vezes acabamos despindo-o de sua tridimensionalidade. Tende-se a simplificá-lo, e a velhice, uma fase que começa oficialmente aos 60 anos e se estende até o final da vida, perde suas nuances. Passamos a criar modelos ideais para esse período. Os veículos não se cansam de produzir matérias sobre o idoso que faz escadarias, vai para o baile todos os dias, tem uma vida sexual de fazer inveja e um trabalho cheio de significado.

Esse modelo é ruim? Claro que não! Só precisamos ter o cuidado para não transformá-lo no único modelo possível e celebrar a velhice em todas as suas formas e tamanhos. É preciso respeitar a individualidade e o contexto do idoso – é isso que torna essa fase tão especial. É nela que vemos o resultado de tudo o que

vivemos. Nossas rugas são as marcas de nossas experiências e crescimento.

Digo isso porque envelhecemos da mesma maneira que vivemos. Se uma pessoa não gosta de ir a bailes, é muito difícil esperar que ela comece a frequentá-los na terceira idade. Mas existem outras maneiras para que ela se socialize e tenha um círculo de amigos. É uma questão de entender quem é aquele idoso e encontrar o que funciona para ele efetivamente.

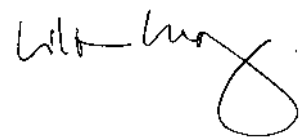
O trabalho 50+ também vem sofrendo com a criação de um modelo único. Sabemos que o mercado de trabalho fica mais difícil à medida que envelhecemos. Mas, como diz a antropóloga Andrea Lopes, entrevistada desta edição, é leviano apresentar o empreendedorismo como uma saída simples e óbvia – afinal, nem todos nasceram para empreender. O mesmo vale para a ideia de que todos terão duas ou três carreiras ao longo da vida. E aquele idoso que foi pedreiro a vida inteira? Como exigir que ele mude de carreira aos 70 anos, se esse é o único ofício que ele exerceu a vida toda? Empreendedorismo e novas carreiras valem para uma parcela específica da população idosa. É muito perigoso criarmos modelos únicos para situações com tantas variáveis.

O conceito de *cobousing* também vem angariando adeptos. É uma alternativa interessante, mas que vem sendo divulgada

como o futuro da moradia para idosos. No entanto, como bem notou uma amiga, “o *cobousing* agora vem sendo apresentado como a solução de todos os problemas de moradia de quem envelhece. Mas eu não morei em república nem quando era jovem, quanto mais na velhice!”.

A longevidade no Brasil gera cada vez mais interesse, e não apenas da comunidade científica. Empreendedores, empresários, estudantes, investidores, marqueteiros e curiosos encontraram um território vibrante e repleto de oportunidades. E tudo isso é bom porque, quanto mais cabeças estiverem pensando sobre o assunto, mais ideias e soluções teremos para esse mercado. Mas, para promover um crescimento coerente e consciente e criar mecanismos que de fato façam diferença, é preciso atentar para a heterogeneidade desse público. É preciso fugir dos modelos prontos e entender a individualidade do idoso, construída ao longo de tantas décadas e que deve, portanto, ser respeitada e celebrada por aqueles que se dispõem a acolhê-lo.

Boa leitura!



Lilian Liang
Editora



Andrea Lopes

Professora doutora da Universidade de São Paulo, na Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), no curso de graduação e pós-graduação em gerontologia

Velhices diversas

Por Lilian Liang

Andrea Lopes era adolescente quando sua avó a chamou para dividir um segredo: “Quando eu morrer, quero ser velada aqui na sala e quero que vocês façam um cortejo para mim até o cemitério”.

Andrea tinha uma profunda admiração pela avó, uma mulher analfabeta, da zona rural, que tinha tido 11 filhos, mas que era extremamente avançada para a época. Ela conta que, ao ouvir esse pedido, primeiro se sentiu especial por ter sido escolhida entre tantos outros netos. Depois se deu conta do tamanho do pedido. “Como convencer dez tios a fazer algo que não existia mais no planeta Terra? E minha avó era meio obesa, seria difícil carregar, o cemitério era longe”, conta. “Essa responsabilidade foi muito impactante para mim.”

Esse episódio aconteceu quando Andrea cursava a Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Foi durante o curso que teve sua

primeira experiência profissional com a terceira idade, como estagiária do Fundo Social da Solidariedade, num projeto chamado “Arte e Memória Cultural”, cuja proposta era levar idosos da comunidade em grupos organizados para conhecer lugares-chave da cidade de São Paulo. Depois ela coletava as memórias e falava da cidade a partir de anônimos.

Dessa vivência, um dia ficou marcado em sua memória. “Levamos um grupo para conhecer a Casa das Rosas e um idoso se recusou a entrar. Ficou lá, na calçada. Conseguimos trazê-lo até o banco da Casa das Rosas e, depois de termos levado o grupo para conhecer o lugar, perguntamos: ‘O senhor está bem? O que aconteceu?’”, conta.

“Ele respondeu: ‘Quando eu era criança, meu pai era leiteiro, e eu vinha entregar leite lá do outro lado da Paulista. Tudo isso aqui era rosa, era lindo. Então, toda vez que eu parava com a minha bicicletinha lá, eu pensava: O que será que tem lá dentro? Como

deve ser a vida lá dentro?’. Era um palácio e o jardim era bellissimo. Um dia saiu um carro com umas meninas, elas me deram tchau. Foi o êxtase para mim... E você quer que eu mate toda essa memória? Eu não vou entrar e desfazer essa memória. É ela que eu quero ter para mim’.”

O pedido de sua avó e a experiência com os idosos no projeto foram como a colisão de dois universos. “Eu percebi que, enquanto aqueles idosos de vários grupos organizados da década de 1990 iam conhecer a cidade e falar sobre ela, minha avó estava lá na periferia, sem poder sair por causa de um AVC, me fazendo aquele pedido”, lembra.

Essa heterogeneidade e os mundos tão diferentes da velhice foram a porta de entrada de Andrea para o estudo do envelhecimento. Mergulhou de cabeça, pesquisando e refletindo sobre o tema com nomes do calibre de Guita Gin Debert e Anita Nery, ambas da Unicamp. “Eu tinha uma ânsia muito grande de mudar o mundo, como qual-

quer jovem, então para mim essas mulheres eram a personificação dessa possibilidade”, relata.

Andrea construiu uma carreira sólida, com temporadas nos EUA, na Alemanha e no Japão. Seu trabalho de mestrado foi um estudo sobre a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e sua contribuição para a formação do idoso como ator político relevante na segunda metade do século XX.

Hoje ela é uma das principais figuras à frente dos cursos de graduação e pós-graduação em gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Foi na biblioteca do campus leste da USP que nos encontramos para a entrevista abaixo. Confira os principais trechos da conversa.

Aptare – Você vem acompanhando o envelhecimento no Brasil já há algum tempo, desde a época da graduação. Estamos seguindo por um bom caminho?

Andrea – Olhando em perspectiva com o nosso passado,

estamos mais equipados – temos políticas interessantes que protegem, viabilizam, asseguram direitos... Mas o que ainda não notamos é que precisamos investir no processo, porque envelhecimento é diferente de velhice. Na perspectiva antropológica, e gerontológica também, o envelhecimento é um processo de natureza biopsicossocial, um conjunto de perdas e ganhos que se dá desde o começo da vida até a morte. Envelhecer é uma etapa – na antropologia, falamos que é uma categoria socialmente construída de natureza etária, nós é que inventamos uma data para começar. Outras culturas têm outros critérios, que não são etários. Por ser um processo, vamos chegar à velhice conforme o que construímos ao longo da vida. Se a pessoa tem uma péssima higiene bucal porque não tem acesso a um bom dentista, a bons produtos, é óbvio que terá prejuízos muito maiores, até antes da hora. Precisamos dar esse passo: começar a pensar no processo.

E, assim como pensar no processo é importante, é fundamental levar em conta sua heterogeneidade. Um exemplo que deixa isso muito claro é o engajamento social na velhice. Quem está tendo oportunidade de se engajar? Eu estou trabalhando agora para a minha livre-docência. Internacionalmente, se você

seguir a internet, tem todo um movimento que eu chamo de *pro-age*. “Tem que usar cabelo branco, cabelo branco é lindo, estar na velhice é a coisa mais moderna que existe...”, mas para quem? Você tem que ter recurso, tem que ter acesso, tem que falar inglês... Eu fico muito temerosa, temos escrito bastante sobre isso... Quais são as oportunidades de engajamento? Sempre digo aos meus alunos que, para estudar envelhecimento e velhice, é preciso ter uma terceira visão, porque o envelhecimento é completamente heterogêneo. Você pode ter no seu equipamento um neto de 60, um pai de 80 e um avô de 100 anos. São três gerações completamente diferentes. Acho que é muito complexo ter receitas, mas, se tivermos que falar de uma, que seja investir no processo.

Aptare – Hoje as questões que cercam o envelhecimento estão muito mais definidas, a ponto de o Reino Unido criar um Ministério da Solidão, por exemplo. O que acha disso?

Andrea – Quando você cria um ministério, você está dizendo: “O problema existe”. Isso é bom, mas não pode parar aí. Temos que investigar quais são as causas, quais são as soluções, e com os idosos, não para eles. São inúmeras as possibilidades de se viver na velhice – e isolamento e solidão podem ser conceitos subjetivos. Há mo-

mentos da vida em que não queremos nos relacionar, enquanto em outros estamos sedentes por relações. Por isso, não pode ser algo mandatório, ditatorial... Deve ser uma opção. Temos que estimular opções e estimular que as pessoas exerçam a autonomia de fazer boas escolhas. E isso tem de ser supervisionado de uma certa maneira, não adianta abrir uma portinha e dizer: “Todos os idosos vão para lá”.

Aptare – Como antropóloga, você acha que a idade é um bom marcador para a velhice?

Andrea – Ainda somos muito marcadamente organizados pela idade cronológica. O século XX elege a idade cronológica como critério de organização social em detrimento do sangue, do sobrenome e de outros critérios que a sociedade ocidental captou para si. Acho que a idade cronológica está vencida como critério, até como critério para organização de direitos. Então hoje a idade organiza quem pode ou não ter determinados direitos na velhice. Mas existe um critério fundante, que é: que outros critérios sociais vamos adotar, inventar, criar, acordar que consigam suplantarem os limites e as misérias de termos apenas a idade cronológica? Quando você vai pegar transporte público, existe o banco reservado para idosos. Qual é a imagem que

se tem da pessoa? Supostamente é o idoso com uma bengalhinha... Qualquer um poderia estar com a bengalhinha assim. Esses símbolos que estão em torno desse suposto critério organizador da idade ainda acabam arrastando essa ideia de que idade ou velhice é igual à decadência, marginalização, depreciação... A pobreza é nossa, não dos idosos. A gente é pobre, a gente é pouco criativo. Existe essa crise identitária dessa geração. Você não dá lugar porque é um direito dele, você dá lugar porque ele, coitadinho, vai cair. E aí, ao mesmo tempo em que você dá lugar, ele – o idoso – está pensando: “Pô, gatinha, eu sou seu vovozinho”, porque ele quer te paquerar, ele tem desejo. Então eu acho que estruturalmente a gente tem que pensar em novos critérios de organização social, porque a gente vai ter – já temos – muitas gerações vivendo juntas.

Aptare – Como transformar a percepção de velhice sinônimo de declínio em sinônimo de autonomia e independência? A antropóloga Miriam Goldenberg diz que muitas mulheres enxergam a terceira idade como uma idade libertadora. Como você vê isso?

Andrea – Acho que isso é próprio dessa atual geração, que ficou casada com o mesmo homem a vida inteira e

teve que viver aquele papel de submissão em geral, casamentos muito longevos, em que a mulher tinha um papel muito definido de cuidadora. Para essa geração isso faz muito sentido, mas eu já não consigo perceber isso na população que chega hoje aos 50 anos, que é o meu caso. É completamente diferente... Por isso eu digo que temos que estar sempre atentos quando se faz gerontologia, porque os contextos socioculturais definem papéis, valores, comportamentos, atitudes, e às vezes os desencontros estão aí. Então essas mulheres dessa geração que hoje têm 70, 80 anos veem, sim, como uma libertação. Vemos um movimento delas ocupando o espaço público e os homens voltando para o espaço privado com a aposentadoria. Quando fui estudar no Japão, tinha uma idosa felicíssima porque pela primeira vez ela havia sido chamada na comunidade pelo primeiro nome dela, porque ela era a fulana do grupo da terceira idade. Antes ela era a senhora Ioshikawa, a senhora de alguém. Estamos vivendo uma revolução de papéis femininos que vai desencadear numa mudança de perspectiva das próximas gerações de velhos. Minha sogra, por exemplo, que hoje tem 60 e poucos anos, foi executiva a vida toda, é uma

“
Precisamos começar a pensar como a união do que sabemos vai resolver a complexidade do cuidado do idoso.”

idosa diferente da minha mãe, de 70.

Aptare – Essa mudança de perspectiva é geral?

Andrea – Acho que estamos no limiar de uma passagem de geração dos *baby boomers*. É uma geração que vem com outra perspectiva de autonomia e liberdade, valores que são construídos ao longo do tempo. Eu sou sempre muito empática com esses novos movimentos, acho que eles revelam desejos que muitas vezes eram sucumbidos. Mas, como alguém que estuda gerontologia e forma gestores, é preciso estar atento à heterogeneidade da velhice. Falamos sempre de um modelo de idoso ativo. Eu tinha uma conhecida de mais de 80 anos que adorava viajar, era diretora aposentada, tinha dinheiro... Aí ela foi envelhecendo e chegou um momento das viagens do grupo em que ela não conseguia mais carregar as malas. E aquele grupo, que tinha pessoas de várias idades, começou a achá-la um fardo, um estorvo. Ela

parou de ir. Como nos preparar para isso? Vamos criando um modelinho que é bacana na velhice – o conceito de terceira idade marca muito isso: tudo lindo, tudo fantástico e maravilhoso. Mas existem perdas também. Inúmeras. E percebemos que quando eles começam a viver as perdas eles vão embora. Eles não querem mostrar que estão perdendo, não querem mostrar que estão doentes, começar a ter que usar bengala... Então, estamos falando de verdade da velhice, como conjunto de perdas e ganhos? Estamos, de verdade, olhando a realidade humana ou estamos criando mais um modelinho? Novos modelos e velhos preconceitos é um tema que eu venho discutindo muito.

Aptare – O trabalho é uma questão que vem sendo muito discutida no âmbito do envelhecimento, principalmente com a reforma da Previdência. Como você avalia a importância do trabalho e sua reformulação, nesse contexto?

Andrea – Quando pensamos no mundo do trabalho, acho que estamos repensando a ideia de ocupação humana, tentando reconstruir como o homem se ocupa, qual é a centralidade que isso pode ter e quais as várias maneiras que a ocupação humana pode trazer sentido para a vida das pessoas. De certa forma, as ocupações já estão diferentes. Hoje há um aumento do trabalho intelectual, por exemplo. Eu sou de uma família da zona rural, operária, então quando eu comecei a fazer mestrado e doutorado era muito traumático ouvir dos meus parentes: “Você ainda está estudando? Você vai viver nas costas do seu pai até quando? Você só pensa em estudar?”, porque eles não tinham essa ideia do trabalho intelectual. Ele era menor, desprezível. Além dessa mudança, tem a atual geração, que não vê o trabalho como algo central e tem essa ilusão do empreendedorismo. Eu não gosto do discurso que diz: “Você tem que empreender na velhice”. O indivíduo foi bancário a vida inteira e ouve: “Compre uma chácara e vai fazer orgânicos”. Ele fazia a unha porque era bancário, vai colocar a mão em sujeira para fazer esterco? Não vai. Isso me deixa muito brava. A mudança na Previdência é

outra questão que me preocupa. Como arranjar emprego para essa população tão grande e que às vezes não está atualizada com novas coisas? Eu não sei se o problema está no mercado, com os idosos ou em quem faz esse casamento. Eu tenho uma ex-aluna que é coach de pessoas velhas. Eu a encontrei na semana passada e ela me contou que recolocou um idoso que tinha 81 anos, com um ótimo salário mensal. Era um grande executivo que queria continuar trabalhando, estava deprimidíssimo, se achava um inútil. Ela fez um trabalho de coaching com ele e conseguiu recolocá-lo na concorrência, ganhando muito bem, obrigada.

No Japão, as pessoas têm aposentadoria progressiva. Dos 60 aos 65 anos, o funcionário diminui progressivamente o seu horário de trabalho e vai investindo em algum hobby, e passa a treinar os mais jovens sobre a sua função. Assim, existe um período de transição, de preparação, que é fundamental para o indivíduo se entender, porque ele vai ficar quase 40 anos nessa condição. Por exemplo, o meu chefe, quando eu morava lá, tinha passado pela aposentadoria progressiva e tinha aberto uma adega de vinho. Quando ele estava pegando no breu, ele foi contratado, porque o setor

estava um caos. Assim, não adianta ter muito conhecimento, é preciso saber o que fazer com ele.

Acho que não temos boas estratégias e precisamos quebrar a cabeça com os idosos, especialmente em relação a pensar o mundo das ocupações. Precisamos nos reinventar.

Aptare – Por ser um fenômeno recente, toda novidade que aparece no envelhecimento passa a ser considerada como solução, ao invés de uma opção. O que você acha disso?

Andrea – A velhice é heterogênea. Nós somos heterogêneos. Então, quanto mais multiplicarmos as opções, mais potentes as pessoas serão para fazer escolhas. Mas em um país como o nosso é preciso pensar em igualdade. Quando pensamos em compartilhar e colaborar, estamos pensando em diversidade, em diferenças, e não pensar nela é a coisa mais burra do mundo. Nós somos únicos, nós temos relações o tempo inteiro que nos fazem diferentes. Essa é a base do humano.

Aptare – Como você vê a formação dos profissionais de gerontologia? Seremos bem cuidadas quando chegar a nossa vez de cruzar a linha da velhice?

Andrea – Primeiro, precisamos parar com essa história de achar que tudo é um projeto individual e privado. Isso não nos leva a

lugar nenhum, porque somos seres interdependentes. Temos que pensar que o envelhecimento é um projeto de nação, porque é algo contínuo e vai para além da nossa sobrevivência. Precisamos criar um projeto coletivo de envelhecimento, e isso é fundamental para conseguirmos incluir todo mundo. Como a gente faz isso? É absurdamente complexo e não existe nenhum receituário ou moda específicos. A gente faz com muito trabalho. E esse trabalho eu acredito que tem que ser a junção entre gerenciamento e especialidade. Um não exclui o outro. Você precisa ter um trabalho forte de gerenciamento das expertises, e o nosso curso e o curso da UFSCAR têm esse papel a colaborar – formar um profissional que consiga ajudar o gerenciamento das partes, que são fundamentais.

Precisamos começar a pensar como a união do que sabemos vai resolver a complexidade do cuidado do idoso. É essa reflexão que faz com que valorizemos a expertise, e vice-versa. Um cardiologista, por exemplo, não pode ser inocente de achar que tudo é o coração. Existem inúmeras outras coisas. Como antropóloga, entendo ser possível ter um infarto quando se é rejei-

tado por alguém, então nossas relações emocionais e simbólicas estão diretamente aliadas ao bom funcionamento do nosso corpo. Sempre faço um apelo aos profissionais de saúde em geral: não deixar de perceber o corpo simbólico. Existe um manejo simbólico que não necessariamente é verbalizado para o profissional de saúde, mas que é absolutamente inerente ao funcionamento daquele corpo.

É por isso que estudamos a aparência, por exemplo. As gestoras dos núcleos de convivência falam: “Quando fulana está deprimida ou tem um problema, ela já não passa batom, ela vem descabelada, ela não põe a prótese...”. Tem uma mensagem simbólica que aquele corpo me avisa que eu não preciso de um questionário de 150 mil escalas. Um dos papéis dos gerontólogos é ficar atento a esse tipo de informações pouco estudadas e que muitas vezes se concentra nas mãos dos médicos. A complementação é o nosso papel no século XXI. Temos desafios muito complexos para continuarmos com esse comportamento de competição e acredito que temos que tentar formar uma nova geração que possa pensar no coletivo de maneira mais potente.

QUEM FAZ :: Profissionais que fazem a diferença no envelhecimento



INA VOELCKER

Gerontóloga alemã, com mestrado em políticas públicas e envelhecimento no King's College London, Universidade de Londres, é diretora técnica do Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR)

Sempre gostei muito de ouvir as pessoas mais velhas, tanto que, logo depois do colégio, quando quis passar um tempo no exterior, decidi fazer um serviço voluntário num centro-dia para idosos na Itália. Adorava o trabalho, mas fiquei inquieta por perceber que os idosos não eram tratados como adultos com suas próprias histórias e direitos. Logo em seguida fiz outro trabalho voluntário, numa instituição de longa permanência no Canadá, daí descobri a graduação em gerontologia. No mesmo ano comecei o bacharelado em gerontologia na Universidade de Vechta, Alemanha, meu país de origem.

No início de 2007, ainda durante o primeiro ano da graduação, me arrisquei e enviei meu currículo ao Dr. Alexandre Kalache, então diretor do departamento de Envelhecimento e Curso de Vida na Organização Mundial de

Saúde em Genebra, o que foi determinante para estar no Brasil hoje. O estágio na OMS foi durante o lançamento do *Guia Global: Cidade Amiga do Idoso*, projeto que me acompanha desde então. Quando terminei minha graduação, em 2009, com um intercâmbio de seis meses na UFPB, segui para o King's College London, onde fiz meu mestrado em políticas públicas e envelhecimento. Durante o mestrado, consegui um estágio na HelpAge International, uma ONG internacional que eu já tinha pesquisado em 2007, e foi lá que passei os primeiros três anos da minha vida profissional. Coordenei um projeto que culminou com a publicação de várias agências da ONU. Ao lançar a publicação, já sabia que o próximo destino seria o Brasil. Sempre mantive contato com o dr. Kalache e, quando ele fundou o Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR),

em 2012, me chamou para trabalhar lá.

Desde 2013, tenho o privilégio de trabalhar no ILC-BR, principalmente na implementação do projeto Cidade para Todas as Idades, ou seja, amiga do idoso. É um grande desafio avançar essa agenda aqui, com seriedade e pensando na sustentabilidade e no impacto das políticas públicas. Muitas vezes os interesses políticos acabam prejudicando o projeto, comprometendo o seu princípio mais importante: o protagonismo do idoso. Mas me inspiro no dr. Kalache para continuar nessa luta, defendendo os direitos das pessoas idosas e tentando convencer pessoas de todas as idades de que não há idade para envelhecer: envelhecemos desde sempre e, já mais jovens, deveríamos tomar decisões mais conscientes para chegar bem na velhice e contribuir para tornar a velhice uma experiência válida para todos.



THEODORA KARNAKIS

Médica geriatra pela Universidade de São Paulo (2007); título em geriatria pela SBGG (2007); pós-graduação lato sensu em dor e cuidados paliativos pelo Hospital Israelita Albert Einstein (2009); pós-graduação lato sensu em cuidados paliativos pelo curso Pallium – Universidade de Oxford UK (2011); doutorado em ciências médicas pela Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo (2015)

Meu interesse nos cuidados com o estudo do envelhecimento e suas repercussões nos âmbitos físico, psíquico e social foi despertado desde o ingresso na faculdade de medicina, em 1996. No segundo ano da graduação fundei a Liga de Geriatria, que presidi até 2001. Sou uma apaixonada pela especialidade e acredito que, apesar dos grandes desafios do contexto social brasileiro, a geriatria e a geron-

tologia oferecem, sem dúvida, possibilidades de crescimento e aprendizado diário, com grande diversidade de áreas de atuação e desenvolvimento.

Minha maior área de interesse hoje são os desafios do câncer no idoso e definir até onde o tratamento pode ser benéfico, visando sempre a garantia da qualidade de vida. Atualmente sou coordenadora da oncogeriatria do Instituto do Câncer do Es-

tado de São Paulo (Icesp/FMUSP) e do Hospital Sírio-Libanês. Sou também revisora do *Journal of Geriatric Oncology* e representante nacional da Sociedade Internacional de Oncologia Geriátrica (SIOG, na sigla em inglês) desde 2012. No ano passado, tive a honra de ter sido eleita pela SIOG como a médica de maior destaque para o desenvolvimento da oncologia geriátrica no Brasil e no mundo.



MARTA PESSOA

Cofundadora do Mundo Prateado. Foi professora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e diretora da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa, atuando no mundo da internet acadêmica. É mestre em ciência da computação e pós-graduada em formação de executivos pelo Instituto Coppead de Administração. Atualmente, é superintendente da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Social do Estado do Rio de Janeiro. É autora do livro É Tempo de Cuidar. Eles Envelheceram: E Agora?

Depois da experiência de cuidar por mais de 20 anos de familiares que envelheceram e diante do meu completo desconhecimento sobre o assunto, entender a velhice deixou de ser uma opção e passou a ser uma premência.

A convivência com toda sorte de situações do cotidiano de um idoso de quem cuidamos e a quem nos dedicamos, por afeto ou obrigação, passa a ser uma oportunidade de reflexão sobre o envelhecimento. Pensamos nas nossas dificuldades no plano individual e, inevitavelmente, começa a nascer uma solidariedade com o coletivo. Passamos a nos perguntar o que vai ser da próxima geração de idosos e seus familiares, com tantas demandas e carências, e passamos a nos sentir responsáveis por buscar soluções para um dos mais instigantes problemas sociais do nosso tempo. Passamos a sentir a obrigação de atuar como empreendedores sociais, ainda que sem competência ou condições. Há muito por fazer, de maneiras novas e desconhecidas.

Comecei a pensar na velhice dos meus como uma causa de interesse público e passei a me sentir responsável, de alguma maneira, por ajudar a sociedade a se preparar para envelhecer sem a conotação de destino trágico.

Como se não bastasse toda a complexidade da empreitada, os meus idosos, completamente dependentes, moravam a 2 mil quilômetros de distância. Precisei montar uma verdadeira organização para dar conta das tarefas. Uma lista considerável de coisas que já seriam complicadas se feitas pre-

sencialmente ficava mais difícil ainda à distância. Sem querer, fui me tornando uma especialista em gestão de uma organização bem peculiar: a que dá suporte ao cotidiano dos idosos.

Passei a ter duas casas: uma, com filhas e suas múltiplas necessidades; outra, onde viviam meus idosos dependentes, e que parecia estar em outro planeta, com tipos de problemas completamente novos e aparentemente insolúveis. Os primeiros anos foram de completa solidão, numa tarefa onde poucos da minha idade – quarentona espremida entre filhas adolescentes – viviam situação similar. Parecia que eu era a única a viver essa situação. Só nos últimos anos a velhice entrou na pauta dos meios de comunicação. Antes disso, achar uma turma que estava imersa no mundo do cuidado com o idoso era bem difícil. Reunir essas informações era tão trabalhoso que o autodidatismo pareceu ser a única saída para mim.

Fui aos poucos desenvolvendo métodos e soluções caseiras para organizar esse cuidado à distância. Aprendi a montar uma rede de apoio e a me valer da tecnologia para monitorar o dia a dia dos meus idosos. Sem a internet, teria sido inviável a administração remota de uma casa onde viviam pessoas sem autonomia para cuidar de si mesmas. Errei muito, mas também realizei muita coisa interessante. E, acima de tudo, aprendi muito.

Em 2015, achei que seria bom poder falar sobre a velhice que eu conheço para uma plateia mais ampla e divulgar a experiência

adquirida. Reuni amigas e fizemos o blog Mundo Prateado (mundopratedo.com), cujo nome homenageia as pessoas de cabelos grisalhos, aparentes ou disfarçados, que estão nessa nova fase da vida. Lá conversamos sobre a velhice de um ponto de vista realista, sem romantismo, mas com uma atitude positiva. Lá defendemos que a velhice pertence a todos nós, aos velhos e a seus filhos ou amigos. Lá pensamos a rede que deve apoiar a velhice, pensamos na vida dos velhos e em quem se interessa por querer ajudar a construir um mundo digno para os prateados. Lá experimentamos fazer coisas que auxiliem essa rede de cuidados.

O Mundo Prateado venceu um concurso mundial que buscava iniciativas voltadas à economia da longevidade com um protótipo de um guia que reuniria serviços e produtos necessários para o cuidado e o bem-estar dos idosos e seus cuidadores e familiares. Quem cuida sabe como é importante ter acesso rápido a informações confiáveis. Os provedores anunciariam e os usuários avaliariam, gerando credibilidade para quem busca poder escolher. A ideia foi considerada inovadora e o guia seria uma espécie de TripAdvisor do cuidado do idoso.

Com uma visão otimista de que temos a nosso alcance tecnologia, inovação social e capacidade de mobilização, o Mundo Prateado vai se reconfigurando, com todas as dificuldades que vivem as startups, mas não perde de vista a busca por um desenho de velhice digna.

COMPORTAMENTO DE CONSUMO DE DOCES PARA MELHORAR A FUNÇÃO DE DEGLUTIÇÃO EM INDIVÍDUOS COM DEMÊNCIA



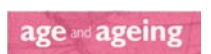
O objetivo desse estudo, publicado em março na revista *Archives of Gerontology and Geriatrics*, foi desenvolver e avaliar um método de treinamento de disfagia envolvendo exercício de sucção de pirulitos em idosos com demência, e esclarecer sua eficácia para melhorar a função oral.

Vinte e cinco idosos com demência (5 do sexo masculino e 20 do sexo feminino, idade média de $90,8 \pm 6,7$ anos) participaram desse estudo. Os participantes foram treinados em sucção de pirulito uma vez por dia, três vezes por semana, durante seis meses. O Miniexame de Estado Mental, o Mini-Mental State Examination (MMSE), o Índice Barthel (IB), o CandySugling Test (CST) e os valores de IMC foram medidos antes e após o treinamento. Os participantes foram divididos entre aqueles que alcançaram aumento de $0,1$ g/min no valor CTS após o treinamento (grupo de aumento) e aqueles que não fizeram (grupo não aumentado).

Nenhuma mudança significativa foi observada após o treinamento. O grupo de aumento tinha quatro pacientes, e o grupo não aumentado, 21. Não houve diferenças significativas em MMSE, IB ou IMC entre os dois grupos antes e depois do treinamento. No entanto, os valores de CST do grupo de aumento antes do treinamento ($0,31 \pm 0,13$ g/min) foram significativamente menores que os do grupo não aumentado ($0,69 \pm 0,27$ g/min) ($p < 0,01$). As alterações reais no IMC antes e depois do treinamento foram $1,13 \pm 0,85$ kg/m² e $-0,53 \pm 1,76$ kg/m² no aumento e não aumento, e a diferença nessas alterações foi estatisticamente significativa ($p = 0,04$).

O artigo mostra que o novo método de reabilitação foi bem aceito por adultos idosos com demência, e houve uma melhora na função oral como resultado da reabilitação, que teve alguma boa influência no ganho de peso.

BUSCANDO AJUDA NA VELHICE: COMO OS IDOSOS AVALIAM SUA NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA?



A legislação incumbe as autoridades locais de estar atentas às necessidades de atendimento em sua localidade e prevenir e reduzir as necessidades de cuidados e suporte. A literatura existente negligencia idosos "saudáveis" e/ou não usuários de serviços específicos, de serviços não

relacionados à saúde e assistência informal e, portanto, explica de forma inadequada o que acontece antes de as pessoas buscarem serviços ou mesmo no lugar de buscar serviços. O objetivo desse estudo, publicado em janeiro na revista *Age and Ageing*, é abordar essas lacunas explorando os relatos de idosos sobre a procura de assistência na velhice.

Foram realizadas entrevistas qualitativas semiestruturadas com pessoas com idade entre 68 e 95 anos. Os participantes foram convidados a discutir todo tipo de suporte, intervenção ou provisão de serviços — médico, social, familiar, pago ou não.

O artigo aborda os relatos dos idosos sobre sua avaliação de necessidade de assistência. Observou-se que as pessoas na amostra participaram de um processo recursivo, avaliando suas necessidades de acordo com cada questão. A progressão dos participantes através desse processo dependia de quatro fatores: o reconhecimento de declínio; o impacto percebido do declínio em suas atividades usuais e independência; sua preparação para ser alguém que recebe assistência; e a oportunidade de afirmar suas necessidades. Em vez de buscar ajuda, os participantes optaram por cuidar de si mesmos, mas também receberam assistência não solicitada ou de emergência.

O estudo conclui que as adaptações dos idosos para mudar e tentar atender às suas necessidades sem assistência significam que eles não comparecem aos serviços destinados a eles. Isso acaba por limitar o conhecimento das autoridades locais sobre suas necessidades e a capacidade de planejar serviços adequados. Os achados oferecem quatro etapas para que os formuladores de políticas, prestadores de serviços e cuidadores abordem a aceitação da assistência.

EXPERIÊNCIAS DE EQUIPE FORMANDO E APOIANDO TIMES DE CUIDADOS PALIATIVOS EM ILPIs



A capacitação para cuidados paliativos (CP) em ILPIs é uma prioridade nacional, fundamental para fornecer cuidados de alta qualidade para residentes com doença avançada. As experiências de equipes em ILPIs no desenvolvimento e na manutenção de times de cuidados paliativos (PCTeams) são utilizadas como parte de um ensaio clínico randomizado para "Melhorar cuidados paliativos através do trabalho em equipe" (IMPACTT, na sigla em inglês).

Foram realizadas avaliações etnográficas rápidas de todas as ILPIs (N = 14) no braço de intervenção. Os dados incluíram entrevistas semiestruturadas com os profissionais de assistência direta e administrativos (n = 41), observações de campo e materiais es-

critos. Foi usada uma abordagem em fase para a análise de dados, incluindo codificação aberta e análises comparativas dentro e entre as instituições.

Foram encontrados quatro principais temas estruturais na análise, incluindo: suporte administrativo, considerações financeiras, volume de negócios e pessoal e prioridades concorrentes. O desenvolvimento e a sustentabilidade dos PCTeams foram constantemente ameaçados por prioridades concorrentes, e o fator-chave em seu sucesso foi um suporte administrativo consistente e tangível.

O artigo, publicado em janeiro no periódico *The Gerontologist*, apontou que, embora a melhoria dos CP em ILPIs seja uma prioridade reconhecida, a falta de infraestrutura estável e as consequências não desejadas das políticas de reembolso criaram condições que geralmente frustraram a sustentabilidade dos PCTeams.

UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE DE ASSOCIAÇÕES PROSPECTIVAS ENTRE CONSUMO DE ÁLCOOL E FRAGILIDADE INCIDENTE

age and ageing

O consumo de álcool leve a moderado é protetor contra a mortalidade por todas as causas e doenças cardiovasculares. Há evidências limitadas na literatura sobre como o consumo de álcool está relacionado à fragilidade.

Esse estudo, publicado em janeiro na revista *Age and Ageing*, fez uma pesquisa sistemática de cinco bases (Embase, Scopus, MEDLINE, CINAHL, PsycINFO) em julho de 2016 para estudos prospectivos publicados entre 2000 e 2016, examinando o consumo de álcool basal e o risco subsequente de fragilidade entre pessoas de meia-idade ou com mais de 60 anos residentes na comunidade. As razões de possibilidades (OR – odds ratio) para a fragilidade incidente foram agrupadas através de um modelo de efeitos aleatórios. Foram avaliados heterogeneidade, qualidade metodológica e viés de publicação.

Foram incluídos quatro dos 926 estudos identificados pela pesquisa sistemática (total $n = 44,051$, ≥ 55 anos, 66,2% de usuários de álcool). OR de fragilidade incidente para o mais alto (pelo menos 24 g de álcool/dia para homens, 12 g de álcool/dia para mulheres) ou o consumo de álcool mais frequente (≥ 5 dias de beber/semana) em comparação com nenhum consumo de álcool foi usado para metanálise. O OR combinado entre os três estudos que mediam o consumo de álcool quantitativamente mostrou que o maior consumo de álcool estava associado a menor risco de fragilidade (3 estudos: OR = 0,44, IC 95% = 0,19-1,00, $P = 0,05$). Adicionando o outro estudo, a frequência de medição do consumo de álcool fez pouca diferença (4 estudos: OR = 0,61, IC 95% = 0,44-

0,77, $P < 0,001$). Dois dos estudos incluídos sugeriram uma possível associação em forma de U com menores riscos para bebedores moderados. A heterogeneidade foi moderada em ambas as análises ($I^2 = 52-67\%$). Não houve evidência de viés de publicação.

Esse estudo de análise e metanálise sistemática fornece a primeira evidência conjunta que sugere que o maior consumo de álcool está associado a menor fragilidade incidente em comparação com o não consumo de álcool entre as pessoas de meia-idade e idosas que vivem na comunidade. No entanto, essa associação pode se dever a medidas de efeito não ajustadas, confusão residual, efeito *sick quitter* ou viés de sobrevivência.

DESEJO DE INSTITUCIONALIZAR DOS CUIDADORES DE ALZHEIMER: UMA ANÁLISE EMPÍRICA SOBRE DADOS ITALIANOS



A escolha das famílias de institucionalizar um parente afetado pela doença de Alzheimer (DA) é difícil e possivelmente dolorosa. As contribuições recentes da literatura investigaram as causas do surgimento do desejo de institucionalizar (DI) o familiar demenciado. Esse artigo, publicado em março no periódico *Archives of Gerontology and Geriatrics*, contribui para o tema, fornecendo uma análise empírica baseada na Itália de fatores correlacionados com DI em cuidadores informais primários de pacientes afetados por DA.

Os dados foram extraídos de uma pesquisa original realizada em 2009. Um total de 171 cuidadores primários de pacientes atendidos em duas unidades de cuidados ambulatoriais italianas, localizadas nas cidades de Nápoles (46,78%) e Roma (53,22%), foi entrevistado. O desejo do cuidador de institucionalizar pacientes afetados por doença de Alzheimer foi observado, e sua heterogeneidade foi estudada por regressão logística.

Houve uma forte correlação do DI com a baixa autonomia do paciente, com o status do cônjuge como cuidador primário e com a presença de um atendimento formal. Também foi observada uma leve correlação com o gênero do paciente e com as horas de supervisão informal ($p < 0,10$). O status da mulher como cuidadora primária também foi positivamente associada a DI, enquanto o sexo feminino do paciente estava associado negativamente a ele.

A institucionalização de um parente afetado por DA é uma decisão dolorosa, que é desencorajada devido à escassez de instalações adaptadas e à necessidade de uma contribuição econômica em caso de institucionalização em instalações privadas que não recebem apoio público.

Febre amarela na terceira idade: UMA RELAÇÃO DELICADA

Entenda o impacto da doença na população idosa e conheça suas formas de prevenção e tratamento

Por Ruth Helena Bellinghini



O alerta foi dado há nove anos pelo Ministério da Saúde, que detectou o risco de expansão da febre amarela para a margem direita do Rio São Francisco, em Minas Gerais. A recomendação foi imunizar a população da região. Vacinas foram despachadas para esses locais e estocadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Caberia às prefeituras locais a realização da campanha de vacinação. Um número considerável, porém, limitou-se a oferecer a vacina contra febre amarela aos frequentadores dos postos, notadamente mães que levam suas crianças para a rotina de vacinação. Jovens e adultos, principalmente homens, ficaram de fora. Não foram feitas as buscas casa a casa nas áreas rurais de famílias que precisariam receber a dose da vacina.

Como se previa, passados oito anos, com a ocorrência de novo pico de epizootias (as mortes de macacos por febre amarela atingem seu pico de oito em oito anos), a doença não apenas apareceu em regiões de Minas como de lá alcançou os estados do Espírito Santo e Rio de Janeiro e, posteriormente, São Paulo. Não era inevitável. A cidade paulista de São José do Rio Preto, nas proximidades do corredor de floresta com ligação com as matas mineiras, incluiu há anos a vacina de febre amarela no seu calendário e, quando registrou casos de epizootia no ano passado, iniciou vacinação para alcançar os 95% da população.

No ano passado, o ministro da Saúde, o engenheiro Ricardo Barros, declarou várias vezes que a Bio-Manguinhos podia fabricar até 8 ou 9 milhões de vacinas por mês e que a população não precisava se preocupar. Mesmo assim, em março de 2017, o governo recorreu ao estoque de emergência da Organização Mundial da Saúde (OMS), que na época dispunha apenas de 6 milhões de doses e cedeu 2,5 milhões, bem menos do que o Ministério esperava. Pouco tempo depois, o governo descartou a possibilidade de fracionar a vacina (dividir a dose integral de 0,5 ml em cinco doses de 0,1 ml cada uma), procedimento recomendado para situações de emergência como as ocorridas no Congo e em Angola em 2016, quando o fracionamento foi testado com sucesso. Em setembro, com pompa e circunstância, Barros anunciou o fim do surto.

Vieram Natal, Ano Novo, e o brasileiro viajou para ver a família, pescar, fazer trilhas. E, no início de janeiro, os casos de febre amarela avançaram. Diante de outro feriado nacional, o Carnaval, as autoridades decidiram vacinar a população de 76 cidades do Rio, São Paulo e Bahia com a dose fracionada. A notícia de novos casos, a falta de informação e a inesperada

campanha deixaram em pânico a população, que correu para os postos de saúde. Inevitavelmente, nas longas filas que se formaram, nos imensos grupos de pessoas que dormiam na calçada à espera de uma senha, chamava atenção o grande número de idosos, de cabelos grisalhos, alguns dizendo ter 80, 90 anos, desesperados para tomar a vacina.

“A vacina deve ser dada com muito cuidado para quem tem mais de 60 anos e com mais cuidado ainda para quem tem mais de 70”, adverte a geriatra Maisa Kairalla. Isso porque a vacina contra a febre amarela é feita com vírus vivo atenuado, o que oferece um pequeno risco para a população em geral. Eventos mais graves ocorrem em 0,42 casos a cada 100 mil doses aplicadas. Entre os idosos esse índice é bem maior, chegando a uma em cada 150 mil pessoas idosas vacinadas.

“O que acontece é que o idoso apresenta uma senescência natural do seu sistema imunológico, uma redução da imunidade natural. Por isso, complicações da vacina são mais comuns nessa faixa de idade. Estima-se que um em cada 60 mil idosos vacinados desenvolva a doença viscerotrópica aguda, a complicação mais grave da vacina”, explica a especialista. Nesses casos, o vírus atenuado da vacina prolifera em vários órgãos, causando disfunção de múltiplos órgãos ou falência de múltiplos órgãos, levando a óbito em 60% dos casos. De acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), o reconhecimento desse quadro é relativamente recente nos 80 anos de história da vacina e data de 2001. O quadro aparece, em média, quatro dias após a vacinação, e os sintomas são muito pouco específicos, especialmente num país que convive com viroses de verão, além de dengue, zika e chikungunya: febre, dor de cabeça, dor muscular, vômitos e diarreia. Os casos mais graves evoluem para insuficiência ou falência renal, pulmonar ou hepática, hipotensão, trombocitopenia e coagulopatia.

“Por causa desse e de outros riscos, é importante que o idoso consulte um médico e discuta com ele se deve ou não tomar a vacina. Trata-se de pesar dois riscos: o de contrair febre amarela e o de tomar a vacina. É importantíssimo saber se o paciente vive ou frequenta área com incidência da doença em humanos ou onde circula o vírus, ou seja, áreas com epizootias. Também é fundamental que a decisão seja tomada pelos dois, médico e paciente, após uma discussão clara e franca. Isso para que, amanhã ou depois, o paciente que não se vacinou e pegou febre amarela, ou que se vacinou e teve complicação, não acuse o médico”, recomenda Isabella Ballalai, presidente da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm).

“

O que acontece é que o idoso apresenta uma senescência natural do seu sistema imunológico, uma redução da imunidade natural. Por isso, complicações da vacina são mais comuns nessa faixa de idade.

”

A vacina contra a febre amarela, fabricada com vírus vivos atenuados e incubada em ovos galados, passou por purificação e aperfeiçoamento, mas o processo de produção é praticamente o mesmo desde que foi desenvolvida, nos anos 30, por Max Theiler, que recebeu o Nobel de Medicina e Fisiologia de 1952 pelo feito. É esse processo de produção que explica vários de seus efeitos colaterais, que vão desde dor e inchaço no local de aplicação até a doença viscerotrópica aguda, passando por reações alérgicas, como urticária generalizada, dispnéia, broncoespasmo, edema de glote e anafilaxia, além de doença neurológica aguda, com quadros de encefalite, meningite e síndrome de Guillain-Barré.

O emprego de vírus vivos atenuados também obriga os profissionais de saúde a fazer uma avaliação cuidadosa dos pacientes, de qualquer idade, que possam ter imunodeficiência – no caso de idosos, principalmente nos portadores de artrites e reumatismos que fazem uso de doses imunossupressoras de corticoides e naqueles que passaram por tratamento de câncer recentemente. Nessas situações, o aconselhável é que o status imune do paciente seja avaliado cuidadosamente pelo oncologista e, se possível, pelo infectologista. Novamente, é fundamental saber se o paciente vive ou frequenta áreas de risco.

A OMS alerta há anos para a escassez mundial de vacinas contra a febre amarela, um produto barato (US\$ 1 a dose), que deixou de ser fabricado pela Nigéria, Colômbia e Rússia. Hoje praticamente é a Sanofi-Pasteur que fornece para clínicas particulares no Brasil e abastece o mercado americano – basicamente para viajantes de áreas de risco e pessoal militar. O processo de produção, demorado e complexo, e as restrições de uso (para idosos, gestantes, alérgicos a ovo, entre outros)

fazem com que especialistas como Pedro Fernando da Costa Vasconcelos, diretor do Instituto Evandro Chagas, no Pará, afirmem que está na hora de mudar a tecnologia de fabricação. “Ela é demorada, exige uma área grande de produção. Se usássemos a biotecnologia, poderíamos produzir em grande escala, em pouco tempo e em espaços bem menores”, afirma. Vasconcelos, que é membro do Yellow Fever Advisory Committee e do Strategic Advisory Group of Experts (Sage) em vacina de febre amarela, ambos da OMS, diz que, de início, o desenvolvimento de uma nova tecnologia aumentaria o custo de produção, mas a fabricação em larga escala com o tempo reduziria o preço da nova vacina.

Muitos especialistas estão atentos para a evolução dos casos de febre amarela no Sudeste do país, justamente porque, com a expansão das epizootias e dos casos em seres humanos, não se sabe ao certo onde vão surgir novos casos. “Quanto maior o número de casos, mais difícil fica definir quais pacientes estão em risco de contrair a doença”, diz Isabella. Ela lembra, porém, que o atual surto é de febre amarela silvestre, isto é, a doença é transmitida por mosquitos de mata das espécies *Sabethes* e *Haemagogus*, que são mosquitos de floresta e não frequentam parques e praças urbanas. “É preciso deixar claro que a vacinação nesses 76 centros urbanos que vão receber a dose fracionada é para blindar essas cidades contra a eventual chegada do vírus. No caso da cidade de São Paulo isso é claríssimo. A população de risco é a da área da serra da Cantareira, que já foi vacinada, a do extremo da zona sul, regiões da zona leste e, mais recentemente, por precaução, a área próxima ao zoológico, onde houve registro da morte de um macaco. No caso do Rio temos a Floresta da Tijuca, e quem a frequenta precisa tomar a vacina”, explica. De acordo com Isabella, é bom lembrar que mesmo quem mora perto de parques e praças não precisa se preocupar, porque esses locais não são habitats de mosquitos de floresta.

Outro ponto diz respeito aos idosos de grandes centros urbanos que raramente se aventuram pelo interior. Se o máximo contato com a natureza é uma caminhada num parque perto de casa, um repelente é proteção suficiente. Vale o mesmo para aqueles com limitações e que passam a maior parte do tempo em casa. Em tempo de verão e viagens para o litoral, é bom lembrar que nem no Rio nem em São Paulo foram registrados casos de febre amarela em humanos ou epizootias no litoral. “Idosos que não podem ser vacinados devem usar repelente, não apenas por causa da febre amarela, mas por causa da dengue, da zika e da chikungunya. Outra opção é usar mangas compridas, pôr tela nas janelas e evitar as áreas de risco”, destaca Maisa.

Integral ou fracionada?

Especialistas em arboviroses e infectologistas vinham discutindo a necessidade de fracionar a vacina contra a febre amarela desde abril do ano passado. O próprio ministro da Saúde anunciou que estava analisando a possibilidade, mas logo depois, em meados de 2017, anunciou que não haveria necessidade, reiterando que havia vacina suficiente. Desde o início do surto, os números da produção mensal de vacinas são desconhecidos. A produção regular da Bio-Manguinhos oscila entre 2 e 3 milhões de doses mensais, para atender viajantes e a vacinação regular de áreas endêmicas. Em abril do ano passado, por exemplo, o Ministério da Saúde informava que a produção era de 4,5 milhões de doses mensais, mas “o laboratório tem capacidade de produzir 9 milhões de doses mensais, quantitativo suficiente para vacinação de rotina, atendimento à estratégia de contenção do surto da doença no país e ampliação do público-alvo a ser vacinado”. No entanto, só em janeiro do ano passado foram produzidas 9.681.500 vacinas. Nos meses seguintes, a produção oscilou e, segundo o próprio Ministério, foram produzidos no ano passado 61,5 milhões de doses. No entanto, Barros insistiu em dizer seguidas vezes que a Bio-Manguinhos produzia entre 7 e 8 milhões de doses e que não havia motivo para preocupação. Uma conta de divisão rápida mostra que a produção mensal ficou em torno de 5 milhões no ano passado. A previsão para este ano é ainda menor, já que o ministro decretou o fim do surto em setembro.

A decisão de fracionar a vacina contra a febre amarela em situações de emergência tem o aval da OMS, mas, ao contrário do que dizem autoridades brasileiras, ela não endossa que a dose fracionada teria validade de oito anos. E nem poderia. O estudo da Bio-Manguinhos, que avaliou 319 militares que receberam dose fracionada há oito anos e mantêm resposta imune equivalente à de quem recebeu dose integral na mesma época, ainda nem sequer foi publicado. A OMS é vaga ao falar sobre o prazo de validade da dose fracionada, afirmando que ela é eficiente “por mais de um ano”. Isso porque ela nunca tinha sido usada em larga escala antes das epidemias de 2016 no Congo e em Angola. Essas populações não tomaram doses de reforço até agora e estão sendo acompanhadas de perto por equipes da OMS e do CDC de Atlanta. O mesmo vai acontecer com os brasileiros que tomarem doses fracionadas. De acordo com a Anvisa, eles serão cadastrados, farão parte de um banco de dados e serão acompanhados por um longo período. “Na prática, temos um teste clínico de fase 4 para uma nova dosagem da vacina”, diz Isabella Ballalai, que defende o fracionamento. Quem



receber a dose fracionada terá uma etiqueta especial colada na carteira de vacinação. “O problema é que temos de vacinar quase 20 milhões de pessoas no curtíssimo prazo, porque são regiões de grande presença do *Aedes aegypti*, e essas regiões são áreas de risco para a volta da febre amarela urbana, da qual estamos livres desde 1942. É o surto mais importante que tivemos desde os anos 40, e as medidas emergenciais são necessárias”, afirma.

Pedro Fernando da Costa Vasconcelos explica que, para ser eficaz, a vacina deve conter um mínimo de 1.000 Unidades Formadoras de Placas (Plaque-Forming Unit, PFU, na sigla em inglês), que mede o número de partículas virais por unidade-volume, sendo que a dose integral da vacina contra a febre amarela contém 60 mil PFUs, ou seja, 60 vezes mais. Essa constatação está na base da ideia do fracionamento. “Isso quer dizer que a vacina fracionada em cinco doses contém entre 10 mil e 12 mil PFUs, ou seja, dez vezes mais que o nível mínimo, e bem acima do necessário para produzir uma resposta imunológica adequada”, explica o pesquisador. De acordo com ele, o que não se sabe é por quanto tempo essa resposta imunológica persiste no organismo. “Estamos perto de completar dois anos do fracionamento na África e temos o estudo da Bio-Manguinhos, com uma amostra pequena, mas razoável, de indivíduos que mostra a permanência dessa resposta por oito anos. Mas ainda não sabemos ao certo se são oito, dez, vinte anos ou pela vida toda”, explica. “Precisamos de tempo para saber, daí a necessidade de acompanhar essas populações nos próximos anos.”

Silvestre ou urbana?

Outra preocupação, com o registro de casos em grandes centros urbanos, é com o risco de que a febre amarela silvestre, ou seja, transmitida pelas espécies *Sabethes* e *Haemagogus*, volte a ser transmitida pelo *Aedes aegypti*, que infesta as cidades brasileiras há décadas. Uma pesquisa publicada em julho do ano passado e realizada pela Fiocruz, em parceria com o Instituto Pasteur e Instituto Evandro Chagas, avaliou esse risco experimentalmente, expondo o *Aedes* ao vírus. Vasconcelos integrou a equipe de cientistas envolvidos no projeto. *Aedes aegypti* e *albopictus* foram coletados nas cidades de Manaus, Goiânia e Rio de Janeiro e expostos a amostras de sangue com febre amarela. Segundo ele, o potencial de transmissão presente hoje no Brasil, a variedade asiática, não oferece um ambiente tão propício à proliferação do vírus da febre amarela como é para dengue, zika e chikungunya.

“Acreditamos que um fator importante para a epidemia de febre amarela urbana, que assolou o Rio nos tempos de Oswaldo Cruz, era a gigantesca quantidade de *Aedes*, verdadeiras

“

Também é fundamental que a decisão seja tomada pelos dois, médico e paciente, após uma discussão clara e franca. ”

”

nuvens de mosquitos, o que não existe mais. Outro fator, além da quantidade de insetos, pode ser a presença no mesmo ambiente de diversas espécies capazes de transmitir o vírus, como pode acontecer nas regiões de florestas urbanas, como a Tijuca no Rio e a Cantareira em São Paulo. Além disso, uma eventual volta da febre amarela urbana dependeria do número de pessoas infectadas, incluindo as assintomáticas ou com sintomas leves, que fossem picadas no auge da viremia. Assim, o risco é pequeno, mas não pode ser descartado. Daí a importância da vacinação,” afirma.

Outro problema da chegada da doença à região Sudeste é que a maioria dos profissionais de saúde que atuam na região só viu febre amarela em livros. Não bastasse isso, os sintomas da primeira fase da doença – febre, dor muscular especialmente nas costas, dor de cabeça, calafrios, perda de apetite, náusea ou vômito – são comuns a uma série de doenças. Na maioria das vezes esses sintomas persistem por três ou quatro dias e o paciente melhora sozinho. No entanto, entre 15% e 20% das vezes, um dia após a remissão desse quadro, o paciente volta a ter febre alta, apresenta icterícia e dor abdominal com vômitos. Também podem ocorrer sangramentos pela boca, nariz ou estômago, com sangue nas fezes e no vômito e degeneração da função renal. Metade dos pacientes graves morre num período de 10 a 14 dias. Não há tratamento específico, apenas suporte para combater a desidratação, as falências respiratórias e renais e a febre.

Não é de estranhar também que mesmo médicos da região Sudeste tenham dúvidas quanto à vacinação. Até agora, a vacina contra a febre amarela era uma preocupação de certa camada da população, a de viajantes com destino à Amazônia ou Centro-Oeste ou que viajavam para o exterior. Resta saber que estratégia de prevenção os estados da região vão adotar de agora em diante, se a vacina vai entrar na rotina dos postos de saúde ou não. Porque, dentro de oito anos, teremos um novo pico de epizootias.

Feridas Crônicas e Lesões por Pressão necessitam de uma nutrição especializada¹⁻³ e **INOVADORA.**

CHEGOU
NOVASource[®]
proline

A CICATRIZAÇÃO SE CONSTRÓI
COM INOVAÇÃO.



NÃO CONTÉM GLÚTEN

- Com prolina e arginina
- Alto teor de zinco, selênio, vitaminas A, C e E
- Com amido de tapioca
- Sem adição de sacarose
- Fórmula hiperproteica: 20g/200mL



NHS930318

Referência: 1. Soriano JV, Perez EP. Nutrição e feridas crônicas. Grupo nacional para el estudio y asesoramiento em ulceras por presión y heridas crónicas. Documento Técnico GNEAUPP nºXII 2011. 2. Correia MITD, Renofio J, Serpa L et al. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional para Portadores de Úlceras por Pressão. Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina - Projeto Diretrizes [DITEN], 2011. 3. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan-Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia, 2014.



Onde comprar:
www.nutricaoatevoce.com.br

Para mais informações, acesse: www.nestlehealthscience.com.br
Serviço de atendimento ao profissional de saúde: 0800-7702461 - SMS 25770
Para solucionar dúvidas, entre em contato com seu representante.

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Proibida a distribuição aos consumidores.





Adriano Antonio Mehl

Medicina interna; médico responsável pelo Núcleo de Pesquisa, Prevenção e Tratamento de Feridas e Pé Diabético no Centro Médico Plunes; médico responsável pela Comissão de Cuidados de Pele do Hospital Santa Cruz; mestrado e doutoramento em ciências/engenharia biomédica pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná; membro da European Wound Management Association; membro da Association for the Advancement of Wound Care; médico consultor, professor e pesquisador em novas tecnologias para prevenção e tratamento de feridas agudas e crônicas.

E-mail adrianomehl@gmail.com

A importância da nutrição enriquecida com prolina e arginina para a cicatrização e o tratamento de feridas



TAKE HOME MESSAGE

1. Embora a cicatrização de feridas seja complexa, o resultado final do processo é a reparação do tecido danificado. Para que ele ocorra de maneira ideal, é preciso estar atento a fatores como aporte energético adequado, bom controle glicêmico e hidratação.
2. O estado nutricional pode ser medido pela evolução e resolução adequada da ferida, mas também pela ausência de infecção e outras complicações durante o processo cicatricial.
3. A desnutrição ainda é prevalente em todas as configurações de atendimento na saúde. Por isso, uma intervenção nutricional oportuna e precoce pode ajudar a reverter suas consequências negativas. Suplementos nutricionais dedicados para cicatrização devem ser considerados desde a avaliação inicial como ferramenta de intervenção precoce no tratamento de feridas.

Feridas, fases da cicatrização e a formação de colágeno

Feridas são descritas como rupturas na estrutura anatômica normal dos tecidos com perda consecutiva de função¹. São resultantes de algum tipo de agressão física, química, térmica, biológica ou por distúrbios clínicos ou fisiológicos.

Em segundos após a lesão começa a fase de hemostasia. Buscando interromper a hemorragia, os microvasos lesados se contraem e a cascata de coagulação é ativada. As plaquetas se agregam e um coágulo de fibrina é formado, ligando-se à ferida e formando uma matriz provisória².

A fase de hemostasia é seguida pelas fases de inflamação, proliferação e remodelação do tecido lesado. Essas fases baseiam-se em uma cooperação programada e reprodutível das células envolvidas³ e de um fluxo coordenado e complexo de eventos bioquímicos, biomecânicos e bioelétricos⁴, levando à síntese de colágeno e à reciclagem ou remoção de tecidos danificados⁵.

A cicatrização é considerada um dos processos biológicos mais complexos que ocorrem durante a vida humana⁶ e, para que ela aconteça, a presença de uma série de nutrientes se faz necessária para a formação dos novos tecidos.

Com exceção das lesões superficiais que afetam apenas a

epiderme e a derme e cicatrizam por regeneração, as feridas mais profundas, que invadem o tecido celular subcutâneo, cicatrizam por reparação, com a necessidade da formação do tecido de granulação.

Em torno do oitavo dia, o processo de cicatrização da ferida entra na fase de remodelação, podendo permanecer nesse estágio durante um ano ou até mais, sendo esse período essencial para o restabelecimento da funcionalidade completa dos tecidos que foram comprometidos. Durante a remodelação, componentes da matriz extracelular (MEC) são constantemente degradados e resintetizados, a fim de se aproximar ao máximo da arquitetura do tecido normal pré-lesão.

A remodelação é o passo final, mais longo e mais crítico do processo de cicatrização de feridas e metabolicamente requer ATP e precursores de aminoácidos, minerais, vitaminas e oxigênio como cofatores. Portanto, a disponibilidade suficiente de energia e de substrato proteico é essencial para garantir que a cicatrização da ferida seja bem-sucedida⁵.

São a velocidade, a qualidade e a quantidade total de colágeno depositado na matriz proteica que irão determinar a resistência dessa cicatriz no futuro. Com a formação dos feixes de colágeno, a resistência à tração no local lesado vai aumentando progressivamente, mas não alcançará mais do que 70% a 80% quando comparada à pele intacta⁷⁻¹⁰ pré-lesão.

A disponibilidade de nutrientes, especialmente os aminoácidos, é crítica para a cicatrização de feridas e tem sido intensamente estudada como um mecanismo potencial para melhorar todas as fases do processo cicatricial de feridas, seja aumentando a resistência à tração, seja diminuindo o tempo de cicatrização, ou ambos⁵.

Porém, existem vários fatores sistêmicos e locais que podem influenciar negativamente o processo de cicatrização de feridas, incluindo os reversíveis e os irreversíveis. Entre os obstáculos mais comuns para a cicatrização de feridas estão a desnutrição, a desidratação/hipovolemia, a hipóxia/hipoxemia e a infecção^{11,12}.



Úlcera crônica do membro inferior

O estado nutricional e a cicatrização de feridas

No caso de uma ferida o organismo eleva, significativamente, as necessidades nutricionais, pois a resposta catabólica à lesão é proporcional à sua gravidade¹³.

A desnutrição é a condição que se desenvolve quando nosso organismo não recebe a quantidade ideal de macro e micronutrientes necessários para manter a saúde, promover o crescimento de tecidos e a função normal dos órgãos. Pode ser o resultado do baixo consumo alimentar, da falta de nutrientes essenciais, de problemas na absorção ou do metabolismo alterado.

A má nutrição proteico-energética – associada com a redução da proteína corporal total –, a desidratação e a deficiência de micronutrientes assumem um efeito negativo na cicatrização das feridas⁴, pois comprometem a síntese das proteínas estruturais pelos fibroblastos, reduzem a elasticidade da pele, comprometem a coagulação e a imunidade e interferem na capacidade das células de defesa em controlar infecções¹⁴.

Isso pode ser muito desafiador, principalmente no acompanhamento de feridas em pacientes em risco de desnutrição, nos já desnutridos e nos idosos.



Lesão por pressão sacral estágio 4

Com uma perda de massa magra inferior a 10%, a ferida tem prioridade sobre o substrato proteico disponível. À medida que a massa magra diminui, a proteína será usada para restaurar a perda de massa magra, com menos disponibilidade para a ferida. A taxa de cicatrização da ferida diminui até que a massa magra seja restaurada. Com uma perda de massa magra superior a 30% do total, as feridas podem se desenvolver espontaneamente devido à fragilização da pele pela perda do colágeno¹⁵.

A presença de desnutrição está ainda diretamente relacionada com o aumento dos custos de internação hospitalar e do período de hospitalização, com a maior probabilidade de readmissão hospitalar após a alta e com maiores taxas de mortalidade¹⁶⁻²⁵.

Nutrição e cicatrização, portanto, possuem uma íntima associação²⁶. A manutenção de um estado nutricional ótimo é condição *sine qua non* para que uma cicatrização seja energeticamente efetiva, pois são necessários diversos nutrientes na formação dos novos tecidos¹⁶.

O estado nutricional ideal consiste no consumo dos macronutrientes e micronutrientes. Os macronutrientes são representados pelos carboidratos, lipídios e proteínas, e os micronutrientes pelas vitaminas e minerais. Ambos têm papel fundamental na cicatrização.

Prolina, arginina e a cicatrização

Os macronutrientes fornecem energia e mantêm o estado nutricional aparente do indivíduo. A energia para a construção de novas células é normalmente liberada das reservas corporais, entre elas as reservas proteicas. As proteínas são fundamentais para o processo cicatricial, por estarem diretamente envolvidas na formação da matriz proteica, dos vasos sanguíneos, dos tecidos e na defesa celular.

Além disso, nos últimos anos, tem sido salientada a relevância dos aminoácidos arginina e prolina em estudos envolvendo a cicatrização de feridas²⁷⁻³⁴.

A prolina

A prolina e o seu metabólito hidroxiprolina são aminoácidos únicos, tanto química quanto bioquimicamente. Eles constituem um terço dos aminoácidos constituintes do colágeno, que compreende cerca de 30% das proteínas do corpo. São os principais componentes extracelulares nos tecidos conjuntivos. Estão presentes na pele, tendões, cartilagens, vasos sanguíneos e ossos³¹⁻³⁴.

Ela desempenha importante papel no metabolismo e na nutrição, bem como na cicatrização de feridas, reações de oxidação e respostas imunes.

A prolina é fundamental para a síntese de colágeno e outras proteínas, e o corpo mantém um controle rigoroso sobre a biodisponibilidade deste aminoácido⁵. Durante os primeiros dez dias do início do processo de cicatrização, os níveis de prolina na ferida são 30-50% maiores do que os níveis plasmáticos, sugerindo que a importação de prolina na ferida ocorre ativamente ou que a biossíntese da prolina ocorre no ambiente da ferida³⁵.

A alta demanda de prolina durante o reparo da ferida pode causar uma deficiência local de prolina. Teoricamente, aumentar a biodisponibilidade da prolina seria uma estratégia atraente para otimizar a biossíntese de colágeno⁵.

A arginina

Nos seres humanos, a arginina auxilia na sustentação da massa muscular e do tecido conjuntivo. Mas, provavelmente, apresenta-se em quantidades insuficientes para manter a biossíntese ideal de colágeno na cicatrização após o surgimento de uma ferida⁵.

A arginina é um aminoácido não essencial que desempenha importante papel na síntese de proteínas. A arginina influencia positivamente a cicatrização de feridas, uma vez que é capaz de produzir mudanças microvasculares e na perfusão tissular, aumentando a produção de colágeno via síntese da prolina^{8,36-41}.

Embora a arginina compreenda uma pequena quantidade da molécula de colágeno (<5%), o fornecimento de arginina suplementar pode vir a atuar como precursor da prolina através do substrato para a conversão da via: arginina → ornitina → GSA (glutamato semialdeído) → prolina⁴². Além disso, a arginina pode também ter um efeito benéfico sobre a cicatrização de feridas por intermédio das suas funções imunoestimulantes^{39,43-45}.

Zinco, selênio e as vitaminas A, E e C na cicatrização

Os micronutrientes são essenciais na manutenção das funções dos órgãos, tecidos e células^{46,47}. Embora não contribuam caloricamente, eles são fundamentais para o processo de cicatrização, pois atuam como cofatores que participam de todas as fases da síntese de colágeno¹³.

O DITEN e o documento em espanhol sobre nutrição e cicatrização de feridas crônicas, GNEAUPP n° XII (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento em Ulceras por Presión y Heridas Crônicas), apontam que os micronutrientes como zinco e selênio e as vitaminas antioxidantes (A, E e C) relacionam-se com a melhor cicatrização das feridas^{8,36-41}.

O zinco

O zinco é um mineral essencial para a síntese de DNA, a divisão celular, a síntese de proteínas e a regeneração tecidual. É apontado como cofator para a produção de colágeno. Esse mineral é também exigido por todas as células de proliferação, incluindo células inflamatórias, células epiteliais e fibroblastos. Ele também desempenha importante papel na função imune.

O zinco está presente em aproximadamente 100 enzimas e em todas as metaloproteases. Valores baixos de zinco diminuem a formação de colágeno, promovendo retardo no processo de cicatrização, diminuição da resistência à tração e supressão da resposta inflamatória^{8,36-41}.

O selênio

O selênio é um mineral que tem propriedades antioxidantes, com consequente proteção contra a peroxidação. Esse micronutriente é necessário para a atividade antioxidante da glutatona peroxidase e para as selenoproteínas citoprotetoras. Desempenha papel essencial na regulação da migração, proliferação, diferenciação, ativação e função ótima de células do sistema imunológico, influenciando assim a imunidade inata (células B) e adquirida (células T)^{39,43-45}.

As vitaminas

As vitaminas A, E e C agem em todas as fases do processo de cicatrização^{12,48}. A vitamina A é antioxidante, melhora a imunidade celular, a síntese de colágeno e a epitelização. A suplementação de vitamina A melhora o processo cicatricial com aumento do número de monócitos e macrófagos na fase inflamatória e melhor atividade de diferenciação epitelial.

Sua deficiência está relacionada com o comprometimento da ação dos macrófagos e com a ineficiente deposição de colágeno por fibroblastos imaturos. A vitamina A reverte a ação anticicatricial do uso de anti-inflamatórios não esteroides e de corticoides (que danificam o lisossoma das membranas celulares).

A vitamina E mantém a integridade e a estabilização das membranas celulares e das organelas citoplasmáticas, atuando como um importante antioxidante lipolítico. Ela previne a peroxidação lipídica dos fosfolípidios da membrana celular pelos radicais livres.

A vitamina C é considerada um antioxidante-chave. Melhora a função imunológica (função dos neutrófilos), a síntese de colágeno, a hidroxilação de prolina e lisina e a angiogênese. Em situações de trauma, a vitamina C tem sua demanda aumentada. Ela melhora a quimiotaxia, estimula a produção de interferons e aumenta a capacidade fagocitária. Ela também atua como cofator não só na síntese de colágeno, mas também dos proteoglicanos e da MEC. É necessária para a formação e a liberação do procolágeno e da conversão em colágeno. Sua falta promove alterações das fibras de colágeno e da MEC, com diminuição da tensão elástica das fibras teciduais, contribuindo para as deiscências das feridas, diminuição da imunidade, fragilidade capilar, aumento da atividade inflamatória e da mortalidade.

Conclusão

Embora a cicatrização de feridas seja complexa, o resultado final desse processo é a reparação do tecido danificado. É a síntese do colágeno o fator necessário para a cicatrização⁴⁹, sendo

essa síntese dependente da hidroxilação da prolina e lisina, da presença de cofatores como vitaminas A, E e C, ferro, zinco e selênio e da oxigenação das células^{8,31,34,41}. E, para que esse processo ocorra de forma ideal, atenção especial deve ser dada a alguns fatores, tais como o aporte proteico energético adequado, o bom controle glicêmico e a hidratação⁵⁰⁻⁵².

O estado nutricional pode ser medido não só pela adequada evolução e resolução da ferida, mas também pela ausência de infecção e de outras complicações durante o processo cicatricial⁵³.

Mas, infelizmente, a desnutrição ainda é uma condição sub-reconhecida e subtratada^{54,55} que pode ser encontrada em todas as configurações de atendimento na saúde⁵⁶, como hospitais, clínicas, ambulatorios e home care. Também é encontrada em casas de apoio e nos domicílios, principalmente de idosos. A desnutrição tende a se tornar um problema ainda maior como resultado do envelhecimento da população⁵⁷. O processo de envelhecimento afeta as necessidades nutricionais: algumas exigências nutricionais aumentam, enquanto outras diminuem. Isso muitas vezes se traduz na necessidade de fontes de alimentos mais enriquecidos, permitindo receber os nutrientes necessários em menor volume de ingesta⁵⁸. Diminuição de apetite, problemas dentários, problemas psicossociais, doenças e enfermidades crônicas muitas vezes resultam em consumo de energia mais baixo e menor ingestão de nutrientes essenciais entre os idosos⁵⁸.

Mesmo com a alta prevalência da desnutrição em nosso meio, o reconhecimento pelos profissionais de saúde sobre o importante papel que a nutrição desempenha no bem-estar geral e no tratamento das doenças é muito baixo⁵⁹. Isso resulta em atraso ou omissão na intervenção nutricional precoce e adequada, deixando muitas pessoas sofrerem as consequências de uma má nutrição⁵⁹, como o déficit cicatricial de feridas.

O tratamento nutricional tem como objetivos a serem alcançados em um paciente portador de feridas:

- a. fornecer quantidade adequada de calorias,
- b. prevenir a desnutrição proteico-calórica,
- c. promover a cicatrização de feridas.

Portanto, uma intervenção nutricional oportuna e precoce irá ajudar a reverter as consequências negativas da desnutrição^{54,55}. Suplementos nutricionais dedicados para a cicatrização devem ser considerados desde a avaliação inicial como uma ferramenta de intervenção precoce no tratamento de feridas, pois o consumo energético para a reestruturação tecidual estará aumentado para dar suporte energético ao processo cicatricial.

Referências bibliográficas

1. Reinke M, Sorg H. Wound Repair and Regeneration. *Eur Surg Res*;49:36, 2012.
2. Sgonc R, Gruber J. Age-Related Aspects of Cutaneous Wound Healing: A Mini-Review. *Gerontology*;59:160, 2013.
3. Juhász I. Physiology of wound healing. Modern approach to wound care. *Orv Hetil*;147(47):2267-76, November, 2006.
4. Mehl AA. Feridas na clínica pediátrica: diagnóstico e tratamento. *Pediatria Moderna*;volXLVIII,p436-450, 2012.
5. Albaugh VL, Mukherjee K, Barbul A. Proline Precursors and Collagen Synthesis: Biochemical Challenges of Nutrient Supplementation and Wound Healing. *J Nutr*;147:2011-7, 2017.
6. Gurtner GC, Werner S, Barrandon Y, Longaker MT. Wound repair and regeneration. *Nature*; 453 (7193):314-21, May, 2008.
7. Barbul A, Regan MC. Biology of Wound Healing. In Fischer JA (ed): *Surgical Basic Science*. Mosby-Yearbook;p67-89, St. Louis, 1993.
8. MacKay D, Miller AL. Nutritional support for wound healing. *Altern Med Rev*; 8(4):361, 2003.
9. Ehrlich HP, Krummel TM. Regulation of wound healing from a connective tissue perspective. *Wound Repair and Regeneration*;4:203, 1996.
10. Levenson SM, Geever EF, Crowley LV et al. The healing of rat skin wounds. *Ann Surg*;161:293, 1965.
11. Wysocki A. Surgical wound healing. *AORN Journal*;49(2),502-518, 1989.
12. Todorovic V. Food and wounds: nutritional factors in wound formation and healing. *Br J Community Nurs*;Sep:43-4,46,48, 2002.
13. Dias CAMSV. Nutrição e Cicatrização de Feridas – Suplementação Nutricional? 2009. Monografia – Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação – Universidade do Porto. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54471>. Acesso em: 27/04/2011.
14. Hengstermann et al. Nutrition Status and Pressure Ulcer: What we need for nutrition screening. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*;31(4):288-94, 2009.
15. Demling RH. Nutrition, Anabolism, and the Wound Healing Process: An Overview. *Eplasty*;v9;p70, February 3, 2009.
16. Jorge SA, Dantas SRPE. Abordagem Multiprofissional no Tratamento de Feridas, Cap. 24, p337-349. Ed Atheneu, São Paulo, 2005.
17. de Onis M. Estimates of Global Prevalence of Childhood Underweight in 1990 and 2015. *J Am Med Assoc*; 291: 2600-6, 2004.
18. Correia ITD. Prevalence of Hospital Malnutrition in Latin America: The Multicenter ELAN Study. *Nutrition*; 19: 823-5, 2003.
19. Sullivan DH, Morley JE, Johnson LE et al. The GAIN (Geriatric Anorexia Nutrition) registry: the impact of appetite and weight on mortality in a long-term care population. *J Nutr Health and Aging*; 6: 275-81, 2002.
20. Pichard C. Nutritional Assessment: Lean body mass depletion at hospital admission is associated with an increased length of stay. *Am J Clin Nutr*; 79:613-8, 2004.
21. Smith PE, Smith AE. High-quality nutritional interventions reduce costs. *Healthcare Finance Management*; 51:66-9, 1997.
22. Pirlich M. The German hospital malnutrition study. *Clin Nutr*; 25: 563-72, 2006.
23. Chima CS. Relationship of nutritional status to length of stay, hospital costs, and discharge status of patients hospitalized in the medicine service. *J Am Diet Assoc*; 97: 979-80, 1997.
24. Thomas DL. Malnutrition in subacute care. *Am J Clin Nutr*; 75:308-13, 2002.
25. Green C.J. Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. *Clin Nutr*;18(Supp2):3-28, 1999.
26. Albaugh VL, Mukherjee K, Barbul A. Proline Precursors and Collagen Synthesis: Biochemical Challenges of Nutrient Supplementation and Wound Healing. *J Nutr*;147:2011-7, 2017 citando Thomas DR. Improving outcome of pressure ulcers with nutritional interventions: a review of the evidence. *Nutrition*;17:121-5, 2001.
27. Frías-Soriano L, Lage-Vázquez MA, Maristany CP et al. The effectiveness of oral nutritional supplementation in the healing of pressure ulcers. *J Wound Care*;13: 319-22, 2004.
28. Heyman H, Van De Looverbosch DEJ, Meijer EP et al. Benefits of oral nutritional supplement on pressure ulcer healing in long-term care residents. *J Wound Care*;17:476-81, 2008.
29. Cereda E, Gini A, Pedrolli C et al. Disease-specific, versus standard, nutritional support for the treatment of pressure ulcers in institutionalized older adults: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*;57:1395-1402, 2009.
30. Van Anholt RD, Sobotka L, Meijer EP et al. Specific nutritional support accelerates pressure ulcer healing and reduces wound care intensity in non-malnourished patients. *Nutrition*;26:867-72, 2010.
31. Wu G, Bazer FW, Burghardt RC et al. Proline and hydroxyproline metabolism: implications for animal and human nutrition. *Amino Acids*;40:1053-63, 2011.
32. Ponrasu T, Jamuna S, Mathew A et al. Efficacy of L-proline administration on the early responses during cutaneous wound healing in rats. *Amino Acids*;45:179-89, 2013.
33. Phang JM, Liu W, Hancock CN et al. Proline metabolism and cancer: emerging links to glutamine and collagen. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*;18:71-7, 2015.
34. Raynaud-Simon A, Belabed L, Le Naour G et al. Arginine plus proline supplementation elicits metabolic adaptation that favors wound healing in diabetic rats. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*;303:R1053-6, 2012.
35. Albaugh VL, Mukherjee K, Barbul A. Proline Precursors and Collagen Synthesis: Biochemical Challenges of Nutrient Supplementation and Wound Healing. *J Nutr*;147:2011-7, 2017 citando Caldwell MD, Mastrofrancesco B, Shearer J, Bereiter D. The temporal change in amino acid concentration within wound fluid—a putative rationale. *Prog Clin Biol Res*;365:205-22, 1991.
36. Singer P. Nutritional care to prevent and heal pressure ulcers. *Isr Med Assoc J*; 4: 713-6, 2002.
37. Soriano JV, Perez EP. Nutrição e feridas crônicas. Grupo nacional para el estudio y asesoramiento em úlceras por presión y heridas crónicas. Documento técnico GNEAUPP, nºXII, 2011.
38. Correia MITD, Renofio J, Serpa L et al. Sociedade Brasileira de Nutrição, Parenteral e Enteral; Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional para Portadores de Úlceras por Pressão. Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina – Projeto Diretrizes (DITEN), 2011.
39. Huang Z, Rose AH, Hoffmann PR. The role of selenium in inflammation and immunity: from molecular mechanisms to therapeutic opportunities. *Antioxid Redox Signal*; 16: 705-43, 2012.
40. Posthauer ME, Dorner B, Collins N. Nutrition: a critical component of wound healing. *Adv Skin Wound Care*; 23: 560-72, 2010.
41. Doley J. Nutrition management of pressure ulcers. *Nutr Clin Pract*; 25: 50-60, 2010.
42. Albaugh VL, Mukherjee K, Barbul A. Proline Precursors and Collagen Synthesis: Biochemical Challenges of Nutrient Supplementation and Wound

Healing. J Nutr;147:2011-7, 2017 citando RIZK M, Witte MB, Barbul A. Nitric oxide and wound healing. World J Surg;28:301-6, 2004.

43. Mattmiller SA, Carlson BA, Sordillo LM. Regulation of inflammation by selenium and selenoproteins: impact on eicosanoid biosynthesis. J Nutr Sci; 2: e28, 2013.

44. Institute of Medicine. Dietary reference intakes: a risk assessment model for establishing upper intake levels for nutrients. Washington (DC): National Academy Press; 1998.

45. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids. Washington (DC): National Academy Press; 2000.

46. Geovanini T, Oliveira Jr AG, Palermo, TCS. Manual de Curativos. 2ª Ed. Rev. e ampl. Editora Corpus, São Paulo, 2008.

47. Anderson B. Nutrition and wound healing: the necessity of assessment. British Journal of nursing; 14(19): S30-38, 2005.

48. Bottoni A, Rodrigues RC, Celano RMG. Papel da nutrição na cicatrização. Revista Ciências em Saúde; 1(1): 1-5, 2011.

49. Armstrong DG et al. Effect of oral nutritional supplementation on wound healing in diabetic foot ulcers: a prospective randomized controlled trial. On behalf of the Diabetic Foot Nutrition Study Group, Nutritional supplement for diabetic foot ulcers. Diabet. Med;31:p1069, 2014.

50. Wild T, Rahbarnia A, Kellner M et al. Basics in nutrition and wound healing. Nutrition; 26: 862-6, 2010.

51. Ord H. Nutritional support for patients with infected wounds. Br J Nursing;16:1346-8,1350-2, 2007.

52. Collins N. Protein and wound healing. Adv Skin Wound Care;14:288-9, 2001.

53. Albaugh VL, Mukherjee K, Barbul A. Proline Precursors and Collagen Synthesis: Biochemical Challenges of Nutrient Supplementation and Wound Healing. J Nutr;147:2011-7, 2017 citando Arnold M, Barbul A. Nutrition and wound healing. Plast Reconstr Surg;117:42S-58S, 2006.

54. Lennard-Jones J. A Positive Approach to Nutrition as Treatment. London: Kings Fund Centre, 1992.

55. Green CJ. Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. Clinical Nutrition;18:Supp2:3-28, 1999.

56. Kaiser MJ et al. World-Wide Data on Malnutrition in the Elderly According to the Mini Nutritional Assessment® (MNA) – Insights from an International Pooled Database. Clinical Nutrition;4(S2):113, 2009.

57. Elia M et al. Combating Malnutrition: Recommendations for Action, Redditch, UK, British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, 2008.

58. Hiesmayr M et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalized patients: Nutriition Day survey 2006. Clinical Nutrition; 28:484 – 491, 2009.

59. Norman, K et al. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clinical Nutrition; 27: 5-15, 2008.

24 de MARÇO DE 2018

Sábado - 8:00 às 17:30h

LOCAL: HOTEL MERCURE UNIDADE JARDINS - SÃO PAULO

I Jornada Interdisciplinar em Envelhecimento

INTERGERACIONALIDADE: Desafios e Oportunidades

- Palestrantes renomados
- Temas relevantes e atuais
- Espaço para debates

Realização:

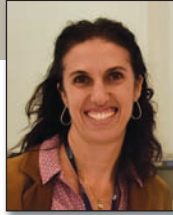


Parceiros:



PROGRAMAÇÃO E INSCRIÇÕES
www.empresainteracao.com

CONTATO
interacaopc3@gmail.com



Marcela Cypel

Doutora em ciências visuais pelo Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); médica oftalmologista voluntária do Departamento de Oftalmologia da Unifesp e colaboradora afiliada do Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso (PADI/Unifesp); médica associada à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)

E-mail macypel@gmail.com

Como identificar alterações visuais nos idosos – *insights* sobre oftalmogeriatría

TAKE HOME MESSAGE

1. Em caso de suspeita de alteração visual, o primeiro ponto é lembrar que a visão interfere em mais do que apenas enxergar bem. Vários trabalhos associam a baixa acuidade visual com maior risco de queda, maiores taxas de isolamento e depressão.
2. O não oftalmologista pode ajudar muito na identificação, suspeita e orientação inicial do paciente.
3. No contexto atual, no qual há maior disponibilidade de informações, a demanda de entendimento é maior e a interdisciplinaridade traz vantagens na conduta dos casos. Faz-se necessário incluir a oftalmologia nesse contexto. Pode-se trabalhar em conjunto na implementação de cuidados com a visão, na suspeita da queixa visual e na estimulação do uso de recursos auxiliares prescritos.

As alterações visuais após os 60 anos são mais comuns do que suspeitamos e, dependendo do caso, vão além de apenas um incômodo da visão, podendo gerar dificuldades na rotina das atividades diárias e na qualidade de vida do indivíduo envolvido.

Os relatos mais comuns são queixas objetivas, como baixa de acuidade visual progressiva, perda de campo de visão periférico, visão dupla ou embaçamento visual. No entanto, outros sinais, como maior frequência de tropeços ou quedas, isolamento, bater o carro ou piora na condução do veículo, e diminuição no interesse da leitura também podem estar relacionados a alterações visuais.

Se suspeitarmos da presença de uma alteração visual, o primeiro ponto é lembrar que a visão interfere em mais do que apenas enxergar bem. São inúmeros os trabalhos que associam a baixa acuidade visual com maior risco de queda, maiores taxas de isolamento e depressão.

O segundo ponto é testar os olhos em separado e sempre com a melhor correção vigente. A recomendação de se testar a visão usando sempre o melhor padrão visual (por exemplo, se o indivíduo usa óculos para longe, deve testar a visão usando-o) é importante, porque existem casos em que a visão medida sem óculos é significativamente pior e muito discrepante do que a corrigida com óculos. Isso faria com que um idoso

migrasse de uma classificação visual de cego sem óculos para uma visão normal usando a correção adequada. A preconização de se testar os olhos separadamente se justifica pelo fato de que, em algumas ocasiões, temos um olho que está enxergando muito bem e que mascara a baixa de visão do outro olho quando ambos estão trabalhando conjuntamente.

Em terceiro lugar, deve-se valorizar a queixa visual quando referida pelo próprio idoso. Se ela não for valorizada e investigada, pode-se perder a chance de um diagnóstico precoce e de um tratamento com melhores chances de resultado.

O não oftalmologista pode ajudar muito na identificação, suspeita e orientação inicial do paciente. Para investigar não é necessário, num primeiro momento, estar munido da Tabela de Snellen (utilizada no consultório oftalmológico para medir a visão para longe) nem da Tabela de Jaeger (utilizada no consultório oftalmológico para medir a visão de perto), nem fazer testes de contraste e de campo visual computadorizado. Existem formas auxiliares de investigar a visão, e a sua divulgação é de extrema importância e utilidade.

A acuidade visual para longe pode ser investigada olhando para um mesmo objeto, como um quadro da sala que tenha imagens maiores, menores, rosto de pessoas ou detalhes de tamanhos diferentes, a uma distância de 6 metros, primeiro com um olho e depois com o outro, sempre utilizando o melhor par de óculos que o idoso usar. Deve-se investigar se ambos os olhos estão vendo a mesma imagem, com a mesma nitidez e com a mesma facilidade. Um relógio de ponteiros da cozinha também pode servir para essa avaliação.

A acuidade visual para perto pode ser averiguada, por exemplo, com o auxílio de uma palavra cruzada ou de um texto com letras de diferentes tamanhos, que inclua letras pequenas e algum desenho com linhas de contorno, posicionando a uma distância aproximada de 33 centímetros. Nesse caso, também avaliar os olhos em separado com a melhor correção/óculos usada pelo idoso e observar se o quadriculado está com as linhas definidas, contínuas e retas, assim como se as palavras escritas estão nítidas.

Na presença de piora da visão, especialmente a de aparecimento recente, deve-se orientar a investigação da causa por um especialista. Fisiologicamente é esperada uma diminuição de algumas linhas de visão nos idosos longevos, assim como uma menor adaptação ao claro/escuro, uma menor percepção de detalhes e uma maior dificuldade em discriminar cores ou contrastes. No entanto, embora exista uma perda visual fisiológica

esperada com o passar dos anos, não é necessário que o envelhecimento seja acompanhado de uma baixa visão. É importante que a causa seja esclarecida não só para introduzir o tratamento mais adequado, mas também para orientação do idoso, da sua família e da equipe responsável por seus cuidados.

A visão dupla, em alguns casos, não é fácil de ser identificada e pode ser descrita como uma sombra na imagem ou um borramento de descrição inespecífica. O importante nesses casos é que a queixa de diplopia (visão dupla) deve ser sempre valorizada e seguida de investigação, pois, se ela estiver realmente presente, na maioria das vezes está relacionada ao acometimento do sistema nervoso central, o que envolve, portanto, uma parte neurológica.

Queixas referidas de perda de campo de visão podem ser avaliadas de forma mais genérica, através do teste de confrontação do campo visual. Partindo-se do princípio de que o examinador em questão tem um campo visual preservado e dentro do normal, ele deve sentar-se na mesma altura do idoso a ser examinado e confrontar o seu campo de visão com o campo de quem está sendo avaliado. Para isso, pode-se usar um objeto como uma caneta de tampa colorida e questionar se o idoso vê, sem mover a cabeça, a posição em que ele está alocando o objeto. Mais uma vez vale lembrar que os olhos devem ser examinados em separado.

Se o idoso referir a presença de uma doença ocular como catarata, degeneração macular relacionada à idade (DMRI), glaucoma ou retinopatia diabética, é de se esperar que em qualquer uma delas exista alguma queixa visual, se estiverem num estágio moderado e avançado. Essas queixas podem ser um embaçamento geral na visão frequente na catarata, ou uma mancha central no campo de visão presente na DMRI, uma deficiência no campo visual periférico no caso de um glaucoma, ou escotomas relativos no campo visual decorrentes da retinopatia diabética. De toda forma, se o idoso já refere uma doença ocular de base, isso facilita a valorização da queixa, e muitas vezes ele já tem um acompanhamento oftalmológico de rotina.

Por outro lado, algumas alterações, como estereopsia (percepção de profundidade) e dificuldades com contraste, não são muitas vezes referidas pelo idoso e não são avaliadas com os testes anteriormente descritos neste texto.

A percepção de profundidade é de extrema importância quando pensamos em risco de queda ou risco de acidentes domésticos de um idoso. No consultório oftalmológico existem exames diretos e específicos para essa investigação. Uma infor-

mação relevante para o não oftalmologista é que, quando um olho está com uma visão muito diferente do outro (diferença de 4 linhas de visão ou mais na tabela de Snellen), o efeito 3D está ameaçado, podendo falhar ou deixar de existir. Nesse caso, fica a ressalva de que idosos que têm um olho único com boa visão devem ser orientados a ter atenção redobrada ao descer escadas, andar na rua, dirigir e cozinhar. Nessas situações, é necessário um período de adaptação e aprendizado para o indivíduo que passou a ter um olho como principal, diferentemente daquele que nasce ou adquire uma visão monocular desde criança.

Assim como as alterações de profundidade, o indivíduo não costuma referir queixas de contraste. Não é comum uma queixa direta de que o contraste está ruim ou de que ele gostaria de um maior contraste, especialmente para ler. É uma queixa que vem dissimulada: o idoso não descreve, mas observa-se uma maior dificuldade para ler um jornal do que para ler uma revista, embora ambos tenham mais ou menos o mesmo tamanho de fonte. O que acontece é que é mais fácil ler o preto no branco da revista do que ler o preto no cinza do jornal. Nesse caso, uma medida que pode auxiliar é melhorar a iluminação local, usar uma luz direta ou um foco de luz sobre o papel de leitura. Vale lembrar que se deve atentar para a existência de alguma outra queixa visual acompanhando a alteração do contraste que deva ser investigada mais a fundo.

Conclusão

As medidas aqui referidas auxiliam numa primeira conjectura de que alguma alteração na visão pode estar presente e também podem ser usadas para acompanhamento e monitoramento da

visão. No entanto, é importante frisar que todas elas são formas não específicas, genéricas, para suspeitas iniciais de que alguma alteração visual está ocorrendo. Na suspeita ou constatação identificada de um prejuízo da visão, uma avaliação oftalmológica deve ser realizada por um especialista da área.

Há uma tendência de as questões que envolvem a visão ficarem muitas vezes isoladas no seu entendimento e na sua abordagem, por se tratar de uma área médica muito específica. No entanto, no contexto atual, no qual as informações estão todas mais disponíveis, a demanda de entendimento é maior e a interdisciplinaridade traz vantagens na conduta dos casos – faz-se necessário incluir a oftalmologia nesse cenário. Pode-se trabalhar em conjunto na implementação de cuidados com a visão, na suspeita da queixa visual e na estimulação do uso de recursos auxiliares prescritos.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) preconiza que, após os 60 anos, exames oftalmológicos regulares anuais devem ser realizados nos idosos com olhos saudáveis. Na presença de doenças oftalmológicas, esses intervalos podem ser encurtados. Trabalhos científicos com populações idosas e longevas mostram como os olhos de idosos sexagenários são diferentes dos olhos de idosos octogenários, que também são diferentes dos olhos de idosos nonagenários, que por sua vez são diferentes dos olhos de idosos centenários. Cada um tem suas peculiaridades e prevalência de doenças.

Reconhecer a dificuldade, valorizar e investigar a sua causa, determinar o desempenho atual e a capacidade visual presente permite buscar a melhor qualidade de visão, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Referências bibliográficas

1. Cypel MC, Belfort Jr R. *Oftalmogeriatrics*. São Paulo: Roca; 2008.
2. Cypel MC; Salomão RS; Dantas PEC; et al. Vision status, ophthalmic assessment, and quality of life in the very old. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2017;80(3):159-164.
3. Ferracini MR; Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(6):709-16.
4. Salomão SR, Cinoto RW, Berezovsky A, et al. Prevalence and causes of vision impairment and blindness in older adults in Brazil: the São Paulo Eye Study. *Ophthalmic Epidemiol.* 2008;15(3):167-75.
5. Salomão SR, Berezovsky A, Furtado JM, et al. Vision Status in Older Adults: The Brazilian Amazon Region Eye Survey. *Sci Rep.* 2018;Jan 17;8(1):886.

Baldacci

Dislipidemia: o que mudou?

Por Amanda Santoro Fonseca Bacchin e Luciana Zimmermann de Oliveira*

O envelhecimento populacional é um fenômeno em quase todos os países do mundo. Junto com a transição demográfica das últimas décadas, verificou-se um importante aumento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, como a perda da autonomia e da independência funcional, que, além de demandarem maiores custos para os serviços de saúde, exigem um reordenamento de suas ações prioritárias.

As doenças cardiovasculares, como infarto e acidentes vasculares, representam bem os danos causados à saúde da população. Elas ainda são a principal causa de mortalidade em todo o mundo e podem limitar as atividades do indivíduo, piorando sua qualidade de vida ou causando dependência.

O avançar da idade também aumenta a prevalência das doenças originárias do aparelho circulatório como um todo. Tais doenças são multifatoriais, mas sabe-se que as elevadas taxas de lípidos circulantes aumentam sua incidência.

As dislipidemias, em especial as hiperlipidemias, contribuem para a formação da placa aterosclerótica e para a formação de trombos que irão ocluir as artérias, interrompendo o fluxo sanguíneo e causando morte tecidual.

Em 2017, a Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, baseada nos principais consensos internacionais e adaptando os conceitos e tratamentos para a nossa população. Neste artigo, apresentaremos os novos conceitos.

Assim, a classificação das dislipidemias se apresenta como:

- hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-c (≥ 160 mg/dL);
- hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos TGs (≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se a amostra for obtida em jejum);
- hiperlipidemia mista: valores aumentados de LDL-c (≥ 160 mg/dL) e TG (≥ 150 mg/dL ou ≥ 175 mg/dL, se a amostra for obtida em jejum). Se o TG dosado for > 400 mg/dL, deve-se considerar hiperlipidemia mista quando o não HDL-c ≥ 190 mg/dL.

d) HDL-c baixo: redução do HDL-c (homens < 40 mg/dL e mulheres < 50 mg/dL) isolada ou em associação a aumento de LDL-c ou de TG.

Após o diagnóstico, a diretriz recomenda três etapas para a estratificação do risco: a determinação da presença de doença aterosclerótica significativa ou de seus equivalentes; a utilização dos escores de predição do risco (Escore de Risco Global e Escore de Risco pelo Tempo de Vida); e, por fim, a reclassificação do risco predito pela presença de fatores agravantes do risco.

Em pacientes idosos, entretanto, a decisão sobre o tratamento ou não da dislipidemia não deve se basear somente na análise objetiva do risco através da simples utilização dos diagramas preconizados. Nesses casos, vale uma boa avaliação geriátrica para definir quando iniciar o tratamento e quais serão suas metas. Pacientes terminais ou com neoplasia maligna e pacientes que apresentam quadros demenciais devem ter seu tratamento individualizado, pesando riscos e eventuais benefícios da terapêutica.

Uma vez decidido tratar o idoso, as metas para o controle lipídico não diferem das do adulto jovem e, conforme essa atualização, elas estão ainda mais rígidas.

Assim, caso seja classificado em:

- muito alto risco: a meta alvo fica LDL-c < 50 mg/dL ou < 80 mg/dL para o não HDL-c;
- alto risco: LDL-c < 70 mg/dl e colesterol não-HDL-c < 100 mg/dl;
- risco intermediário: LDL-c < 100 mg/dl e não HDL-c < 130 mg/dl;
- baixo risco cardiovascular: LDL-c < 130 mg/dL e não HDLc < 160 mg/dL.

Para atingir tais objetivos com sucesso, contamos com um vasto arsenal terapêutico, mas as mudanças no estilo de vida – prática de atividade física regular, cessação do tabagismo, consumo controlado de álcool e dieta pobre em gorduras, principalmente os ácidos graxos saturados e as gorduras trans –

devem estar presentes em todas as etapas do tratamento.

As estatinas são as drogas de primeira linha para o tratamento das dislipidemias, reduzindo os níveis de LDL-c e TG com baixa ocorrência de efeitos adversos. Nos estudos clínicos, a incidência de miopatia é muito baixa (0,1% a 0,2%) e não está relacionada com a dose. Na prática clínica, há elevação da CK em cerca de 3% dos casos e a toxicidade hepática é muito rara (1% dos pacientes apresenta aumento das transaminases superior a três vezes o limite da normalidade).

Para norrear qual estatina devemos escolher e qual dose utilizar, elas foram classificadas pela sua potência em reduzir o colesterol:

- baixa: sinvastatina 10 mg, pravastatina 10-20 mg, pitavastatina 1 mg;
- média: sinvastatina 20-40 mg, pravastatina 40-80 mg, pitavastatina 2-4 mg, atorvastatina 10-20 mg, rosuvastatina 5-10 mg;
- alta: atorvastatina 40-80 mg, rosuvastatina 20-40 mg, sinvastatina 40mg/ezetimiba 10 mg.

Os indivíduos de muito alto risco e de alto risco devem sempre receber estatinas de alta potência ou sinvastatina associada a ezetimiba. Já os indivíduos de risco intermediário devem receber estatinas de média potência, e assim sucessivamente.

Alternativamente, outros hipolipemiantes combinados ou alimentos funcionais, como os fitosteróis, podem ser empregados.

Portanto, devemos concluir que o tratamento das dislipidemias é necessário também para o idoso, independentemente de sua idade, mas conforme sua funcionalidade e expectativa de vida. Para isso, valem o acompanhamento multiprofissional regular e a mudança no estilo de vida.

Amanda Santoro Fonseca Bacchin Médica geriatra; especialista em geriatria pela SBGG; doutoranda em cardiologia pela Unifesp; membro da diretoria da SBGG 2016-2018; médica assistente do Hospital do Servidor Público Municipal, do Hospital Ipiranga e do Hospital Maria Braido

Luciana Zimmermann de Oliveira Médica geriatra; especialista em geriatria pela SBGG; membro da diretoria SBGG-SP biênio 2016/2018; médica assistente do Serviço de Geriatria e Gerontologia do Hospital do Servidor Público Municipal

Referências bibliográficas

1. Arq Bras Cardiol 2017; Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. 109(2Supl.1):1-76.

Aptare

GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Aproximando o profissional clínico da geriatria e da gerontologia

Para receber a revista gratuitamente, envie seu nome completo, CRM e endereço para contato@dinamoeditora.com.br



Culturas em transição

Como um curso de educação à distância pode ser o primeiro passo para uma revolução no cuidado do idoso no Brasil

À primeira vista, o Avante Helping Care poderia ser mais uma plataforma de educação à distância, voltada para a atualização de profissionais de saúde. Na realidade, ela pode ser o primeiro passo para uma guinada na organização do cuidado do paciente idoso no Brasil.

Lançada em novembro de 2017, a plataforma Avante Helping Care surgiu de uma parceria entre o Gruppo Toniolo e a Nestlé Health Science. O curso é formado de apresentações mensais, transmitidas em vídeo, que o profissional pode assistir de onde estiver. Serão 13 aulas ao todo, ministradas por grandes especialistas brasileiros. A iniciativa tem o apoio da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo, que participou da elaboração da grade científica.

A plataforma Avante Helping Care é um dos braços do programa Avante EAD, da Nestlé Health Science, que conta ainda com o Avante Hospitalar, um curso à distância em que são abordados temas relacionados ao paciente hospitalizado. “Nós tínhamos o desejo de conversar também com o profissional no ambiente extra-hospitalar, porque não são os mesmos tópicos do paciente crítico. A abordagem e a preparação desse profissional são outras, bem como o cuidado com o paciente. Não dá para simplesmente reproduzir fora do hospital o que se faz dentro dele”, explica Mariana Lemos Kneubuhler, gerente de marketing da Nestlé Health Science.

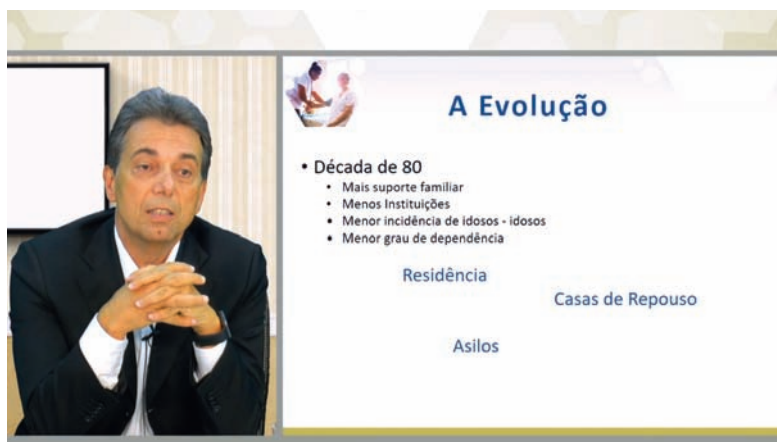
Paralelamente, o geriatra João Toniolo Neto, do Gruppo Toniolo, vinha pensando na mesma direção, mas de uma maneira mais macro: era preciso, de fato, preparar melhor o profissional de saúde para cuidar do idoso fora do hospital. Isso seria melhor não apenas para o paciente, que receberia um cuidado mais adequado, como também para toda a cadeia de saúde, que

estaria mais preparada para as nuances desse processo.

“A educação continuada é o pontapé inicial de um processo maior de educação. Avançamos muito no cuidado do idoso, mas o treinamento das pessoas que trabalham na ponta não acompanhou, pela própria discriminação que cerca o tema. A sociedade preferiu fechar os olhos e, quando veio a necessidade, não tínhamos profissionais qualificados”, diz Toniolo.

Seu raciocínio é simples e bem amarrado: se todas as fases do cuidado forem bem definidas, todos ganham. O problema é que hoje um idoso recebe alta mas nem ele nem sua família têm clareza em relação ao passo seguinte. Qual a melhor opção em seu caso? Uma unidade de cuidados pós-agudos? Home care? Uma instituição de longa permanência?

É aqui que entra a desospitalização, uma ideia cada vez mais adotada por hospitais, inclusive com a formação de equipes especializadas. A desospitalização prevê que o paciente seja encaminhado para a estrutura mais adequada para a sua recuperação, onde ele possa receber um cuidado mais



O geriatra João Toniolo Neto apresenta a primeira aula do Avante Helping Care

específico para sua situação. “Mas, para que ele seja mais bem cuidado nesses lugares, é preciso que o profissional tenha conhecimento. Daí termos criado o Helping Care.”

Próxima fase

Além de proporcionar atualização científica aos profissionais na ponta da cadeia de saúde, o Helping Care pretende estimular o médico a participar do processo de transição do paciente. Segundo Toniolo, esses profissionais são ótimos no atendimento hospitalar, mas não são treinados para pensar na estrutura mais apropriada para a reabilitação do idoso, uma vez assinada a alta. “Os médicos têm um protocolo muito bom dentro do hospital, mas qual o protocolo para mandar o indivíduo para casa? Eles não sabem, por exemplo, que podem encaminhar o paciente para uma unidade de cuidados pós-agudos. Forma-se então um degrau muito grande entre o que o paciente recebe no hospital e o que acontece depois que ele tem alta”, explica.

Para o geriatra, esse fluxo no cuidado do idoso já vem sendo adotado em países desenvolvidos, como os EUA, e é preciso que o Brasil também se adapte a esse modelo. “Temos que mostrar que agora existe esse caminho, porque as necessidades dos idosos não são as mesmas, e o pior que pode acontecer é ele cair num lugar errado”, diz Toniolo.

Segundo Toniolo, essa mudança de mentalidade é boa inclusive para a saúde do mercado, pois as próprias instituições terão que refletir e definir de maneira mais clara qual o seu *core business*. Ele prevê uma segmentação cada vez maior entre as entidades e uma tendência para a transição contínua de cuidado. Aqui o especialista ressalta novamente a necessidade de educação. “Essa questão do cuidado contínuo ainda não foi criada do ponto de vista do conhecimento”, diz.

Toniolo tem bem claro que o caminho para organizar esse mercado é a educação, tanto do funcionário que está na ponta quanto do médico responsável pela alta. “Hoje existe uma imensa judicialização para que isso aconteça, mas ela não garante que o idoso seja encaminhado para o lugar correto. Se conseguirmos organizar o mercado de forma que a fonte pagadora entenda que existe uma lógica de cuidado, que inclusive vai ser mais barato, ela vai entender a importância da transição de cuidados e aí vai ser ainda mais importante treinar as pessoas em suas particularidades”, finaliza.

O geriatra destaca que já pensa numa estrutura mais ampla para dar continuidade ao processo de educação. “Estamos desenvolvendo uma divisão de treinamento e eventos, com a formação de *boards* e simpósios específicos envolvendo os profes-

sionais, para que eles mesmos comecem a criar os protocolos de transição dos pacientes”, adianta.

COBERTURA NACIONAL



Avante EAD é a plataforma de educação continuada à distância gratuita da Nestlé Health Science. O recurso é voltado para profissionais interessados em se atualizar na área hospitalar ou extra-hospitalar. Na última aula, em março, que tratou do tema Lesão por Pressão, foi registrado um recorde de quase 3 mil pessoas assistindo ao vivo, dos quais 2 mil eram enfermeiros. Os alunos estavam espalhados em mais de 400 cidades brasileiras. “A plataforma EAD é uma maneira de levar conhecimento de ponta e atualização científica de forma rápida e democrática para um público muitas vezes carente de informação”, relata Mariana Lemos Kneubuhler, gerente de marketing da Nestlé Health Science.

Segundo ela, entre os cadastrados no curso incluem-se profissionais das mais variadas áreas: enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, medicina, além de diretores de ILPIs, cooperativas e empresas de home care.

Entre os tópicos a serem abordados nas aulas estão sarcopenia, disfagia, síndromes demenciais, manejo de medicações, cuidados de final de vida e avaliação nutricional. Segundo a gerente de marketing, o retorno dos participantes tem sido muito bom, com um alto grau de envolvimento dos alunos, com perguntas e observações. A *fanpage* do curso no Facebook tem cerca de 48 mil seguidores.

Os participantes que assistirem 80% do curso ao vivo ou dentro de 24 horas após a transmissão receberão um certificado emitido pela SBGG-SP.

Para saber mais, acesse: www.avanteead.com.br e escolha a opção Avante Helping Care.

Avante é a plataforma gratuita de educação continuada à distância da **Nestlé Health Science** para você, profissional da saúde que deseja expandir seus conhecimentos em **assistência extra-hospitalar**.



AULAS ESPECIALIZADAS RECONHECIDAS PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - SP

RECEBA SEU CERTIFICADO

Assista ao vivo ou até a meia-noite do dia seguinte e receba seu certificado de participação. Ao final do ano, comprovando a participação em 80%, você receberá o certificado do **curso de extensão**.

CONHEÇA A NOSSA PROGRAMAÇÃO:

05 | Sarcopenia: conceito e abordagem

FEV

10 | Disfagia e Desidratação

ABR

05 | Nutrição Enteral e Parenteral

JUN

14 | Síndromes Demenciais

AGO

02 | Manejo de medicações

OUT

13 | Infecção: prevenção e cuidados

NOV

06 | Lesões por Pressão

MAR

08 | Avaliação Nutricional e Indicadores na Prática

MAI

31 | Cuidados no final da vida

JUL

18 | Oncologia e Oncogeriatria

SET

30 | Organização de cuidados

OUT

SEJA UM(A) ALUNO(A) AVANTE

Acesse avantead.com.br escolha seu foco de ensino, faça o cadastro e assista aos vídeos na íntegra.

Curta nossa fanpage e fique por dentro das novidades de Avante!

facebook.com/AvanteNestle

MERCADO IMOBILIÁRIO

se prepara para atender público sênior

Apartamentos adaptados, área social com atividades voltadas aos idosos, botão de emergência e até consultório médico são alguns itens dos empreendimentos projetados para essa faixa etária

Por **Silvia Sousa**

Lugar de idoso não é numa instituição de longa permanência, mas sim em uma moradia que facilite a integração social entre várias gerações, que motive a mobilidade e incentive a prática de atividades físicas. Essa é a ideia do arquiteto alemão Mathias Hollwich, que passou a pesquisar a velhice e sua integração com a sociedade e a arquitetura quando completou 40 anos. Naquele momento, ele se deu conta de que, de acordo com as estatísticas, já havia vivido metade de sua vida, e se propôs a descobrir como poderia viver dali para a frente com mais qualidade, pleno e feliz. De tudo o que viu, surgiu o livro *New Aging – Live Smarter Now to Live Better Forever* (algo como Novo envelhecimento: viva de forma mais inteligente agora para viver melhor para sempre), ainda inédito no Brasil.

Para ele, a sociedade precisa criar mecanismos para incorporar e manter ativas as pessoas com mais de 60 anos, e a arquitetura é um dos pilares que possibilitam isso. Casas adaptadas e construídas em meio a uma estrutura que motive a integração devem ser uma realidade e são fundamentais para a população que chega à velhice.

Vida mais produtiva e saudável

Suas ideias vão ao encontro do que os especialistas veem em seu dia a dia: idosos mais ativos, produtivos e com vontade de manter sua independência pelo maior tempo possível. Para isso, é preciso viver em um ambiente que permita esse estilo de vida. Essa discussão ainda é recente por aqui, mas é um assunto em alta em muitos países, como os Estados Unidos. Se a ideia é não precisar de uma instituição de longa permanência, por que não viver em um edifício voltado à senioridade? De olho nisso, construtoras começam a criar projetos que visam manter a vida produtiva aliada aos cuidados exigidos nessa faixa etária. “Em-

preendimentos planejados para esse público conseguem prover maior segurança, normalmente pensam nas questões da sociabilidade e em serviços que são necessários para essa população. Como todo negócio, quando ele é idealizado para um nicho de mercado, ele prevê a maioria de suas necessidades”, explica a mestre em gerontologia Denise Mazzaferro, da Angatu Integração e Desenvolvimento Humano, de São Paulo.

A Tecnisa é uma das construtoras que têm um projeto novo com essas características. Chamado Senior Living, será instalado dentro do bairro planejado Jardim das Perdizes, em São Paulo. Além de apartamentos equipados, o prédio terá elevador com espaço para maca, enfermeiro de plantão e área comum estilo clube, com sala de ginástica, salão de jogos, área de caminhada, salão de beleza, biblioteca, restaurante e até área para instalação de consultórios médicos. O morador terá à disposição serviço de administração de medicamentos, cuidadores para apoiá-los em suas atividades diárias, acompanhamento nutricional e até atendimento de urgência. A ideia é que o edifício seja gerido por uma bandeira hoteleira e conte com a prestação de serviços assistenciais de um hospital.

Moradia adaptada é tendência

Para Denise, nos próximos anos as moradias voltadas aos idosos devem virar tendência, já que estão diretamente ligadas ao envelhecimento populacional. “O mercado deve ampliar todos os produtos e serviços para atender esse novo nicho”, diz.

O Sindicato das Empresas de Compra, Venda, Locação e Administração de Imóveis Residenciais e Comerciais (Secovi) não tem estatísticas a respeito dessa nova fatia de mercado, mas sabe-se que devem aparecer novidades por aí nos próximos anos. “A população brasileira está envelhecendo, e é de suma importância pensar nesse público. O Brasil, que sempre foi um país de jovens,



Fotolia

COHOUSING É OUTRA POSSIBILIDADE DE HABITAÇÃO

Além desses novos edifícios, começa a surgir outro tipo de moradia que pode atrair o público sênior. São as *cohousings*, uma espécie de vila comunitária de casas ou apartamentos com alguns serviços compartilhados, como cozinha, biblioteca, área de lazer, sala de atividades e outras mordomias que atendam às necessidades dos moradores. Ainda recente no Brasil, esse conceito existe desde a década de 60 na Dinamarca e desde os anos 80 nos Estados Unidos, com foco multigeracional. Por aqui, um dos primeiros empreendimentos desse tipo está em fase de planejamento. A Vila ConViver é uma iniciativa dos professores da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e visa ao apoio mútuo e à troca de experiências entre os integrantes do grupo.

A psicóloga Lilian Shibata, fundadora da Aqal Consultoria, vem estudando o assunto há anos. Para ela, uma das vantagens desse tipo de moradia é unir diferentes gerações num mesmo espaço. “O fato de poder fazer trocas com crianças, adolescentes e pes-

soas de outra faixa etária traz uma gama de estímulos e desafios para o idoso. Além disso, foi feito um estudo que mostrou que uma das premissas básicas que garantem sobrevivência com saúde, seja espiritual, emocional ou física, é a rede de relacionamentos familiares ou de amigos que a pessoa constrói ao longo da vida. Isso é importante para manter a longevidade saudável”, diz Lilian. Por outro lado, sabe-se que pessoas nessa faixa etária querem manter a sua solitude – um estado de privacidade, mas sem se sentir só. Portanto, a *cohousing* se encaixaria perfeitamente nesse conceito. “A população com mais de 50 anos quer um canto para chamar de seu, mas ao mesmo tempo quer compartilhar uma área de alimentação, uma lavanderia, uma biblioteca, fazer uma pequena horta com os vizinhos ou participar da coleta e reutilização de materiais sustentáveis”, diz a psicóloga, que junto com duas arquitetas criou até um projeto de implantação de *cohousing*, o Viver 21.

Para ela, esse espaço é ideal porque o idoso consegue manter sua independência e autonomia. “E ele tem ao seu redor uma rede de afeto, de troca, de respeito um ao outro, o que garante uma longevidade saudável”, completa.

está se preparando em vários aspectos para o envelhecimento populacional, e o mercado imobiliário não pode ficar de fora. O primeiro passo do setor é tornar as unidades adaptáveis até chegar ao atendimento do desenho universal”, explica Flavio Amary, presidente do Secovi-SP.

Outra construtora que está se preparando para essa realidade é a Vitacon. Ela pretende lançar nos próximos anos, em São Paulo, um empreendimento funcional para ser habitado por idosos e pessoas com necessidades especiais. O projeto prevê apartamentos com portas com vãos maiores, barras de apoio nos banheiros, piso antiderrapante nas áreas molhadas, ambientes sem degraus, tomadas em altura acessível e botão de alarme dentro das unidades para acionar a portaria em caso de alguma emergência. Além disso, os moradores receberão uma pulseira que monitorará seus sinais vitais. As áreas comuns terão mobiliário com apoio para braços, e os tapetes serão banidos. Haverá um sistema pay-per-use (você só paga o que usa) de cuidadores, fisioterapeutas e profissionais especializados.

Na capital mineira, a Talent Construtora também tem essa preocupação. Embora não seja totalmente voltado à melhor idade, o edifício Bossa Nova, já em construção, tem à disposição dos interessados a planta Care+. Nesse caso, o apartamento conta com portas e corredores mais largos, quinas abauladas, tomadas mais altas, fechadura invertida para facilitar o manuseio, piso antiderrapante e sem brilho, barras de apoio nos banheiros, banco basculante dentro do box do chuveiro e botão de emergência. Serviços como supervisão médica e fisioterapia estão previstos no projeto, assim como uma academia totalmente preparada para o público 60+.

Mais do que adaptar os ambientes, todos esses empreendimentos têm um foco na qualidade de vida, fator que se mantém essencial quando o assunto é longevidade. Por isso, as áreas comuns são voltadas para atividades que atraem o público sênior, o que permite que ele tenha contato com outras pessoas, mantendo sua vida ativa e ao mesmo tempo cercada de cuidados.

QUANDO A OPÇÃO É CONTINUAR EM CASA

Ainda que existam outras opções de habitação, há muitos idosos que não querem sair da própria casa. Na maioria das vezes, o local está rodeado de boas lembranças e histórias que não devem ser esquecidas. “E isso faz muito sentido”, diz a arquiteta Flavia Ranieri, especialista em gerontologia. Pensando nisso, ela criou a Casa que Envelhece com Você. Trata-se de um projeto arquitetônico que será apresentado na próxima edição da Casa Cor São Paulo.

“Quero mostrar que é possível ter uma casa bacana com alguns cuidados que vão deixar o dia a dia do idoso muito mais

fácil”, diz a arquiteta. Ela explica que adaptar o espaço não significa tirar objetos e móveis da frente ou jogar fora itens considerados perigosos, mas sim ajustar, mudar de lugar ou trocar a função de um determinado objeto, preservando a memória e a identidade da pessoa. Um exemplo clássico é o tapete. Se ele se tornou algo perigoso pois pode provocar uma queda, uma solução é pendurá-lo na parede criando um lindo painel. Ou reorganizar a cozinha e instalar prateleiras mais baixas que permitam ao morador ter acesso a todos os seus utensílios sem que ele precise subir num banquinho. Isso faz com que o idoso mantenha a sua independência e a sua identidade e se sinta confortável e seguro no local em que ele sempre morou.

Aptare GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Aproximando o profissional clínico da geriatria e da gerontologia

Todo o conteúdo da *Aptare* e outras novidades do universo do envelhecimento estão disponíveis no site:

www.dinamoeditora.com.br



ROBÔS NA VIDA DIÁRIA



A empresa holandesa Tinybots, fundada em 2015, desenvolve robôs para a área da saúde. Seu modelo de negócio é

baseado em assinaturas anuais para familiares, centros médicos e cuidadores profissionais. Hoje, mais de 120 robôs estão em teste no país. Ainda neste ano, a primeira versão deve ser liberada para os primeiros 200 clientes da lista de espera da empresa.

O robô, batizado de Tessa, é conectado à internet e tem acabamento em madeira, tecido e flores de plástico, para passar a sensação de confiança, acolhimento e familiaridade. Ele é capaz de desempenhar inúmeras funções, como: (1) responder a perguntas simples, através de reconhecimento de voz e bancos de palavras; (2) cantar músicas, através da criação de playlists com as canções favoritas dos pacientes; (3) lembrar o horário de medicações, por meio de um aplicativo na nuvem para agendar lembretes e mensagens; e (4) organizar a rotina, utilizando lembretes de voz.

Familiares e cuidadores também conseguem ter acesso ao robô, através do aplicativo para smartphones. Assim, se for preciso que o robô lembre o idoso de alguma tarefa, basta escrever a mensagem e o horário, como num calendário.

Para saber mais: www.tinybots.nl

TRANSIÇÕES EM IMAGENS



Mudar para uma instituição de longa permanência não é uma tarefa simples. Ciente disso, a fotógrafa norte-americana Terry Gydesen

resolveu documentar a mudança de seus pais para uma ILPI. As imagens mostram como foi o processo: o casal idoso se desfazendo da antiga casa, vendendo os pertences que não conseguiriam levar para a nova residência, e a mudança para a ILPI.

“Encorajar meus pais, Louie e Darlene Gydesen, a mudar de sua casa para uma ILPI foi a coisa mais difícil que eu já fiz. Hoje, quatro anos depois, isso ainda me entristece muito. Mas eu sei que era a nossa única opção. Eu contratei uma mulher para nos ajudar com a mudança e quis convidá-la para ir até a casa no fim de semana para começar, mas minha mãe “entrou em pânico”. Foram necessárias três mudanças para diferentes instituições até encontrarmos uma que fosse aceitável para minha mãe. Hoje, dois anos depois da morte de meu pai, a tristeza e o luto continuam. Nada é fácil quando se trata de deixar a própria casa”, conta ela.

Segundo Terry, a mudança foi emocional para ela também. As imagens foram parte de uma exposição intitulada *Transições. A jornada de uma filha*.

www.nextavenue.org/slideshow/transitions-daughters-journey/ #slideg



AIRBAG PORTÁTIL

Já pensou em um airbag para uso fora do carro? É exatamente essa a proposta do Hip'Air, um airbag criado para o público idoso, com o intuito de proteger contra quedas. O dispositivo é preso na cintura como se fosse uma pochete e tem sensores capazes de identificar que a pessoa está caindo. Quando atinge uma determinada altura, o aparelho infla, protegendo os ossos do quadril na queda.

O Hip'Air pode ser ajustado para quatro tamanhos, de acordo com a cintura. Pesa apenas 1 kg e é feito de nylon. Sua bateria dura 15 dias e é recarregável. Ele é lavável, reutilizável e 100% automático. O dispositivo vem com dois airbags laterais, um inflador a gás e detector de quedas eletrônico.

Fabricado pela empresa francesa Helite, o Hip'Air reduz o impacto de uma queda em até 90%, segundo estudos comparativos. Os testes também mostram que a capacidade de absorção de choque do dispositivo é dez vezes maior que a de um protetor de quadris padrão.

Para saber mais: www.hip-air.com/en

CHEF EM CASA



O jovem Nathan Allman e seu pai começaram o Chefs for Seniors após a ideia ter sido a grande vencedora numa competição de empreendedorismo na Universidade de Wisconsin-Madison. Vindos de uma família que trabalhava com restaurantes, a dupla percebeu que a maioria dos idosos que comiam no seu estabelecimento se alimentava muito mal em casa. Em vez de comer de maneira saudável, eles optavam pela praticidade, que muitas vezes é sinônimo de comidas processadas.

“Pensamos que, se nós pudéssemos colocar um chef profissional na residência, poderíamos customizar as refeições para as necessidades nutricionais de cada idoso e melhorar sua qualidade de vida”, conta o estudante.

E foi exatamente isso que eles fizeram. O idoso pode contratar os serviços do Chefs for Seniors para cozinhar para ele em casa. O profissional leva todos os ingredientes e se encarrega de preparar a refeição segundo as necessidades do indivíduo, como redução de sal para quem tem problemas cardiovasculares, por exemplo. Mas sua função na casa vai além.

“O que torna nosso modelo de negócios único é a interação que acontece quando o chef está na casa. Para muitos de nossos clientes, especialmente aqueles que moram sozinhos, nosso chef pode ser a única pessoa com quem ele vai falar o dia inteiro, então companhia é realmente importante”, explica. “Nós procuramos chefs que não apenas cozinham ótimas refeições, mas que também sejam sociáveis e abracem os relacionamentos com os clientes.”

Para saber mais: chefsforseiors.com

CAPACITAÇÃO DE REFUGIADOS



A ONG MigHelp vem ajudando refugiados e migrantes na Hungria a conseguir empregos por meio de capacitação. A instituição foi cofundada por James Peter, ex-refugiado da África.

Ele começou juntando equipamentos de computação antigos e dando cursos de informática. A MigHelp agora oferece cursos de idiomas, direção de carros, cuidado para idosos e crianças. O objetivo é aumentar as chances dos refugiados de arranjar um trabalho.

O curso de cuidados para idosos envolve 110 horas de palestras e prática. Muitos refugiados já estão em treinamento em ILPIs, onde têm a possibilidade de utilizar aquilo que aprenderam na formação. Uma das principais adaptações é a cultural, pois muitos deles vêm de culturas nas quais os idosos são quase sempre acolhidos e ajudados por suas famílias. “Trabalhar aqui pode ser bastante emocionante”, afirma Mercy Asizu, de Uganda. “Às vezes, os idosos choram.”

Para saber mais, acesse: nacoesunidas.org/idosos-ajudam-refugiados-a-se-integrar-na-hungria/

COMBATE FORMAL À SOLIDÃO



Pela primeira vez na história, o Reino Unido nomeou uma ministra da Solidão, para enfrentar o que a primeira-ministra britânica Theresa May descreve como “a triste realidade da vida moderna”. A nomeação aconteceu em meados de janeiro.

Tracey Crouch, também encarregada das pastas de Esporte e Sociedade Civil, vai acumular o cargo como parte de uma estratégia mais ampla para combater a solidão no país, problema associado a demência, mortalidade prematura e pressão sanguínea alta. “Quero enfrentar esse desafio pela nossa sociedade e para que todos nós possamos agir para combater a solidão enfrentada pelos mais velhos, pelos cuidadores, por aqueles que perderam seus entes amados – pessoas que não têm ninguém para conversar ou compartilhar seus pensamentos e experiências”, acrescentou a primeira-ministra.

Mais de 9 milhões de pessoas dizem viver permanentemente ou frequentemente sozinhas, de uma população de 65,6 milhões, de acordo com a Cruz Vermelha Britânica.

RADAR :: lançamentos e notícias do mercado de saúde

Imagens: divulgação



SANOFI CONQUISTA PRÊMIO LÍDERES DA SAÚDE

A **Sanofi** foi contemplada com o prêmio Líderes da Saúde 2017 na categoria Responsabilidade Socioambiental e está entre as empresas brasileiras da área da saúde que mais se destacaram em 2017. Os eleitos foram escolhidos pelo conselho editorial do Grupo Mídia, composto por jornalistas, editores, diretores e publisher, por meio de votação e análise de mercado. O prêmio possui 23 categorias com três ganhadores em cada uma.

Entre as ações da empresa nessa área inclui-se a iniciativa Movidos pelo Coração, movimento que leva pelo país arte, cultura e conhecimento com foco em prevenção de doenças cardiovasculares. Outra atividade importante é a parceria com a Fundação SOS Mata Atlântica, firmada no ano passado, para o plantio de 15 mil mudas de árvores nativas em região devastada, como forma de mitigar as emissões de CO₂ do processo produtivo e auxiliar na estabilidade hídrica de uma área a 20 quilômetros da fábrica da Sanofi em Campinas.



VACINAÇÃO PELA VIDA

A **GSK** lançou a campanha Vaccinate for Life (Vacinação pela Vida), para ampliar a conscientização da importância da vacinação ao longo da vida e incentivar o diálogo entre adultos e profissionais de saúde sobre a imunização. Uma nova pesquisa, encomendada pela GSK Vacinas, foi conduzida no Brasil, Alemanha, Índia, Itália e Estados Unidos.

Dados do estudo, realizado com cerca de 6 mil adultos, mostram que:

- 15% acreditam que as vacinas são recomendadas somente para crianças e/ou bebês e 21% consideram a vacinação apenas para fins de viagem.
- Aproximadamente 3 em cada 10 reportaram não ter tomado nenhuma vacina potencialmente relevante nos últimos cinco anos.
- 60% dizem que não receberam informações da saúde pública sobre a importância da vacinação.

Dados da pesquisa indicam que a falta de recomendação e/ou discussão com profissionais de saúde sobre a necessidade da imunização na fase adulta foi a principal causa apontada pelos entrevistados para não estarem com as vacinas em dia. Eles também afirmaram que diversas fontes de informação seriam úteis para ajudá-los a entender, registrar e monitorar as vacinas relevantes para adultos.

AUMENTO NA SOBREVIDA GLOBAL PARA PACIENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO



A **Amgen**, biofarmacêutica focada em doenças de difícil tratamento, apresentou no final de 2017 novos resultados do estudo fase 3 ASPIRE para pacientes com mieloma múltiplo recidivado ou refratário, demonstrando os dados positivos de sobrevida global. O estudo mostrou que a adição de Kyprolis® (carfilzomibe) ao tratamento padrão com lenalidomida e dexametasona (KRd) reduziu o risco de morte em 21%, comparado a lenalidomida e dexametasona isoladas (Rd). O medicamento prolongou a sobrevida global dos pacientes em 7,9 meses (SG mediana de 48,3 meses para KRd versus 40,4 meses para Rd, HR = 0,79, IC 95%, 0,67 - 0,95; p = 0,0045). Os resultados foram apresentados em dezembro durante o congresso da American Society of Hematology (ASH), em Atlanta, Estados Unidos.

O mieloma múltiplo é um câncer de sangue incurável, caracterizado por um padrão recorrente de remissão e reincidência. É uma doença rara e fatal que representa aproximadamente 1% de todos os cânceres, atingindo em sua maioria pacientes 60+ e a população negra.

PORTAL NOVO NO AR



O Portal Saúde Baldacci é uma iniciativa dos laboratórios Baldacci voltada à atualização, formação e reciclagem do conhecimento médico e farmacêutico.

O portal tem foco na disseminação de material científico e oferece diversos conteúdos distribuídos dentro de especialidades médicas e temas de interesse de profissionais de saúde.

As seções médico-científicas serão distribuídas pelas especialidades de cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, angiologia, nutrologia/nutrição e ciências farmacêuticas, e os conteúdos para nutricionistas e farmacêuticos são apresentados em seções específicas, com temas voltados ao cotidiano desses profissionais.

Por meio de videoaulas, artigos comentados, cobertura de congressos, discussões online em vídeo, slides com imagens médicas, entre outros, os usuários receberão por e-mail informativos atualizados e específicos sobre as suas áreas de interesse.

Para saber mais: www.saudebaldacci.com.br

PARCERIA DE PESO



A GE Healthcare e a Roche anunciaram no início de janeiro uma parceria de longo prazo para desenvolver uma plataforma integrada de diagnóstico digital e melhorar o tratamento de oncologia e cuidados intensivos. O sistema para hospitais combinará dados de pacientes provenientes de dispositivos de monitoramento contínuo e diagnósticos *in vitro* para ajudar os médicos em suas decisões clínicas.

O intuito das empresas é disponibilizar uma ferramenta de auxílio à tomada de decisão mais rápida, precisa e confiável, permitindo o diagnóstico precoce e o tratamento individualizado dos pacientes. A parceria aplicará análises avançadas aos dados *in vivo* dos equipamentos de imagem médica da GE Healthcare e dados *in vitro* do portfólio de genoma, sequenciamento e biomarcadores da Roche. A integração proporciona maior controle do fluxo de trabalho, aplicação de melhores práticas no tratamento e previsão de possíveis complicações.



INOVAÇÃO NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

A Nestlé Health Science lançou em fevereiro um produto inovador que auxilia na cicatrização de feridas crônicas. Novasource® Proline é um produto para suplementação oral com alto teor de calorias e proteínas, pensado especialmente para as necessidades de pacientes com problemas de cicatrização de feridas crônicas, tais como úlceras por pressão, pé diabético, entre outros. O produto contém arginina e prolina, aminoácidos importantes componentes do colágeno, essencial para a cicatrização de feridas. Além disso, ele também contém alto teor de micronutrientes que facilitam a cicatrização, como zinco, selênio e vitaminas A, E e C. Novasource® Proline está disponível em apresentação de 200 ml, isento de sacarose e no sabor baunilha.

PROGRAMA-SE :: cursos, congressos e simpósios

2018

mar/abr/mai

➡ **I Jornada Interdisciplinar em Envelhecimento**
24 de março • São Paulo, SP
www.empresainteracao.com/i-jornada

➡ **World Congress on Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases**
19 a 22 de abril • Cracóvia, Polônia
www.wco-iof-esceo.org

➡ **2018 Annual Scientific Meeting of the American Geriatrics Society (AGS)**
3 a 5 de maio • Orlando, FL, EUA
meeting.americangeriatrics.org

jun/jul

➡ **XXI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**
6 a 8 de junho • Rio de Janeiro, RJ
www.cbgg2018.com.br

➡ **Congress on Brain, Behaviour and Emotions 2018 (Brain 2018)**
20 a 23 de junho • Gramado, RS
www.brain2018.com

➡ **2nd Pan American Parkinson's Disease and Movement Disorders Congress**
22 a 24 de junho • Miami, FL, EUA
www.pascongress2018.org/MDS-PAS-2018.htm

➡ **Alzheimer's Association International Conference**
22 a 26 de julho • Chicago, IL, EUA
www.alz.org/aaic/

out/nov

➡ **14th EUGMS – International Congress of the European Union Geriatric Medicine Society**
10 a 12 de outubro • Berlim, Alemanha
www.eugms.org/2018.html

➡ **GSA 2018 Annual Scientific Meeting**
14 a 18 de novembro • Boston, MA, EUA
www.geron.org/meetings-events/gsa-2018-annual-scientific-meeting

➡ **VII Congresso Internacional de Cuidados Paliativos**
21 a 24 de novembro • Belo Horizonte, MG
www.brasileirodepaliativo2018.com.br



Ecologicamente correto.
Congresso solidário com
a vida do planeta.



XXI CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

**O cuidado integral
do idoso: da promoção
de saúde à palição**

6 a 8 de junho de 2018

Rio de Janeiro / RJ
Windsor Convention
& Expo Center



Principais Temas

- ▶ Atualização em demências
- ▶ Avanços e perspectivas em reabilitação
- ▶ Biodireito e envelhecimento
- ▶ Cardiologia geriátrica
- ▶ Cuidados com o idoso frágil: o que há de novo
- ▶ Desafios na desprescrição
- ▶ Diretivas antecipadas de vontade
- ▶ Envelhecimento ativo
- ▶ Fórum dos 15 anos do estatuto do idoso
- ▶ Gerenciamento de comorbidades
- ▶ Gerontotecnologia
- ▶ Políticas públicas para idosos
- ▶ Psiquiatria geriátrica

**Extensão em Geriatria:
atividade intensiva
para não-especialistas**

Convidados internacionais

Anabela Correia Martins (Portugal)
Fernando Rodríguez Artalejo (Espanha)
Frank D. Ferris (Estados Unidos)
José Ricardo Jáuregui (Argentina)
Kate Irving (Irlanda)
Kenneth Shulman (Canadá)
Rui Nunes (Portugal)

Mais informações e inscrições:
www.cbogg2018.com.br

Organização
e Viagens



Realização



Sociedade Brasileira de
Geriatria e Gerontologia

Libbs