

## QUEM FAZ

PROFISSIONAIS QUE FAZEM A  
DIFERENÇA NO ENVELHECIMENTO



## EM MOVIMENTO

IDEIAS E RECURSOS PARA O  
PACIENTE E PARA O CUIDADOR

## FYI

NOVOS ESTUDOS  
E PESQUISAS



ano VIII • edição 37  
out | nov | dez 2020



# Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

## CAPA

Entenda como o maior banco genômico da América Latina pode ajudar a desvendar o impacto da genética no envelhecimento saudável

## COLÓQUIO

A médica Cynthia Charone conta como criou um hub de excelência no atendimento ao idoso no Norte do país

## DIFERENÇA

Conheça o trabalho pioneiro da Frente Nacional de Fortalecimento às ILPIs

Distribuição exclusiva  
para a classe médica

CHEGOU A EVOLUÇÃO DA FAMÍLIA MOTILEX®

# MOTILEX HA

Colágeno tipo II não hidrolisado  
+ Ácido hialurônico

COLÁGENO  
TIPO II NÃO  
HIDROLISADO

ÁCIDO  
HIALURÔNICO

## DUPLA AÇÃO EM MOVIMENTO PELO CUIDADO DA CARTILAGEM E LÍQUIDO SINOVIAL<sup>1,2</sup>

Auxilia em até  
**10x** na produção  
endógena do ácido  
hialurônico nas  
articulações<sup>1,3,4</sup>

Ajuda a  
minimizar a  
degradação do  
colágeno da  
cartilagem<sup>5</sup>

Auxilia na  
redução dos  
sintomas  
inflamatórios<sup>6</sup>

Segurança  
comprovada<sup>7,8</sup>

Pioneirismo  
com  
formulação  
exclusiva

Fácil de  
tomar em  
qualquer  
lugar



**Referências bibliográficas:** 1. Torrent A, Ruhí R, Theodosakis J, et al. Comparison of the efficacy of two products sold as orally – administered hyaluronic acid supplements, IB0004 and ID386 on the endogenous in vitro synthesis of hyaluronic acid by human synoviocytes. *Osteoarthritis and Cartilage* 2009; 17(suppl 1): S277-8. 2. Bakilan F, Armagan O, Ozgen M, et al. Effects of oral native type II collagen treatment (B-2Cool®) in knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Bioiberica* 2015. 3. Torrent A, Ruhí R, Martinez C, et al. Anti-inflammatory activity and absorption of a natural Rooster Comb extract (Hyal-Joint®). *Osteoarthritis and Cartilage* 2010; 18(suppl 2): S246-7. 4. Torrent A, Ruhí R, Theodosakis J, et al. Comparative efficacy of IB0004, extracted hyaluronic acid (HA) and fermented HA on the synthesis of endogenous HA by human synoviocytes. *Osteoarthritis and Cartilage* 2009; 17(suppl 1): S278-9. 5. Möller I, Martinez-Puig D, Chetrit C, et al. Oral administration of a natural extract rich in hyaluronic acid for the treatment of knee OA with synovitis: a retrospective cohort study. *Clinical Nutrition Supplements* 2009;4(2): 171-2. 6. Sanchez J, Bonet ML, Keijer J, et al. Blood cells transcriptomics as source of potential biomarkers of articular health improvement: effect of oral intake of a rooster combs extract rich in hyaluronic acid. *Genes Nutr* 2014; 9: 417. 7. Castillo V, Bendele AM, Li K, et al. Effects of oral administration of Hyal-Joint® in 17-day rat developing type II collagen arthritis. *Osteoarthritis and Cartilage* 2010; 18(52): 5244-5. 8. Kalman DS, Heimer M, Valdeon A, et al. Effect of a natural extract of chicken combs with a high content of hyaluronic acid (Hyal-Joint®) on pain relief and quality of life in subjects with knee osteoarthritis: a pilot randomized double-blind placebo controlled. *Nutrition Journal* 2008; 7:3.

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde.

É proibida a reprodução parcial ou total do conteúdo deste material por qualquer meio sem autorização prévia da Apsen Farmacêutica.

Produto isento de registro conforme RDC 27/2010.

**APSEN**  
FARMACÊUTICA



- 6 COLÓQUIO**  
A médica **Cynthia Charone** conta como o grupo que preside vem mudando os rumos do atendimento ao idoso no Norte do Brasil
- 12 QUEM FAZ**  
Profissionais que fazem a diferença no envelhecimento
- 14 FYI**  
Uma seleção de estudos sobre geriatria e gerontologia nos periódicos nacionais e internacionais
- 16 CAPA**  
Conclusão do maior banco genômico da América Latina abre caminho para pesquisas sobre o impacto da genética no envelhecimento saudável
- 22 TERAPIA OCUPACIONAL**  
Terapia ocupacional no cuidado ao idoso com Covid-19 – uma experiência de humanização **Isabelle Fernandes Vieira Medeiros, Luciana Santos Francisco e Tatiana Vieira do Couto**
- 25 GERIATRIA**  
Choosing Wisely Brasil e SBGG: escolhas sensatas para a saúde do idoso **Renato G. Bandeira de Mello**
- 30 MEDIAÇÃO**  
A comunicação não violenta como contribuição ao envelhecimento ativo – reflexões interdisciplinares **Alessandra Negrão Elias Martins e Marilia Fiorezzi Taborda Vieira Sanches**
- 35 BIOÉTICA EM PAUTA**  
Autonomia e final de vida: quem está no comando na idade avançada? **Naira Hossepian Salles de Lima Hojaj e Reinaldo Ayer de Oliveira**
- 38 ESPECIAL AAIC**  
Confira os estudos que foram destaque na Alzheimer's Association International Conference
- 42 DIFERENÇA**  
“Toda pessoa idosa institucionalizada importa”: conheça o trabalho da Frente Nacional de Fortalecimento às ILPIs
- 46 EM MOVIMENTO**  
Ideias e recursos para o paciente e o cuidador
- 48 RADAR**  
Lançamentos e notícias do mercado de saúde

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

**GERIATRIA**

Editor clínico:

**Cineu de Mello Almada Filho**

**CONSELHO EDITORIAL**

Claudia Burlá

Cybelle Maria Costa Diniz

Eduardo Ferriolli

Elisa Franco de Assis Costa

Elizabete Viana de Freitas

Emilio Hideyuki Moriguchi

Fânia Cristina dos Santos

Hercílio Hoepfner Jr.

João Carlos Barbosa Machado

João Senger

João Toniolo Neto

Julio César Moriguti

Maurício de Miranda Ventura

Maysa Seabra Cendoroglo

Milton Luiz Gorzoni

Naira H. Salles de Lima Hojaij

Nereida Kilza da Costa Lima

Omar Jaluul

Paulo Renato Canineu

Renato G. Bandeira de Mello

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.

Maisa 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

Marcela Cypel

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**  
GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Coordenação editorial e edição

**Lilian Liang**

Projeto gráfico e direção de arte

**Luciana Cury**

Revisão

**Patrícia Villas Bôas Cueva**

Marketing e comercial

**Debora Alves**

Pré-impressão e impressão

Leograf Gráfica e Editora

Tiragem

6.000 exemplares

Imagem de capa

iStock Photos

Jornalista responsável

Lilian Liang (MTb 26.817)

ISSN 2316-1434

**Contatos**

EDITORIAL:

**Lilian Liang**

[lilian@dinamoeditora.com.br](mailto:lilian@dinamoeditora.com.br)

(11) 2337-8763

(11) 9-8585-8356

COMERCIAL:

**Debora Alves**

[debora@dinamoeditora.com.br](mailto:debora@dinamoeditora.com.br)

(11) 2337-8763

**Colaboraram nesta edição:**

Lilian Liang, Luciana Fleury e Silvia Sousa (texto); Alessandra Negrão Elias Martins, Isabelle Fernandes Vieira Medeiros, Luciana Santos Francisco, Marília Fiorezzi Taborda Vieira Sanches, Naira Hossepian Salles de Lima Hojaij, Reinaldo Ayer de Oliveira, Renato G. Bandeira de Mello e Tatiana Vieira do Couto (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](mailto:contato@dinamoeditora.com.br)

## Sem medo da verdade

Todo mundo gosta de notícia boa. Por isso, muita gente que eu conheço parou de ler os jornais e assistir ao noticiário na TV, alegando que “só tem notícia ruim” e que “de difícil já basta a vida”. Essa aversão a notícias difíceis e a vontade de viver num mundo onde apenas coisas boas acontecem são o que torna as redes sociais tão populares. Se o Instagram fosse um país, provavelmente haveria uma fila enorme de gente querendo se mudar para lá.

Esse filtro cor-de-rosa também tem ganhado cada vez mais espaço no envelhecimento. Já evoluímos muito na discussão sobre a longevidade, e a velhice começa a ser encarada como qualquer outra fase da vida, como a infância e a adolescência. Vamos aos poucos quebrando os estereótipos do idoso com exemplos de pessoas que se mantêm engajadas, física, social e intelectualmente. Tiramos a velhice do armário e finalmente podemos enxergá-la de perto.

Só que a velhice não pode ser vista apenas com o filtro cor-de-rosa. Ela é multifacetada. Por isso, me preocupa quando reduzimos essa conquista tão grande – a chance de ficar velho! – a uma nova série de clichês. Hoje associar a velhice a perda ou doença pro-

voca olhares de reprovação, como se fosse um palavrão. Ficar velho é *hip* e passar dos 60 é sinônimo de se reinventar, sair da zona de conforto, empreender.

Só que não é. Ou, melhor dizendo, pode ser as duas coisas. A velhice envolve inúmeras perdas, sim, mas também envolve um tanto de reinvenção. O problema é quando destacamos apenas um lado da história, estabelecendo padrões impossíveis e imprecisos para definir esse período. Falta-nos encontrar um ponto de equilíbrio e admitir que há perdas, que há ganhos e que eles podem coexistir. E admitir sem culpa, porque trata-se, simplesmente, de uma constatação.

Gravamos recentemente a sétima temporada do Podcast Aptare (disponível nas principais plataformas de streaming e acessível no QR Code ao lado), que abordou a forma como as diferentes gerações encaram o envelhecimento. No último episódio trouxemos três representantes da geração Baby Boomer, que hoje são os 60+. Eram entrevistados com perfis e histórias completamente diferentes, mas o que mais marcou os ouvintes foi a honestidade com que descreveram a própria velhice. Todos eles relataram inúmeros ganhos – uma noção mais clara

da vida, do tempo, das relações, do que é importante –, mas não tiveram medo de falar das perdas e das dificuldades. Ter o dinheiro contado, viver com uma doença crônica, cuidar de uma mãe doente – situações que muita gente vive mas não tem coragem de dizer. Pois no podcast essas questões foram debatidas, para surpresa e alegria de nossos seguidores. Fomos muito elogiados por trazermos... bem, por trazermos o que é real. O Instagram-land pode ter lá seu charme, mas o que as pessoas querem, no fundo, é a realidade com todas as suas nuances, sem um filtro ditando o tom.

Boa leitura!



## Olhos para o envelhecimento

Com uma estrutura que permite um atendimento integral do paciente idoso, o Grupo Cynthia Charone, sob a batuta de sua fundadora, cria um hub de excelência na região Norte do país

Por Lilian Liang

Imagem: Grazi Caliman



**CYNTHIA CHARONE** Médica formada pela Universidade do Estado do Pará, especialista em oftalmologia com subespecialização em glaucoma e cararata, especialista em gerontologia e presidente do Grupo Cynthia Charone

Foram inúmeras tentativas para conseguir entrevistar a médica Cynthia Charone, e até a última hora eu ainda tinha dúvidas se iríamos conseguir conversar. A agenda da oftalmologista-gerontóloga-empresária da saúde é apertada, com consultas, programa de TV e a administração de um complexo médico-hospitalar, que hoje conta com 16 unidades.

Aos 51 anos, Cynthia está à frente do grupo que leva seu nome e que vem mudando a cara do atendimento ao idoso na região Norte do país. Por causa de sua formação em oftalmologia, a médica atendia pacientes de catarata e glaucoma, idosos em sua maioria, e começou a ficar mais atenta às suas necessidades. Percebeu que o que aquela população precisava extrapolava o atendimento médico. “Apesar de eu não ser geriatra, sempre faço as coisas muito de perto. Comecei a ver os idosos com as doenças

crônicas e concluí que não adiantava eles passarem em consultas e tomarem remédios”, conta. “Nós tínhamos que resolver de uma outra maneira, ser realmente resolutivos.”

Dessa compreensão nasceu um modelo de atendimento integral ao idoso, no qual as perspectivas médica e gerontológica têm o mesmo peso. Isso significa que o paciente passa em consulta com o médico e sai de lá com uma avaliação ampla, que permite identificar as atividades – físicas e sociais – oferecidas pelo grupo que terão um impacto positivo no seu envelhecimento. Essa iniciativa ganhou o nome de Programa Viver Mais de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida, que conta com uma equipe multidisciplinar para melhor atendimento do idoso.

Para consolidar e expandir suas ações para a longevidade de maneira consistente e coerente, Cynthia não

teve medo de investir pesado na formação em gerontologia – sua e de sua equipe. Os resultados disso já se fazem notar: o trabalho do grupo na área da longevidade já vem sendo reconhecido Brasil afora. “Tivemos nosso trabalho com o envelhecimento reconhecido até pela Câmara dos Deputados, em Brasília. O certificado é a coisa mais linda e diz ‘Certificamos a importância do trabalho desenvolvido para a população do Brasil’. Agradeço a Deus todos os dias”, conta a médica, dona de uma fé que fica evidente durante toda a conversa.

O Grupo Cynthia Charone também vem ganhando visibilidade no exterior. No ano passado, ficou entre as 22 melhores empresas do mundo no Prêmio Internacional SilverEco & Ageing Well, que aconteceu em Tóquio, no Japão. A disputa foi acirrada, já que o Grupo foi indicado com mais de 200 empresas do mundo todo.

Os planos para 2020 incluíam a inauguração de uma unidade do Grupo Cynthia Charone na capital paulista, que foi adiada por causa da pandemia. Para Cynthia, porém, essa mudança não foi de todo ruim. “Acho que neste ano Deus queria que eu fosse avó. Minha primeira netinha, Aurora, veio para iluminar ainda mais as nossas vidas. A Aurora do dia”, comemora.

Confira a entrevista a seguir.

### **Aptare – Como uma oftalmologista foi parar no mundo do envelhecimento?**

**Cynthia Charone** – Eu sou cirurgiã de segmento anterior e fazia cirurgia de catarata e glaucoma. Meus pacientes eram, em sua grande maioria, idosos. O glaucoma é a maior causa de cegueira irreversível no mundo, e como uma das minhas especialidades é o glaucoma, eu acompanhava esses casos muito de perto. Eu e meu marido sempre tivemos vontade de ajudar as pessoas que ficavam cegas. Imagina, você tem a vida inteira enxergando e de uma hora para outra você perde a visão. Nós achávamos que tínhamos que montar uma organização social que pudesse reinseri-los na sociedade através do mercado de trabalho. Um belo dia, resolvi fazer uma pesquisa com eles – não apenas com os pacientes que tinham cegueira ou visão subnormal, mas com todos os idosos.

Para minha surpresa, eles não queriam voltar ao trabalho. Eles gostariam de voltar à vida social. Gostariam de ter alguém para conversar, para acompanhá-los ao médico. Eles gostariam de ter companhia. Isso foi um impacto muito grande para mim,

até hoje eu fico arrepiada porque volto muitos anos na minha história de vida. Pensei: “Meu Deus, como vou poder ajudar alguém a não ter solidão?”. Começamos a pensar no que poderíamos fazer. Um dia, o Governo do Estado do Pará lançou um edital para um programa de envelhecimento que incluía atendimento de geriatria, de nutrição e de psicologia. Nos inscrevemos no edital, começamos a trabalhar com os idosos e, à medida que passamos a atendê-los, percebi que não era só disso que eles precisavam. Fui estudar gerontologia e aos poucos fui convencendo os responsáveis pelo edital da importância de incluir outras modalidades no serviço. Conseguimos incluir fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia. Ampliamos as especialidades e o programa começou a crescer rapidamente. Através dessas outras especialidades, Deus colocou no meu coração que a gente poderia ousar. Então, na fisioterapia não ficamos apenas com a fisioterapia, chamamos educadores físicos e professores de dança. Na terapia ocupacional começamos a usar a arte também, o que é importantíssimo para ressignificá-los. Vi que essas atividades melhoravam as capacidades físicas e cognitivas, a parte emocional, a autoestima. Então saímos de dentro das clínicas e fomos para os teatros, para as quadras poliesportivas, onde eles passaram a desenvolver atividades que continuassem a impactar a saúde física, mental e social.

Aqui eles formaram várias famílias: famílias de amigos, famílias do Cynthia Charone. Nossos colaboradores são como filhos deles. Alguns me

chamam de mãe. São sentimentos maravilhosos e profundos. E tudo nos pilares da gerontologia e do envelhecimento saudável.

Hoje atendemos um número muito expressivo de idosos, e agora, na pandemia, passamos a trabalhar online. Está sendo uma experiência incrível. Conseguimos deixá-los em casa, todos se prevenindo da doença e sem entrarem em depressão. A grande maioria não teve comprometimento emocional, está todo mundo feliz e superatendado.

### **Aptare – Como foi o trabalho de fazer os pacientes migrarem de um atendimento médico para se engajarem em atividades que promovem um envelhecimento saudável?**

**Cynthia** – Todas as nossas unidades têm a parte ambulatorial, que são os consultórios, então o idoso sempre tem essa porta de entrada. A partir da avaliação ele é direcionado para as atividades. Na verdade, como pensamos sempre sob a perspectiva gerontológica, queremos que o paciente tenha suas necessidades atendidas conosco, independentemente de suas demandas. Pode ser que ele não tenha nada grave naquele momento, mas sabemos que para um envelhecimento seguro e ativo o interessante é que ele já faça alguma atividade, algo preventivo ou de promoção da saúde mesmo. E também temos a parte de reabilitação.

Nós damos muitas palestras para os idosos, de todos os assuntos. Eles sabem o que é o envelhecimento saudável e quais os seus pilares, e portanto sabem da importância de cada

## “ EU ME EMOCIONO QUANDO VEJO QUE ESTAMOS CONTRIBUINDO PARA A QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS DE UMA MANEIRA INTEGRAL.

atividade que desenvolvem aqui para envelhecer com qualidade de vida. Enfatizamos a importância da mudança de hábitos, muito por causa do nosso envolvimento com a medicina de estilo de vida, e propusemos aos idosos que mostrassem às pessoas que dá, sim, para envelhecer com saúde, mesmo com doenças crônicas; que, sim, eles têm que ser respeitados; que, sim, eles têm que ter uma vida digna e não ficar à margem da sociedade. Quando eles se conscientizaram disso, se apropriaram de suas idades e entenderam que eles têm importância para a sociedade, eles perderam a vergonha. Tudo o que eles são e estava sufocado pelo preconceito veio à tona. Eles disseram “Eu estou vivo e quero mostrar para outros idosos que nós podemos viver, mesmo com as dores físicas e as dores emocionais. Eu sou capaz de ter uma vida melhor”. E Deus abre as portas e os leva em frente e a todos nós.

Para você ter uma ideia, em uma das nossas apresentações aqui em Belém nós tivemos 455 idosos. Os diretores do teatro disseram que foi o maior elenco que já se apresentou no Teatro da Paz. Eu me emociono quando vejo que estamos contribuindo para a qualidade de vida das pessoas de uma maneira integral, porque pegamos o conceito de saú-

de da OMS e fomos atrás para exercer interiormente a saúde física, mental e social. É isso que buscamos todos os dias. A ausência de contato físico por causa da pandemia está sendo mais difícil para mim e para o nosso time de colaboradores do que para os idosos. A gente recebe tanto amor, carinho e reconhecimento deles... e talvez eles nem imaginem quão importantes eles são para nós. Eles nos tornam pessoas melhores. Eu digo sempre isso para eles: a gente pode ajudá-los a ter saúde, mas eles nos ajudam em nossas histórias de vida. Isso não tem preço, a gente chega muito pertinho de Deus com esse trabalho.

**Aptare – Esse atendimento integral oferecido aos idosos pelo Grupo Cynthia Charone é gratuito? Qualquer paciente interessado tem acesso a esses serviços?**

**Cynthia –** Nós iniciamos com um plano de saúde do Governo do Estado que era apenas para funcionários públicos e seus dependentes. À medida que começamos a crescer e a expandir, começamos alguns outros convênios e planos de saúde. Só que eu sou uma médica que veio da saúde pública, adoro trabalhar com o SUS. Uma das nossas unidades é 100% SUS, e eu ficava muito incomodada de não conseguir fazer esse mesmo atendimento para os pacien-

tes de lá. Então resolvi abrir a AMAI, que é a nossa organização social. Esse nome foi dado por Deus, em uma viagem de São Paulo para Belém. Eu pensei “Deus, eu preciso colocar um nome em nossa associação, mas quero um nome que seja significativo”. E na hora Deus me deu Associação Multidisciplinar de Atenção à Pessoa Idosa, ao Adolescente e à Criança, cujas iniciais formam a palavra AMAI. O grupo Cynthia Charone é mantenedor da associação, que absorve os idosos que não têm condições financeiras. Mas nós fazemos questão de que ninguém saiba quem é plano de saúde, quem é particular, quem é atendido pela AMAI.

O que começou a acontecer foi que, com os concursos públicos, muitos filhos de idosos foram exonerados e perderam os planos. Nós absorvemos todos esses idosos, não deixei ninguém ficar em casa. Imagina, a gente resgatou a pessoa e agora, simplesmente porque não tem dinheiro, vou deixar lá? Não, de jeito nenhum. Então passamos a bancar mais de 100 idosos sem condições. Começamos a ser reconhecidos na cidade, no Estado, por grandes políticos e conseguimos expandir o atendimento para 200 pacientes pelo SUS, o que foi uma grande vitória. Com o passar do tempo, conseguimos aumentar de 200 para 457 pessoas pelo SUS, que é o que atendemos atualmente, e temos uma fila de espera de mil pessoas. Neste momento não temos como absorver essa demanda, porque eu teria que abrir uma nova unidade. Essa fila de espera só existe porque os nossos idosos não estão indo a óbito, graças a

Deus! Então não há vaga, mas eu tenho certeza de que Deus vai dar um jeitinho de abrir essas portas e a gente vai absorver mais mil pessoas.

**Aptare – O programa Viver Mais conta com uma unidade especial de mesmo nome. Onde ela se encaixa nessa estrutura?**

**Cynthia –** A unidade Viver Mais foi criada para atender pacientes que apresentavam algum tipo de demência e precisavam de acompanhamento. Esse público, por demandar cuidados mais individualizados, não poderia ser acompanhado junto com os pacientes que não têm demência. Na verdade, eles precisam ser acompanhados com uma atenção quase exclusiva. A unidade Viver Mais faz parte do programa Viver Mais de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida, só que acompanha um grupo um pouco mais especial.

**Aptare – Vejo que a senhora dá uma importância enorme à formação e ao aprimoramento, principalmente de sua equipe. Por que essa ênfase na educação?**

**Cynthia –** Porque eu acho que o que torna o ser humano um pouco melhor, além de Deus, é ter estudo, se aprofundar no que trabalha, no que gosta. A experiência que eu tive no curso de especialização em gerontologia do Einstein (*Hospital Israelita Albert Einstein*), indo para São Paulo de 15 em 15 dias, foi incrível. Pensei: “Minha equipe precisa disso! Precisa aprender e conhecer mais profundamente para poder lidar com todas as adversidades e situações de uma maneira mais humanizada”.

Os valores do nosso grupo são: amor e fé; comprometimento; empatia; compaixão; respeito; excelência e humanização. Portanto, não posso ficar só na teoria. Preciso que eles aprendam e internalizem os valores para depois expandir e dar para as outras pessoas. Consegui trazer o curso para Belém. A primeira turma teve 42 alunos das mais variadas especialidades. Já estamos na terceira turma de especialização, e o Einstein é nosso parceiro. Os professores são maravilhosos, todos eles são sempre muito entregues à gerontologia.

Eu sou muito estudiosa, muito curiosa sobre as coisas que podemos acrescentar. Depois da minha formação em gerontologia, assisti a um programa que falava sobre atividades que poderiam ser desenvolvidas com o paciente de Parkinson, entre elas o Rock Steady Boxing (*RSB, uma modalidade de boxe sem contato*). Aí chamei a equipe toda e expliquei sobre essa atividade. Era fevereiro de 2018. Em junho já estava organizando a primeira missão de formação de profissionais em RSB em Indianápolis, no estado de Indiana, nos EUA. Agora, nós temos 107 profissionais do grupo Cynthia Charone fazendo curso para ser *cornerman* de RSB, que é aquele que auxilia os pacientes com maior comprometimento. Desses, pelo menos 20 irão para Indianápolis para fazer a certificação internacional.

Também fomos estudar a medicina de estilo de vida, porque através dela podemos alcançar todos os pilares do envelhecimento ativo. Levei a equipe para Boston para fazer um curso em Harvard. Todo mundo

já está certificado e espero que em breve, assim que as coisas voltarem ao normal, a gente consiga levar mais uma turma para se aprimorar. Nós damos essa possibilidade de estudo e formação para todos que trabalham conosco. Só não estuda quem não quer.

**Aptare – Pensando no envelhecimento com qualidade, o Grupo Cynthia Charone também tem desenvolvido ações para um público mais jovem. Você pode falar sobre o projeto 35+?**

**Cynthia –** Estudos muito recentes da OMS mostraram que os idosos estão vivendo mais e com mais qualidade de vida. Por outro lado, os jovens de 35 a 59 anos estão morrendo mais em decorrência de obesidade, estresse e doenças crônicas evitáveis, como hipertensão e diabetes. Durante a própria pandemia foram publicados estudos comprovando que 30% das pessoas que foram a óbito eram jovens que tinham sobrepeso ou obesidade associados. Precisamos nos conscientizar de que ou mudamos ou vamos morrer cedo.

Para isso, ampliamos o atendimento e abrimos uma unidade voltada especificamente para medicina de estilo de vida para pessoas acima dos 30 anos, que é o 35+. Tivemos uma boa aceitação inicial, mas é um trabalho de formiguinha. As pessoas ainda não entendem que a mudança de hábito, como fazer atividade física, é o melhor remédio para reverter inúmeras situações delicadas. Há muitos trabalhos científicos em Harvard comprovando isso: reversão de doenças cardíacas, de hiper-

## “ EU DIGO SEMPRE ISSO (PARA NOSSOS IDOSOS): A GENTE PODE AJUDÁ-LOS A TER SAÚDE, MAS ELES NOS AJUDAM EM NOSSAS HISTÓRIAS DE VIDA.

tensão, de obesidade.

No programa 35+ a equipe multidisciplinar tem formação em coaching para proporcionar um melhor acompanhamento do paciente. Todos que entram no programa passam por uma avaliação direcionada para estilo de vida e fazem seu autocoaching na roda da saúde, que aprendemos em Harvard e trouxemos para o Brasil. A pessoa se autoavalia junto com o profissional e enxerga onde precisa mudar. Nesse contexto é que são trabalhados os pilares. Por exemplo, se a pessoa não consegue emagrecer porque é ansiosa, seu coach principal será o psicólogo, mas ela participará também dos pilares de nutrição, higiene do sono, manejo de estresse, conexões sociais, atividade física. É um trabalho centrado no paciente, em que ele mesmo se enxerga. A partir daí, desenvolvemos o protocolo que ele deve seguir.

**Aptare – O Grupo Cynthia Charone vem se destacando nacionalmente pelo trabalho que faz em prol do envelhecimento na região Norte. Quais são os planos para o futuro?**

**Cynthia –** Na verdade, Deus ainda não quis que nós fôssemos para São Paulo, porque os planos eram de inaugurar nossa primeira unidade aí em setembro. Já fomos ver imóveis, já tivemos várias conversas, mas com

a pandemia tivemos que tirar o pé do acelerador. Estamos esperando o tempo de Deus. Acho que deve ficar para o segundo semestre de 2021. Também estamos avaliando a possibilidade de abrir uma unidade em Lisboa. Sou apaixonada pelo povo de lá e, apesar de a gerontologia ser muito forte em Portugal, eles ainda não têm nada sólido. A longevidade lá é uma coisa impressionante. Há muitos longevos, mas eles não fazem nada – eles têm suas casinhas no campo e trabalham por ali, mas a maioria usa um dispositivo de marcha e estão todos com um pouquinho de sobrepeso. São felizes, mas falta melhorar um pouco. Eu estou enlouquecida para seguir lá também e ajudar aquela população que é tão querida, tão irmã nossa e que trata tão bem o brasileiro quando chega lá.

Pensamos muito também em ir para o Sul e para o Sudeste, porque nesses locais temos colaboradores que por algum motivo tiveram de nos deixar. É mão de obra já especializada, com a cara do grupo Cynthia Charone, e que certamente estaria conosco para começarmos a trabalhar pelas demais comunidades.

Tenho grandes amigos aí em São Paulo, na gerontologia, e já tinha convidado todos eles para trabalha-

rem na nossa unidade. Estávamos só esperando a grande inauguração, mas os planos de Deus são sempre os mais corretos. Há um tempo para cada coisa e eu acho que Deus queria que eu fosse avó (*sua neta Aurora nasceu neste ano*).

**Aptare – Existe alguma história que a marcou nessa trajetória no envelhecimento?**

**Cynthia –** Tem muitas histórias de cada um dos nossos idosos, mas talvez a mais marcante seja a minha história com os meus pais.

Aos 47 anos meu pai teve uma isquemia cerebral enquanto jogava tênis, perdeu a fala e ficou com uma limitação física. Ele era médico, atleta, tinha uma alimentação supersaudável, mas achava que isso bastava. Na época eu tinha acabado de passar no mestrado na Unicamp.

Meu pai preferiu não fazer uso de medicamentos para se tratar, ficou sem trabalhar e não recuperou a voz. Três anos depois dessa isquemia, e com depressão, ele matou minha mãe e se matou. Ele tinha 50 anos e minha mãe, 45. Depois que eu comecei a trabalhar com o envelhecimento, penso que, se na época houvesse o grupo Cynthia Charone, isso provavelmente não teria acontecido. Então, hoje vejo que o nosso trabalho pode interromper essa evolução de morte, e é isso que eu peço a Deus: para nós sermos sempre instrumentos d'Ele e que possamos evitar suicídios, depressões e as limitações, inclusive de alma. Isso é o que mais me dá garra para seguir em frente e dizer: “Eu posso ajudar a mudar o curso dessa história”. **A**

# Attivs

OptMSM®

## AUXILIA NA PROTEÇÃO DA ARTICULAÇÃO E NO REFORÇO DA CAPACIDADE FUNCIONAL<sup>1-3</sup>



**ANTIOXIDANTE,**  
auxiliando no  
envelhecimento  
mais saudável.<sup>4</sup>



**AUXILIA NA  
MELHORA  
da mobilidade e  
qualidade de vida.<sup>1,5-8</sup>**



**AUXILIA NA  
MANUTENÇÃO**  
para não regressar  
ao estágio de dor.<sup>1,9</sup>



**BOM  
PERFIL DE  
SEGURANÇA.<sup>10</sup>**

**Duas apresentações:  
30 e 60 comprimidos**



### Opadry® II

*Tecnologia que  
facilita a deglutição.<sup>11</sup>*

**Ingrediente puro,  
seguro e consistente<sup>12</sup>**

**Referências bibliográficas:** 1. Kim LS, Axelrod LJ, Joward P, et al. Efficacy of methylsulfonylmethane (MSM) in osteoarthritis pain of the knee: a pilot clinical trial. *FUNCTIONAL-3 OsteoArthritis and Cartilage* 2006; 14: 286-94. 2. Magrans-Courtney T, Wilborn C, Rasmussen C, et al. Effects of diet type and supplementation of glucosamine, chondroitin, and MSM on body composition, functional status, and markers of health in women with knee osteoarthritis initiating a resistance-based exercise and weight loss program. *Journal of the International Society of Sports Nutrition* 2011; 8:8. 3. Butawan M, Benjamin RL, Bloomer RJ. Methylsulfonylmethane: applications and safety of a novel dietary supplement. *Nutrients* 2017; 9: 290. 4. Barmaki S, Bohlooli S, Khoshkharesh F, et al. Effect of methylsulfonylmethane supplementation on exercise-induced muscle damage and total antioxidant capacity. *J Sports Med Phys Fitness* 2012; 52: 170-4. 5. Parcell S. Sulfur in human nutrition and applications in medicine. *Altern Med Ver* 2002; 7(1): 22-44. 6. Eric D Withee, Kimberly M Tippens, Regina Dehen, Douglas Hanes. Effects of MSM on exercise induced muscle and joint pain: a pilot study. *Journal of the International Society of Sports Nutrition* 2015, 12 (Suppl 1):P8. 7. Marie van derMerwe and Richard J. Bloomer. The Influence of Methylsulfonylmethane on Inflammation-Associated Cytokine Release before and following Strenuous Exercise. *Journal of Sports Medicine* Volume 2016, Article ID 7498359, 9 pages. 8. Melcher DA, Lee SR, Peel AS, Paquette MR, Bloomer RJ. Effects of methylsulfonylmethane supplementation on oxidative stress, muscle soreness, and performance variables following eccentric exercise. *Gazz Med Ital-Arch Sei Mad* 2017; 176:271-83. 9. Debbi EM, Agar G, Fichman G, Ziv YB, et al. Efficacy of methylsulfonylmethane supplementation on osteoarthritis of the knee: a randomized controlled study. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2011; 11:50. 10. Ezaki J, Hashimoto M, Hosokawa Y, et al. Assessment of safety and efficacy of methylsulfonylmethane on bone and knee joints in osteoarthritis animal model. *J Bone Miner Metab* 2013; 31(1): 16-25. 11. C. Wilson, B. O'Mahony (Bio-Images Research, Ltd.) and T. Farrell, B. Friend, D. Taylor (Colorcon, Inc.). Modern Tablet Film Coatings and Influence on Ease of Swallowing. Reprint of poster presented at American Association of Pharmaceutical Scientists Meeting, 2003. 12. Informações Bergstrom Nutrition, 2016.

  
**APSEN**  
FARMACÉUTICA



CLAUDIA FLÓ

*Fisioterapeuta; especialista em gerontologia pela SBGG; doutora em ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); coordenadora da Área Técnica de Saúde do Idoso da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP).*

Às vezes me pego pensando nos caminhos que me levaram a trabalhar com o envelhecimento, mas ter convivido com meus avós, todos longevos, certamente foi um dos fatores. Meus pais como exemplo de envelhecimento ativo e bem-sucedido só fizeram aumentar minha paixão que academicamente começou na universidade. Cursei fisioterapia, minha segunda graduação, quando já era mãe de dois filhos ainda pequenos! Minha especialização foi em Unidade de Terapia Intensiva, e assim fui me aproximando cada vez mais dos idosos. Aprendi com professores maravilhosos e tive a oportunidade de fazer mestrado e doutorado. Fui também docente da Universidade Cidade de São Paulo (Unicid), supervisionando estágios no Hospital das Clínicas da FMUSP – o melhor dos mundos! A titulação como especialista em gerontologia me permitiu ser presidente do Departamento de Gerontologia da Regional São Paulo (SBGG-SP) e, anos depois, da SBGG Nacional.

Na missão de representar a SBGG-SP no Comitê de Referência em Saúde do Idoso da Secretaria de Estado de Saúde (SES-SP) quando era presidente, conheci muitos profissionais que se destacam na área de gerontologia.

Em 2013 passei de consultora a funcionária da SES-SP, e desde então coordeno a área técnica de saúde do

idoso. Os desafios são imensos, mas o trabalho interseccional ajuda bastante e amplia as possibilidades de atuação ao conciliar áreas diversas, como violência e mudanças climáticas, com a temática do envelhecimento.

Fizemos avanços importantes pela saúde do idoso ao longo desses anos. Destaco o Programa Hospital Amigo do Idoso, criado em 2014, para tornar os hospitais de São Paulo mais amigáveis para esse público. Desde o início do programa, 57 hospitais já pleiteraram o selo e estão em processo de obtenção. Oito instituições atenderam a todas as exigências e já receberam o selo pleno. Participar dessa transformação tem sido muito prazeroso.

Também representei a SES no Conselho Estadual do Idoso, que presidi entre 2016 e 2018. Nesse período foi lançado o primeiro edital para utilização dos recursos do Fundo Estadual do Idoso, que à época tinha 10,6 milhões de reais, um recurso considerável que financiou mais de 40 projetos para idosos.

Portanto, há motivos para comemoração. No entanto, o número de idosos está aumentando muito rapidamente e me preocupa que as políticas públicas voltadas para eles não avancem na mesma velocidade. Acredito, porém, que a maior visibilidade que a terceira idade vem ganhando na sociedade contribua para uma mudança nesse sentido.



SERGIO WERTHER DUQUE ESTRADA

*CEO e founder da Ativen – Envelhecimento Ativo e representante do Aging2.0 para a América do Sul.*

Fui atraído pelo universo 60+ há cerca de quatro anos, quando encomendaram à consultoria da qual sou sócio um estudo de viabilidade econômico-financeira de um residencial para idosos. Através dos estudos descobri um segmento em franco crescimento e com falta de oferta de produtos e

serviços adequados. Pouco depois o tema ressurgiu, por meio de duas pessoas que me ajudaram na ressignificação de minha trajetória profissional: Egidio Dorea, coordenador da USP 60+, e Alexandre Kalache, presidente do International Longevity Center (ILC). O primeiro apresentou-me um projeto de uma “praça” com apare-

lhos para o fortalecimento dos membros inferiores, cuja primeira unidade foi implantada no Parque da Água Branca, na cidade de São Paulo. Atualmente mais de 600 praças similares foram inauguradas pelo Brasil.

Egídio apresentou-me a Kalache, que desejava fazer uma reestruturação das operações da representação do ILC do Rio de Janeiro, instituição por ele presidida a partir de Londres. Foi o sinal de que precisava: ofereci os serviços de minha consultoria *pro bono*. Era minha oportunidade de ajudar e aprender com um inigualável mestre. O trabalho foi o catalisador de meu mergulho no segmento 60+: deu-me uma visão muito mais concreta da realidade, da complexidade e da variedade desse segmento – aliás, segmentos: são várias gerações com necessidades muito específicas. Há, no entanto, um denominador comum: são grupos pouco ouvidos pelas instituições, organizações e empresas.

Passado um tempo, recebi de Kalache a sugestão de assumir o Aging2.0 no Brasil. Aceitei o desafio, fiz as diversas entrevistas e fui admitido. O Aging2.0 ([www.aging2.com](http://www.aging2.com))

é a maior organização internacional dedicada a identificar e acelerar a descoberta de inovações que abordam os grandes desafios da longevidade. O Aging2.0 está presente em 31 países, tem mais de 170 membros, 150 mil colaboradores e mais de 3 mil startups monitoradas. Trata-se de um agente internacional de inovação, com viés para soluções tecnológicas.

Hoje, após dois anos e meio à frente do Aging2.0 São Paulo, durante os quais ganhamos a inédita condecoração de “Chapter of the Year”, em 2018 e 2019, passei a coordenar a expansão do Aging2.0 na América do Sul. Em paralelo, criei com um grupo de valorosos profissionais a Ativen Envelhecimento Ativo, uma consultoria de inovação para acelerar startups (*seniortechs*) e empresas no seu processo de conhecimento do segmento 60+. Essa jornada trouxe novos e bem-vindos desafios aos 63 anos: uma maior compreensão da longevidade e dos ganhos da intergeracionalidade e a certeza de que os 60+ têm um papel importante na construção de um mundo mais equilibrado.



## ➔ ANA CRISTINA PROCÓPIO AGUIAR

*Psicóloga formada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie; mestre em ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); especialista em gerontologia pela SBGG e pela disciplina de geriatria e gerontologia da EPM/Unifesp. Atuou por vários anos na assistência, no Residencial Israelita Albert Einstein e atualmente é coordenadora da Pós-Graduação e Residência Multiprofissional em Gerontologia do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein.*

Minha trajetória com o envelhecimento teve um início repentino. Ao finalizar minha graduação, ainda sem experiência, entrei em um projeto de pesquisa no Departamento de Psicobiologia, que por acaso era com idosos. Naquele momento pude unir as testagens psicológicas, até então minha paixão, e o envelhecimento, área totalmente desconhecida. Desse projeto veio o desenvolvimento do meu mestrado, em que avaliei o desempenho cognitivo de idosos ao longo dos anos. Ali uma nova paixão começava! Atuei nesse serviço por alguns anos com idosos demenciados e suas famílias.

Ao terminar o mestrado, senti que faltava alguma coisa. Sentia falta de um embasamento sobre o processo de envelhecimento e de entender o contexto mais ampliado desse processo – no fundo, o que faltava era a tal

“visão gerontológica”. Por isso, fui buscar a especialização em gerontologia. Durante a especialização surgiu uma vaga para atuar como psicóloga na ILPI do Einstein, e desde então caminho pelo mundo do envelhecimento.

Atualmente me dedico ao ensino. Através das turmas de pós-graduação e da residência multiprofissional, tenho a possibilidade de estar em contato com profissionais incríveis da geriatria e da gerontologia, bem como ajudar na formação de indivíduos engajados e apaixonados pelo envelhecimento.

O privilégio de trabalhar com envelhecimento me enriquece diariamente. Além de me colocar em contato com histórias inspiradoras, me faz repensar paradigmas, ir além dos estereótipos e me traz a possibilidade de refletir sobre o meu próprio processo de envelhecimento.

## ENVELHECIMENTO COM PERDA DE VISÃO: UMA ESTRUTURA PARA AVALIAR O IMPACTO DA DEFICIÊNCIA VISUAL EM ADULTOS MAIS VELHOS

The Gerontologist®

Existem poucas pesquisas que examinam o impacto da deficiência visual (DV) no idoso enquanto consideram as complexidades do envelhecimento, o que deixa lacunas na compreensão de como as consequências da DV para a saúde podem ser evitadas. Nesse estudo, publicado na revista *The Gerontologist* de setembro, pesquisadores criaram uma estrutura que integra conceitos de deficiência, geriatria e oftalmologia e mostra como a deficiência visual desafia o envelhecimento bem-sucedido. Aqui a DV influencia vários domínios funcionais e aumenta o risco de resultados negativos para a saúde. Esse modelo reconhece que causas comuns, como fatores de risco que afetam os olhos e outros sistemas simultaneamente, também podem influenciar a relação entre deficiência visual e resultados de saúde. Finalmente, o modelo destaca como o impacto da DV no envelhecimento pode ser abordado em vários pontos de intervenção.

## QUAL A PREVALÊNCIA DE SOLIDÃO ENTRE IDOSOS QUE VIVEM EM RESIDENCIAIS E ILPIs? UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

age and ageing

O número de idosos que vivem em residenciais e instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) está aumentando. A solidão é um grande problema para o público 60+, mas pouco se sabe sobre a prevalência da solidão entre os idosos que vivem em ILPIs.

Esse estudo, publicado na revista *Age and Ageing* de setembro, faz uma revisão sistemática da literatura sobre a prevalência de solidão moderada e grave entre idosos residentes em ILPIs. Foram analisadas as bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), MEDLINE, PsycINFO, Embase, Scopus, Cochrane e Allied and Complementary Medicine Database (AMED) até janeiro de 2019. Foram incluídos todos os estudos que relatavam dados sobre a prevalência da solidão entre idosos residentes em ILPIs. Uma metanálise de efeitos aleatórios foi realizada em todos os dados elegíveis.

Um total de 13 artigos foi incluído, representando 5.115 participantes (faixa etária de 55 a 102 anos, média de idade

de 83,5 anos, 68% do sexo feminino). Houve uma variação significativa entre os estudos nas estimativas de prevalência. A prevalência de solidão moderada variou de 31% a 100%, e a prevalência de solidão grave variou de 9% a 81%. A prevalência média estimada de "solidão moderada" foi de 61% (IC 95%: 0,41, 0,80). A prevalência média estimada de "solidão grave" foi de 35% (IC 95%: 0,14, 0,60).

A análise concluiu que a prevalência de solidão moderada e grave entre residentes de lares é alta o suficiente para justificar preocupação. No entanto, a variação significativa nas estimativas de prevalência justifica mais pesquisas. Estudos futuros devem identificar quais intervenções podem lidar com a solidão e promover um envolvimento social significativo para melhorar a qualidade de vida em ILPIs.

## COMO AS ARTES PODEM INFLUENCIAR AS ATITUDES DOS CUIDADORES DE PESSOAS COM DEMÊNCIA? UMA INVESTIGAÇÃO LONGITUDINAL DE MÉTODOS MISTOS

The Gerontologist®

As atividades artísticas podem melhorar a conexão social e promover a reciprocidade entre as pessoas que vivem com demência e seus cuidadores. Ainda não está claro até que ponto as artes podem ajudar a moldar as atitudes em relação à demência. Esse artigo, publicado no periódico *The Gerontologist* de setembro, explora o impacto de um programa de artes visuais de 12 semanas intitulado "Demência e imaginação" nas atitudes de cuidadores familiares e profissionais. Isso foi feito por meio de uma investigação longitudinal de métodos mistos, sustentada por uma estrutura conceitual das artes no tratamento da demência.

Foram recrutados 146 cuidadores familiares e profissionais em três ambientes na Inglaterra e no País de Gales (lares residenciais, um hospital municipal e locais comunitários). Dados quantitativos e qualitativos sobre as atitudes e percepções dos cuidadores sobre o impacto do programa de artes foram coletados por meio de entrevistas em três momentos.

A análise temática identificou quatro temas compartilhados entre os cuidadores: (1) reconhecimento de capacidades; (2) conectividade social; (3) melhorias no bem-estar; e (4) igualdade e individualidade. Dois outros temas foram específicos para os cuidadores familiares: (5) duração dos efeitos do programa de arte; e (6) perspectiva enriquecida. O tema final "Inspirando o desenvolvimento profissional" foi específico

para os cuidadores profissionais. A análise quantitativa não encontrou nenhum efeito para a mudança de atitude dos cuidadores ao longo do tempo. Os cuidadores familiares pontuaram significativamente mais baixo do que os cuidadores profissionais em cada um dos três momentos.

Os programas de arte têm o potencial de tornar visíveis as capacidades de quem vive com demência, permitindo que os cuidadores vejam a pessoa por trás da doença. Esse estudo destaca as implicações práticas para implementação futura, como o papel das artes na educação para cuidados com a demência.

## O PROCESSO DA DEFICIÊNCIA: HÁ LUGAR PARA A FRAGILIDADE?

**age and ageing** A fragilidade e a deficiência são muito comuns em idosos, e ambas compartilham fatores de risco e mecanismos fisiopatológicos. No entanto, elas são entidades clínicas diferentes.

Esse estudo, publicado na edição de setembro do periódico *Age and Ageing*, se propõe a explorar uma relação hierárquica potencial entre fragilidade e deficiência ao longo do continuum do processo. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, no contexto do estudo francês Três Cidades (3C), envolvendo uma amostra de 943 participantes com 75 anos ou mais.

Foram utilizados o fenótipo de fragilidade de Fried, atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades básicas de vida diária (AVD). Foram identificados quatro grupos mutuamente excludentes: (i) robusto (sem fragilidade e sem deficiência); (ii) fragilidade pura (sem deficiência); (iii) fragilidade com deficiência AIVD (sem deficiência AVD); e (iv) fragilidade com deficiência AIVD e AVD. Foram usados modelos de regressão de Cox para estudar o risco de mortalidade de quatro anos associado a cada status.

Dos participantes, 82% foram classificados de acordo com a hierarquia presumida: 61,3% eram robustos; 5,4% frágeis; 10,5% frágeis e deficientes em AIVD; e 4,8% frágeis e com deficiências em AIVD e AVD. Um grupo extra de 17% foi identificado com deficiências em AIVD, mas sem fragilidade. Esse grupo extra era semelhante ao da fragilidade pura em termos de características e risco de morte, situando-os ao longo do continuum em um estágio intermediário entre a robustez e os dois subgrupos mais deficientes.

Segundo os pesquisadores, os achados sugerem que incluir a fragilidade ao longo do continuum pode ser relevante

para descrever todo o processo de deficiência. A fragilidade ocorreria a montante do processo e pode ser relevante para identificar uma janela de tempo oportuna, onde monitoramento específico e intervenções clínicas poderiam ser implementados a fim de interromper o processo em um estágio potencialmente mais reversível.

## USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADEQUADOS EM IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER LEVE A MODERADA: PREVALÊNCIA E ASSOCIAÇÕES COM EVENTOS ADVERSOS

**age and ageing** O uso de medicação potencialmente inadequada (MPI) é prevalente em idosos e está associado a eventos adversos, hospitalização e mortalidade. Esse estudo, publicado na revista *Age and Ageing* de julho, se propôs a avaliar os padrões e as associações de uso de MPI em idosos com doença de Alzheimer (DA) leve a moderada, que podem representar um grupo particularmente vulnerável.

Foi feita uma análise de dados de NILVad, um ensaio de controle randomizado de 18 meses de nilvadapina em DA leve a moderada. Os critérios STOPP v2 foram aplicados em duplicidade para identificar o uso de MPI. As associações entre o uso de MPI e eventos adversos/visitas de saúde não programadas, além das associações entre o uso de MPI e progressão de DA, foram avaliadas.

Participaram do estudo 448 idosos (idade média: 72,56 ± 8,19 anos) com DA leve a moderada de 23 centros em nove países europeus. Mais da metade (55,8%) deles recebeu prescrição para um MPI, com 30,1% recebendo prescrição para dois MPIs ou mais. Os MPIs mais frequentes foram (i) benzodiazepínicos de longo prazo (11,6% N = 52/448), (ii) inibidores seletivos da recaptção da serotonina sem indicação adequada (11,1% N = 50/448) e (iii) inibidores da bomba de prótons (PPIs) sem indicação adequada (10,7% N = 48/448). O aumento do número de MPIs foi associado a um maior risco de eventos adversos (IRR 1,17, 1,13-1,19, P < 0,001), eventos adversos graves (IRR 1,27; 1,17-1,37, P < 0,001), hospitalizações não programadas (IRR 1,16, 1,03- 1,30, P = 0,016) e visitas ao clínico geral (IRR 1,22, 1,15-1,28, P < 0,001). O uso de MPI não foi associado à progressão da demência.

O estudo concluiu que o uso de MPI é altamente prevalente em DA leve a moderada e está associado a eventos adversos e utilização de saúde não programada. É necessária mais atenção à eliminação da prescrição para esse grupo.

# RIQUEZA GENÉTICA

Mapeamento genético de 1.171 idosos brasileiros dá origem ao ABraOM, o maior banco genômico da América Latina, e abre caminho para pesquisas aprofundadas sobre o impacto da genética no envelhecimento saudável

Por **Luciana Fleury**

**A**pós dez anos de trabalho, pesquisadores do Centro de Estudos do Genoma Humano e de Células-Tronco (CEGH-CEL), do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo (IB-USP), concluíram o mapeamento genético de 1.171 idosos moradores da cidade de São Paulo, dando origem ao ABraOM – Arquivo Brasileiro de Mutações e abrindo caminho para pesquisas que identifiquem variantes genéticas responsáveis por doenças, estimando sua prevalência na população brasileira, e, ainda, para estudos que encontrem mutações determinantes para o envelhecimento saudável. O repositório já foi publicado e está disponível para acesso público em: [abraom.ib.usp.br](http://abraom.ib.usp.br).

Além de ser o maior banco de dados genômico da Amé-

rica Latina, o ABraOM tem o pioneirismo de ser o primeiro do mundo a ter como foco pessoas acima dos 60 anos. “Esta foi uma ideia brilhante da professora Mayana Zatz, coordenadora do CEGH-CEL”, destaca Michel Naslavsky, doutor em genética e docente do Departamento de Genética e Biologia Evolutiva do IB-USP, primeiro autor do estudo “Whole-genome sequencing of 1,171 elderly admixed individuals from the largest Latin American metropolis (São Paulo, Brazil)” (artigo ainda sem revisão por pares, disponível em [www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.09.15.298026v1](http://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.09.15.298026v1)), que traz os primeiros resultados encontrados ao analisar o banco. A vantagem em considerar a população idosa está no fato de tornar as análises muito mais diretas, pois os partici-



pantes já passaram da idade de início de manifestação de uma série de doenças e também não são portadores de genes de alta prevalência para condições patológicas raras, que causam morte precoce (na infância ou juventude). “Isso quer dizer que, se eu analiso uma mutação encontrada em um paciente mais jovem, e ela está presente em boa parte desse banco, posso concluir que não se trata de algo tão danoso”, explica Naslavsky.

Não se trata, porém, de uma seleção qualquer de idosos, o que torna o banco ainda mais interessante. A composição é resultante de uma importante mudança de curso ocorrida logo no início da pesquisa, em 2010. Como conta Naslavsky, em um primeiro momento considerou-se recrutar apenas pessoas saudáveis com mais de 80 anos. “O chamamento foi feito via mídia e conseguimos mais de 150 pessoas, entre octogenários, nonagenários e até centenários. Concluimos, porém, que eles faziam parte de um grupo seletivo, que conseguia cumprir com as etapas necessárias para chegar até nós, ou seja, acompanhar a mídia, enviar e-mail, se dirigir presencialmente até a USP, algo que não poderia ser considerado uma amostra realmente representativa dessa população”, diz. Foi quando o caminho do grupo de pesquisadores se cruzou com o das professoras Maria Lucia Lebrão (falecida em julho de 2016) e Yeda Duarte, da Faculdade de Saúde Pública da USP, respectivamente coordenadora e primeira pesquisadora do inquérito sobre Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), que desde o ano 2000 acompanha as condições de vida e saúde de pessoas acima dos 60 anos moradoras da cidade de São Paulo. “Foi uma simbiose entre a expertise do recrutamento epidemiológico, que é base do SABE, e a nossa expertise em genética. Assim, começamos a montar o banco de DNA desses idosos, pois assim teríamos a representatividade da população e também um ótimo acompanhamento das doenças prevalentes no idoso, como hipertensão, diabetes e outras doenças metabólicas, doença articular, declínio cognitivo, fragilidades etc., que são alvo do SABE”, aponta Naslavsky.

### Dois milhões de variantes genéticas inéditas

Estudar os genes para entender como se dão as influências hereditárias na saúde de um indivíduo não é algo novo na medicina. O DNA teve sua estrutura química desvendada

em 1953 e se tornou uma das moléculas mais estudadas em todo o mundo. No entanto, a finalização do Projeto Genoma Humano, em 2003 (que identificou todos os genes humanos, além de determinar a sequência dos cerca de 3,2 bilhões de pares de bases que compõem o genoma do *Homo sapiens*), e a disponibilização de plataformas sequenciadoras chamadas de Nova Geração (*Next Generation Sequencing*, NGS), a partir dos anos 2007/2008, mudaram um cenário de processos limitados, caros e demorados para a realidade atual, com equipamentos que aumentaram em milhões de vezes a capacidade de análise do genoma humano, reduzindo o custo e o tempo de sequenciamento.

O potencial de uso do mapeamento genético para questões de saúde é altíssimo. Ele permite a identificação das variantes genéticas de cada pessoa – a imensa maioria inofensiva e determinante apenas de características físicas, porém parte delas indicadora de propensões a problemas de saúde. Encontrar qual mutação é responsável, ou, ao contrário, minimiza uma determinada condição grave pode levar à criação de tratamentos em que o corpo inibe ou emula determinada molécula, por exemplo.

Atualmente, as principais aplicações estão voltadas para o aconselhamento genético (para identificar possíveis combinações entre os genes de mãe e pai e a probabilidade de gerar um filho com uma doença hereditária grave); para a identificação de predisposição a doenças hereditárias raras; e para a provável reação metabólica a determinados medicamentos, o que auxilia na prescrição. Tudo isso sempre baseado em comparações – ou seja, o mapeamento de um paciente é analisado tendo por base o que aconteceu com outras pessoas que carregavam a(s) mesma(s) mutação(ões).

E é exatamente com relação a este ponto – o da comparação – que está um dos principais achados das primeiras análises do banco de idosos brasileiros. “Com o exoma completo, ou seja, a coleção completa da parte codificante do genoma humano, de 1.171 idosos, que foi o tanto de amostras de DNA de qualidade que conseguimos sequenciar, catalogamos 76 milhões de variantes genéticas – destas, 2 milhões não estão descritas em bancos de dados genômicos públicos internacionais”, afirma Naslavsky.

Isso significa que o uso dos maiores bancos genéticos existentes atualmente (na Europa e nos Estados Unidos) não é adequado para o Brasil. “Somos um povo muito mis-

cigenado quando comparado com o restante do mundo; a miscigenação não ocorreu de forma tão intensa na Europa e na Ásia; e a nossa não é parecida com a que aconteceu em países altamente miscigenados, como os Estados Unidos e o México. Só com relação à questão africana, recebemos dez vezes mais negros do que os Estados Unidos e que vieram de diferentes partes da África, algo único”, comenta Naslavsky. Com isso, o brasileiro tem particularidades que tornam muito imprecisas as comparações com o perfil genético de outros países. “Para o caso de doenças raras, por exemplo, posso encontrar uma mutação em um paciente brasileiro e, ao não localizá-la em um banco estrangeiro, considerar que ela seja a causadora da patologia. Mas nada garante isso, pois essa mutação pode ser parte do trecho africano ou nativo americano daquele paciente, e simplesmente não estar representado no banco estrangeiro”, diz.

Há ainda a questão das doenças multifatoriais, como é o caso de doenças de alta prevalência na população idosa, como hipertensão, doença coronariana, Alzheimer e Parkinson, cujo risco de desenvolvimento depende da presença de uma determinada combinação de mutações. É preciso um banco extremamente volumoso para poder comparar indivíduos com as mesmas combinações de variantes e determinar um perfil de risco. A Europa e os Estados Unidos fizeram grandes investimentos e, ao contar com bancos que variam de 200 mil a 500 mil pessoas catalogadas, puderam desenhar diversos perfis de riscos, como para câncer de mama, hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, síndrome do intestino irritável, entre inúmeros outros. “Essa lista de perfis, quando aplicada à população brasileira, deixa de ser preditiva, exatamente porque podemos ter mutações ou combinações de mutações poligênicas compensatórias ou, ainda, que mudem o nível de risco, de baixo para alto ou de alto para baixo, por exemplo”, destaca Naslavsky.

É exatamente essa busca por padrões brasileiros um dos principais desdobramentos do ABraOM, que justifica a necessidade de mais investimentos para o sequenciamento de um volume considerável de exomas completos que venham a fazer parte da base e, assim, aumentar sua precisão.

### Limitações e usos futuros

Mesmo que no futuro tenhamos um banco genômico bastante representativo da população brasileira, é – e sempre será – preciso levar em consideração o alerta de Naslavsky:

“Genética não é determinística, o que se indica é a probabilidade de um risco. E é preciso entender o conceito de risco: ‘risco baixo’ não significa que a pessoa não irá desenvolver a doença, da mesma forma que ‘risco alto’ não significa, necessariamente, que ela irá desenvolver”.

O alerta é reforçado pela médica geriatra Maysa Seabra Cendoroglo, professora livre-docente da disciplina de geriatria e gerontologia na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). “Já se sabe há muito tempo que o fenótipo, ou seja, a expressão da carga genética, chamada de genótipo, não depende só da genética. Depende, sim, da interação da genética com diversos outros fatores relacionados a estilo de vida. Ou seja, o genótipo pode se expressar de maneira diferente em cada população, de acordo com o estilo de vida em termos de dieta, atividade física, consumo de álcool e de fumo, comportamento de sono, nível de estresse. Tudo isso vai interagir com essa carga genética e pode modificar o fenótipo”, explica. Isso torna toda a equação mais complexa, porém não diminui a importância de contar com bancos genéticos populacionais – pelo contrário. “É extremamente relevante ter conhecimento da herança genética da população com a qual se trabalha e da relação dessa herança com todos esses fatores que caracterizam a população, porque isso pode vir a ditar políticas de saúde pública, visando à prevenção”, comenta Maysa.

Visão semelhante tem Emilio Moriguchi, médico geriatra e professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ele destaca o banco genético da USP como “um dos mais relevantes materiais de entendimento da saúde da população idosa dos últimos anos”. Para o geriatra, chama particular atenção o fato de o banco ser construído por exomas completos de um grupo com acompanhamento de perto das condições de saúde e de estilo de vida. “Tem muita coisa que ainda poderá ser revelada. Será possível estabelecer relações entre o perfil genético e doenças que esses indivíduos tiveram no passado, além de levantar diversos marcadores de saúde e de patologias, porque são muitos os dados”, analisa. O professor é também diretor do Instituto Moriguchi, especializado em estudos e aplicações práticas para a longevidade saudável, e coordena estudos no município de Veranópolis (RS), onde analisa o impacto do estilo de vida como pilar para a obtenção de um envelhecimento ativo. Ele acredita que, até nisso, novos estudos podem trazer revelações. “Será possível voltar um pouco e ana-

lisar se alguns componentes do que chamamos estilo de vida, como alimentação, atividade física, controle de estresse, não tabagismo etc., são mais ou menos impactantes para a longevidade do que imaginávamos ou se variam conforme cada pessoa”, comenta.

Recomendações personalizadas são também uma utilização que Omar Jaluul, médico geriatra do Hospital das Clí-

nicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, enxerga como futuro para o melhor entendimento da relação da carga genética e dos hábitos de vida. “É muito comum, na prática clínica, vermos indivíduos que fizeram tudo ao contrário do que se recomenda e foram grandes longevos; provavelmente eles tinham componentes genéti-

## ESTUDOS GENÉTICOS PARA DESVENDAR A COVID-19

Diante da pandemia de Covid-19, geneticistas e pesquisadores foram acionados para buscar condições genéticas que pudessem explicar as diferentes manifestações da doença, especialmente com relação a sua gravidade. É um projeto de pesquisa desse tipo sobre o qual se debruça um grupo de pesquisadores do Centro de Estudos do Genoma Humano e de Células-Tronco (CEGH-CEL), do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo (IB-USP). “Estamos coletando o material genético de alguns grupos que consideramos interessantes para encontrar perfis genéticos que confirmam algum tipo de resistência à infecção ou resiliência à severidade da infecção”, conta Michel Naslavsky, doutor em genética e docente do Departamento de Genética e Biologia Evolutiva do IB-USP. Ele explica que estão sendo mapeados nonagenários e centenários que foram infectados pela Covid-19 e se recuperaram. “Sabemos que esse grupo, do ponto de vista estatístico, apresentava mais risco de ter um desfecho desfavorável, porém eles sobreviveram. Queremos observar se eles possuem algum mecanismo de compensação que explique isso”, diz Naslavsky. Outro grupo em análise é o de jovens que vieram a óbito, e o terceiro – o maior, com 100 participantes – é formado por casais desconcordantes, quando um membro do casal foi infectado, testando positivo para Covid-19, e o outro se mostra resistente, testando negativo. A análise genética também é a base de um consórcio mundial coordenado pela Universi-

dade de Tóquio, no Japão, do qual Emilio Moriguchi, médico geriatra e professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), faz parte. “Além da UFRGS, também participa no Brasil a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), e estamos para acionar colegas de São Paulo e do Rio de Janeiro para compor essa pesquisa”, diz Moriguchi. O principal objetivo é entender por que a Covid-19 tem um comportamento no Brasil, assim como nos EUA, muito diferente do que ocorre em países europeus e asiáticos. Enquanto a Europa e a Ásia vivenciam novas ondas de contágio, no território brasileiro vive-se um platô contínuo de infecções. “A hipótese é que a diversidade étnica brasileira, que também é uma característica norteamericana, possa ser responsável por variantes genéticas que levem a esse quadro. Muitas pessoas atribuem essa diferença somente a questões comportamentais, mas certamente não é apenas por isso”, afirma Moriguchi.

O estudo será feito a partir da coleta de saliva dos participantes e da análise de marcadores que serão comparados com os de participantes japoneses, de perfil genético mais homogêneo. “Ainda não foi definido o total de pessoas, mas temos prazo até março de 2021 para terminar a coleta dos dados e, até metade do ano que vem, eles serão processados em um supercomputador da Universidade de Tóquio e esperamos encontrar respostas”, conta. O nome do projeto dá uma dimensão do desafio, como comenta Moriguchi. “Recebeu o nome de ‘Factor X’, porque ninguém sabe exatamente o que se está procurando”.

## “ Genética não é determinística, o que se indica é a probabilidade de um risco.

cos importantes”, diz. Ele acredita que, no futuro, será possível individualizar as recomendações, identificando que para determinada pessoa a atividade física regular tem mais relevância do que a dieta alimentar. “Seria maravilhoso, porque o que temos agora é uma receita de bolo que de alguma forma serve para todos, e eu acho que não exista nada que realmente sirva para todos de maneira igual”, afirma Jaluul.

### **Inadequações para a prática clínica no presente**

Enquanto o futuro parece promissor, todos os especialistas entrevistados são unânimes em dizer: no presente, o uso do mapeamento genético não é adequado para a prática clínica na geriatria no Brasil. Por um lado, as bases internacionais não refletem o perfil genético do brasileiro; por outro, o banco agora disponível ainda é modesto em termos de volume para promover comparações, e estudos ainda serão necessários para que se identifiquem parâmetros.

Por isso, é preciso cautela ao lidar com pacientes que demonstrem desejo em submeter-se a um mapeamento genético, seduzidos pela possibilidade de descobrir a que riscos estão sujeitos e buscar minimizá-los – uma situação que Maysa diz ser extremamente frequente em seus atendimentos clínicos. “Geralmente são idosos jovens, com perspectiva produtiva a longo prazo, que vão a uma consulta com o geriatra exatamente com esse intuito, de otimizar o seu envelhecimento via mapeamento genético”, descreve. A conduta adotada por ela varia de acordo com cada paciente. “Eu costumo desencorajar, explicando as limitações. Porém, há aqueles indivíduos convictos, que chegam com a ideia definida e sem abertura para um diálogo; muitas vezes são pessoas que vão ficar muito ansiosas se não fizerem o teste. Nesses casos, o melhor é acompanhar e analisar os resultados, mostrando que, no caso da indicação de mutações patológicas, assim como há a possibilidade do aparecimento de uma doença, há a possibilidade do não aparecimento, e, portanto, é inconclusivo”, diz. Moriguchi relata

situações parecidas. “Eu atendo consultas particulares, e muitos pacientes são pessoas de posses que vão para o exterior, fazem o teste e já trazem o mapeamento genético pronto”, conta. “Eu vejo isso com muita preocupação, porque pode afetar emocionalmente essas pessoas de uma forma muito negativa.”

Ambos os médicos exemplificam com o caso de marcadores para Alzheimer. Pesquisas indicam que a presença do alelo e4 do gene da apolipoproteína E (apoE) está associada a um maior risco de desenvolver Alzheimer. “Porém, existem indivíduos portadores do alelo e4 que nunca tiveram Alzheimer e pessoas com Alzheimer que não têm esse alelo”, destaca Maysa. “Como não há um tratamento preventivo específico para o Alzheimer, fazer muito precocemente a identificação desses marcadores pode tirar a qualidade de vida da pessoa, que ficará em alerta e, diante da menor falha na memória, vai achar que é a doença se instalando”.

Moriguchi comenta casos de pacientes que recebem esse resultado e que acompanham ou acompanharam o pai ou a mãe sofrendo com essa doença. “Eles podem ficar desesperados, buscar soluções que não existem; é algo que pode até aumentar o risco de suicídio. Em termos de população em geral, temos que ter muito cuidado com os testes genéticos”, analisa. Há ainda a preocupação do contrário: resultados que não indiquem propensões a patologias podem gerar uma falsa sensação de “imunidade”, levando a pessoa a reduzir a atenção aos cuidados básicos com sua saúde.

Até mesmo o uso para a reação metabólica a medicamentos é algo impreciso, como revela a experiência do geriatra Jaluul em sua prática clínica. “Aconteceu pouquíssimas vezes, com medicações de âmbito psiquiátrico. Pacientes que não conseguiam responder a determinadas medicações tiveram o mapeamento genético feito. Eu tive casos em que realmente ajudou a direcionar, mas também tive experiências ruins, nas quais o teste não ajudou em absolutamente nada.”

O próprio pesquisador Naslavsky se une ao coro, recomendando que não se estimule os pacientes a fazer mapeamento genético visando à prevenção. O único teste que ele considera válido é de ancestralidade, para descobrir a origem dos antepassados e a composição da miscigenação. “Para qual uso na saúde?”, pergunto. “Nenhum”, responde ele. “É divertido.” **A**

# Extima

FORÇA AUXILIAR NO  
CUIDADO DA **SARCOPENIA**<sup>1</sup>  
*Produto pioneiro*

## FORMULAÇÃO ESPECÍFICA

COM PEPTÍDEOS BIOATIVOS DE ALTO DESEMPENHO

- » Antioxidantes
- » BCAA
- » Vitamina D
- » Magnésio

## COMPROVADAMENTE EFICAZ NO AUXÍLIO DE:<sup>1</sup>

- + Aumento da massa magra corporal
- + Aumento da força muscular
- + Diminuição da gordura corporal

» APRESENTAÇÃO EXCLUSIVA EM LATA  
*Impulsionando a longevidade com mais praticidade*



Tecnologia exclusiva  
**BODYBALANCE™**  
Performance Peptides

Desenvolvido especificamente  
para a musculatura esquelética  
com comprovação científica.<sup>1</sup>

Referência bibliográfica: 1. ZDZIEBLIK D, OESSER S, BAUMSTARK MW, et al. Collagen peptide supplementation in combination with resistance training improves body composition and increases muscle strength in elderly sarcopenic men: a randomized controlled trial. British Journal of Nutrition. 2016;1-9.

# Terapia ocupacional no cuidado ao idoso com Covid-19 – uma experiência de humanização



**ISABELLE FERNANDES VIEIRA MEDEIROS** Terapeuta ocupacional pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL/2009); especialização em Terapia ocupacional: uma visão dinâmica em neurologia pela Faculdade Metodista de São Paulo (Famesp/2014); aprimoramento em reabilitação pelo Instituto Lucy Montoro (HCFMUSP/2013); terapeuta ocupacional das equipes de neurologia e CEAME – Comissão para o Estudo e Assistência ao Menor Excepcional.



**LUCIANA SANTOS FRANCISCO** Terapeuta ocupacional pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCamp/1999); aprimoramento em terapia ocupacional em gerontopsiquiatria pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – (HSPE/2001); terapeuta ocupacional das equipes de ortopedia e reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual.



**TATIANA VIEIRA DO COUTO** Terapeuta ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar/2000); aprimoramento em terapia ocupacional em geriatria e gerontologia pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/2002); especialista em gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG/2020); terapeuta ocupacional das equipes de geriatria e cuidados paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual.

Imagem: divulgação

O Hospital do Servidor Público Estadual atende os funcionários do estado de São Paulo e seus dependentes (cônjuges e filhos até 21 anos), bem como agregados (pais/mães, padrastos/madrastas). Grande parte da população que frequenta nossa instituição é de uma faixa etária mais elevada. Não raro encontramos pessoas centenárias entre nossos pacientes.

O idoso tem várias particularidades já amplamente discutidas e conhecidas na literatura que podem se apresentar durante o período de hospitalização, como a quebra de vínculos, os sintomas psicológicos – entre eles podemos destacar a ansiedade e o medo –, a dificuldade de adaptação à rotina institucional, o rompimento dos papéis ocupacionais, além da possibilidade de desenvolvimento do es-

tado confusional agudo ou delirium, que se configura como emergência em geriatria. Outro fator importante a ser considerado seria a perda da funcionalidade, acarretando diminuição da capacidade funcional, importante marcador de saúde em idosos.

Durante a pandemia de Covid-19, além dos fatores já destacados e que ficam potencializados especialmente pelos fatores psicológicos (como o medo de não poder mais ver a família, em casos de óbito), podemos acrescentar o isolamento social com a restrição de visitas, as regras mais rígidas para os pertences pessoais no hospital, bem como os profissionais “mascarados” e sem identificação.

Visando a contribuir para a melhora da qualidade do atendimento durante a hospitalização, manter e fortalecer vínculos familiares, promover estímulo cognitivo e identificar sentimentos, bem como prevenir o agravamento de fatores como isolamento social e ociosidade durante a hospitalização, a equipe de terapia ocupacional (TO) do hospital começou um intenso trabalho com todos os pacientes internados com diagnóstico de Covid-19. Foram usadas as seguintes técnicas: medidas não farmacológicas para a prevenção do delirium, treino de atividades da vida diária (AVDs), prescrição de tecnologia assistiva (equipamentos, órteses e ajudas técnicas para a realização de AVDs com independência), comunicação alternativa ampliada (CAA), estimulação cognitiva, entre outras.

Para o desenvolvimento desse trabalho é feita toda a parâmentação com uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), conforme protocolo institucional segundo a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), além de higienização dos materiais e dos equipamentos utilizados pela equipe de TO a cada uso (aparelhos eletrônicos, celulares e tablets). Como parte do trabalho humanizado, nossa equipe utiliza crachás gigantes com foto (dando preferência para fotos sorridentes), nome, além da nossa função. Esse material é plastificado, possibilitando sua higienização. Todo o protocolo de segurança também está presente nos kits de atividades que são oferecidos, que foi rigorosamente orientado pela CCIH.

Para os pacientes internados em enfermaria são oferecidos kits de cuidados com atividades, entregues semanalmente a cada paciente. Verificamos que, em geral, são entre-

gues cerca de três kits por paciente (o que significa três semanas de hospitalização). O kit 1 contém atividades que favorecem a expressão de sentimentos, reflexão e planejamento acerca da rotina, promovendo uma ressignificação do cotidiano. O kit 2 contém elementos mais práticos para o planejamento da rotina e uma atividade para proporcionar bons pensamentos. O Kit 3, pensando que o paciente já está mais próximo da alta hospitalar, inverte a relação de cuidado, e ele pode entregar palavras de cuidado e agradecimento à equipe. Em todos os kits foram contempladas atividades de estimulação cognitiva. Além dos kits de atividades, são oferecidos os “Kits Cores”, que contêm materiais de pintura e desenhos significativos. Ainda para esses pacientes são oferecidos livros de leitura e até alguns itens de higiene.

Adicionalmente, se esses pacientes estiverem sem aparelho celular para contato com as famílias, são feitas chamadas de vídeo, melhorando assim a comunicação entre os familiares e trazendo tranquilidade para o paciente.

Um dos destaques da intervenção nas enfermarias, que tem muito impacto inclusive com a equipe multidisciplinar, é a comemoração de aniversários, altas e outras datas. Essas ações favorecem a estimulação temporal e possibilitam um cuidado mais humanizado.

### Foco em comunicação

A intervenção na UTI tem focado na comunicação e no envio de mensagens para os pacientes. Duas vezes por semana, a equipe de TO entra em contato com a família e pede que ela envie mensagens de áudio para os pacientes, mesmo para aqueles que estão sedados, a fim de estimular reações.

Foi desenvolvida também uma prancha de comunicação específica para pacientes com Covid-19, a fim de facilitar a comunicação dos pacientes com traqueostomia, que fazem uso do respirador ou mesmo daqueles com máscara inalatória que apresentam dificuldade para falar. Nessa prancha estão contemplados o alfabeto, números, os sintomas físicos, emocionais, psicológicos, atividades de interesse, bem como perguntas sobre o tratamento e sobre familiares, além de aspectos espirituais, religiosos, últimos desejos e morte. Esse material foi disponibilizado em todas as enfermarias e UTI que atendem os pacientes com Covid-19 e está encadernado e plastificado para facilitar a higienização.



Imagens: arquivo pessoal

Crachás gigantes com fotos e kits de atividades ajudam na humanização do tratamento

Como resultado de todo esse trabalho, os pacientes referem que as atividades estão ajudando a amenizar a solidão desse período e estimulando questões cognitivas e orientação de tempo. Eles também relatam que as atividades auxiliam não só a desviar o foco de preocupação com a respiração e complicações da doença, mas também a pensar em projetos futuros. Muitos deles gostam tanto das atividades, especialmente as com componente mais lúdico, que percebemos que isso promoverá uma relação intergeracional no momento da alta, quando poderão fazer as atividades com os netos.

Na UTI, os pacientes têm ficado mais orientados e sentem-se acolhidos ao ter notícias de suas famílias e, principalmente, ao saber que não foram abandonados, pois a

ausência de visitas faz parte do protocolo institucional. Já os familiares estão tendo a oportunidade de expressar sentimentos que talvez nunca tivessem sido revelados e podem sentir-se mais “perto” do seu ente querido. Gravar as mensagens de voz e vídeo e saber das reações do seu ente querido faz com que a família tenha a sensação de que está ajudando na sua recuperação.

Todas essas ações da terapia ocupacional têm contribuído para um atendimento mais humanizado e com mais qualidade tanto para os pacientes quanto para seus familiares. Temos percebido que essas ações contribuem também para a melhora da sensação de sofrimento por parte da equipe, pois o cuidado na instituição tem extrapolado o cuidado físico e todos fazem parte dessa construção. **A**

## Referências bibliográficas

1. Ventura MM, Mendonça LP, Couto TV. Cuidado Integral ao Idoso Hospitalizado – Abordagem Interdisciplinar e Discussão de Protocolos. 2015. Ed. Zagodoni.
2. Domingues MA, Lemos ND. Gerontologia – Os Desafios nos Diversos Cenários de Atenção. 2010. Editora Manole.
3. COUTO, Tatiana Vieira do; CANON, Mariana Boaro Fernandez. Uma proposta de atuação da Terapia Ocupacional junto a idosos hospitalizados. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 373-382, 2014.
4. ZINN, Gabriela Rodrigues; SILVA, Maria Júlia Paes da; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 326-332, June 2003.
5. COSTA, Jaqueline Barreto da et al. Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 122-129, June 2014.

# Choosing Wisely Brasil e SBGG: escolhas sensatas para a saúde do idoso



**RENATO G. BANDEIRA DE MELLO** Médico geriatra; doutor em cardiologia e ciências cardiovasculares (UFRGS); professor adjunto do Departamento de Medicina Interna Famed/UFRGS; diretor científico da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; membro da Choosing Wisely Brasil e da Choosing Wisely International.

Imagem: divulgação

## ▶ TAKE HOME MESSAGE

- A humanidade conquistou o envelhecimento ao longo dos últimos 150 anos através da melhoria das condições de saúde e do controle de doenças.
- Houve também crescente irracionalidade imputada ao raciocínio clínico, levando a indicação inapropriada de exames, procedimentos e tratamentos.
- Como resposta a essa tendência, foram criadas ações como a Choosing Wisely, que discute escolhas sensatas em diversas áreas.

O incremento significativo da sobrevida humana talvez seja a maior conquista conjunta da espécie *Homo sapiens*. A redução da mortalidade precoce é consequência direta de diversos fenômenos sociais e da melhoria das condições de vida, tais como urbanização, moradia segura, saneamento básico e melhor acesso a alimentos – cuidados primordiais que trouxeram “saúde” às pessoas<sup>1</sup>. A partir do final do século XIX, sobretudo em meados do século passado, somam-se aos referidos fatores o aprimoramento das ciências médicas e a implementação

de tecnologias que permitiram melhores cuidados e controle de doenças: vacinas, antibióticos, cirurgias, exames de imagem, medicamentos, terapia substitutiva renal, ventilação mecânica invasiva, intervenções coronarianas, exames laboratoriais, além de tantas outras possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Há como viver mais mesmo quando doenças (agudas e/ou crônicas) se instalam, e aprendemos a postergar cada vez mais a morte<sup>2</sup>. A expectativa de vida aumentou mais em quase todos os cantos do mundo (OMS)<sup>3</sup>. E agora queremos mais... Mas será que “mais” é sempre melhor? Em alguns casos, a resposta é não.

A disponibilização farta de recursos, as demandas dos pacientes, os incentivos financeiros, a “medicina defensiva”, a busca incessante por sensação de controle<sup>4</sup>, os distintos vieses cognitivos imputados no raciocínio clínico e na tomada de decisão<sup>5</sup>, assim como a irracionalidade prescritiva, trouxeram consigo um paraefeito não intencional de proporções inimagináveis: o *overuse*. Ainda sem uma tradução amplamente aceita, o *overuse* caracteriza-se pela utilização de recursos diagnósticos ou terapêuticos que podem, com maior probabilidade, causar mais danos do que benefícios<sup>6</sup>. Há outras potenciais aplicabilidades ao termo, como, por exemplo, condutas médicas tomadas sem o devido embasamento científico. Adicionalmente, autores têm proposto a segmentação do conceito em *overdiagnosis* e *overtreatment*, referindo-se a exames diagnósticos, procedimentos e tratamentos de baixo valor agregado ao pacien-

te. Sim, são diversas as condutas frequentemente aplicadas na prática que prescindem de evidência científica de demonstração de benefício. Ainda pior, há muitas outras que criam hordas de doentes rotulados com patologias que nunca trarão impacto à sobrevida ou qualidade de vida. Mais graves ainda são aquelas condutas que causarão dano iatrogênico e que não tinham potencial para fazer bem<sup>7</sup>.

O *overuse*, já entendido como um problema de saúde, tem sido muito estudado, e números alarmantes estão já publicados<sup>8</sup>. Estima-se que 46% dos testes cardíacos pré-operatórios realizados em pacientes de baixo risco sejam desnecessários; cerca de 40% das ressonâncias magnéticas para avaliação de dor lombar não deveriam ter sido solicitadas; 30% das angiografias coronarianas e 20% das intervenções percutâneas representariam uso inapropriado desse importante e caro recurso<sup>7</sup>. E o maior exemplo de *overdiagnosis* vem da Coreia do Sul, que, após instituir um amplo programa de triagem populacional para câncer de tireoide através de ultrassom, aumentou em 15 vezes o número de pessoas identificadas com neoplasia papilar da glândula sem que houvesse qualquer modificação nas taxas de mortalidade pela doença. Os dados permitem estimar que 99% dos diagnósticos identificados pela estratégia de rastreamento sejam *overdiagnosis*, neste caso específico, de uma condição que jamais causaria doença clinicamente relevante em quase a totalidade dos agora rotulados “portadores de câncer”<sup>9</sup>.

Entretanto, o mais palpável desperdício de recurso é a prescrição indevida de medicamentos antibióticos. Tratamento de infecções virais de vias aéreas, bacteriúria assintomática (que parte de *overdiagnosis* de um exame de cultura inapropriadamente solicitado) e diarreia aguda em crianças são claros exemplos do uso irracional de antibacterianos. Não há só risco de dano individual nesses casos; há risco de indução de resistência bacteriana e inutilização de um dos maiores recursos para incremento da vida já criados pelo homem.

Contudo, podemos pensar no problema de uma forma mais ampla, sem nos resignarmos ao pensamento dicotômico de que algo é sempre bom ou sempre ruim. Determinados testes e procedimentos podem ter papel preponderante em determinados cenários clínicos, ser de baixo impacto ou irrelevantes em outras situações, ou até mesmo fazer mais mal do que bem em determinados grupos de pa-

cientes. Há definitivamente que se mesclar conhecimento técnico, científico e, o mais importante, a partir disso entender o tamanho de efeito para que se eduquem as pessoas de maneira que a decisão compartilhada verdadeira seja possível. Porém, não é nada fácil encontrarmos ferramentas (e, muitas vezes, tempo) para superarmos nossos ancoramentos a ensinamentos e paradigmas passados. Talvez seja mais duro ainda enfrentarmos o viés cognitivo que faz crer que todo paciente testado está mais seguro e que todo tratamento prescrito trará benefício – a ilusão de tratamento<sup>5</sup>.

Buscar debates profundos sobre as práticas usualmente aplicadas para promoção de saúde e controle de doenças é certamente o melhor caminho. É imperativo refletir sobre diferentes situações, em que tanto condutas ativas ou expectantes podem representar o cuidado mais apropriado – equivalente ao que se descreve na literatura internacional como *right care* e *high-value care* –, em que não há exageros em direção ao *overuse*, ou a sua antítese, o *underuse* (situação em que condutas necessárias não foram indicadas). O debate aberto, reflexivo, respeitoso e positivo entre pares e entre profissionais da saúde e seus pacientes sobre essas situações deve ganhar espaço e permear o processo decisório quando o assunto é diagnóstico e tratamento.

Diante disso, para estruturar ações facilitadoras para o entendimento e prevenção do *overuse*, a American Board of Internal Medicine (ABIM) lançou, em 2012, a iniciativa *Choosing Wisely*<sup>®</sup>, com o intuito de promover conversas entre pacientes e seus médicos sobre cuidado apropriado. Para tanto, quatro premissas básicas deveriam ser respeitadas:

- 1) Conduta baseada em evidência científica;
- 2) Evitar duplicidade de exames e procedimentos que já foram realizados;
- 3) Cuidados livres de dano (benefício maior do que risco);
- 4) Conduta verdadeiramente necessária.

O método de desenvolvimento empregado pela iniciativa baseia-se na parceria com organizações e sociedades representativas de especialidades médicas para que essas provoquem seus integrantes a identificar testes, exames, procedimentos ou tratamentos comumente indicados em seus próprios campos de atuação cuja necessidade pudesse ser questionada ou discutida pelos provedores de cuidados e pelos pacientes<sup>10</sup>. Assim, através de linguagem reversa do

usual, listas de recomendações do que NÃO FAZER e do que deveria ser EVITADO foram construídas, publicadas e, muito mais importante, implementadas. O objetivo inicial de provocar pacientes a questionar seus médicos ganhou novos horizontes com o passar dos anos. Atualmente as campanhas de “Escolhas Sensatas” são instrumentos de educação médica continuada, tema de ensino na graduação\* e um norte para a construção de protocolos hospitalares voltados a qualidade e segurança assistencial. A iniciativa se espalhou para o mundo e está presente em diversos países, incluindo o Brasil desde 2014. Já são diversas listas de recomendações para escolhas sensatas publicadas por sociedades de especialidades e hospitais do país.

Uma das parceiras mais produtivas da Choosing Wisely Brasil (CWB) é a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). São muitas as razões que fortalecem essa identificação entre as partes. Geriatras e especialistas em gerontologia são profissionais treinados para pensar em risco iatrogênico desde o princípio de sua formação na área. Entre as especificidades daqueles que cuidam da saúde do idoso está a constante ponderação entre riscos e benefícios de exames, procedimentos e tratamentos. A preocupação com condutas que possam causar danos ao paciente e potencializar os impactos do envelhecimento sobre a pessoa idosa também é frequente alvo de questionamento, como a imobilização e a contenção mecânica de pacientes hospitalizados e a passagem ou retardo de retirada de sondas urinárias. Tais questões estão enraizadas no raciocínio desses profissionais. Pensar nos riscos das condutas é quase intuitivo, automático, tanto que a iatrogenia (dano não intencional causado por condutas) é um dos “gigantes da geriatria e da gerontologia”<sup>11</sup>. Além disso, pacientes mais velhos estão frequentemente sub-representados em estudos clínicos, portanto as evidências científicas para tratamentos farmacológicos, quimioterápicos e cirurgias não são robustas, sobretudo entre idosos frágeis. Entre as diferenciações do médico geriatra e do especialista em gerontologia estão a habilidade e a competência de conduzir avaliações amplas que permitem discernir diferentes espectros de funcionalidade e caracterizações do processo heterogêneo de envelhecimento humano<sup>12</sup>. Ao identificar quem são os pacientes sob maior risco iatrogênico, a individualização racional das decisões clínicas se torna mais clara, e as escolhas sensatas a respeito

das condutas a serem prescritas são, conseqüentemente, mais sistematizadas na prática. Para alinhar-se à CWB, caberia então uma revisão interna crítica a respeito do que os profissionais da área fazem, porém poderia ser diferente, ou seja, o que deve NÃO SER FEITO ou EVITADO.

Em janeiro de 2018, um grupo de trabalho composto por geriatras e especialistas em gerontologia foi montado dentro da SBGG para a identificação de práticas, exames, diagnósticos e tratamentos que deveriam ser evitados durante o cuidado ao paciente idoso. O grupo, em um primeiro exercício de avaliação crítica, levantou cerca de 40 tópicos que poderiam ser questionados ou evitados em sua prática. Em distintas rodadas de debate interno, as recomendações foram agrupadas em tópicos por afinidade teórica, duplicatas foram excluídas e proposições semelhantes agregadas até que se chegasse a uma lista com 18 recomendações sobre Escolhas Sensatas em Saúde do Idoso. Para trazer legitimidade à lista, conforme metodologia orientada pela Choosing Wisely, a lista foi submetida à consulta pública entre os associados da entidade. Através de link eletrônico, um formulário permitia que a pessoa apresentasse seu grau de concordância com cada uma das 18 recomendações que estavam devidamente acompanhadas de seus racionais e referências bibliográficas. Foram 2.998 opiniões de 166 profissionais que permitiram elencar as dez mais bem avaliadas para integrar a lista final de “Escolhas Sensatas em Saúde do Idoso”. A lista Choosing Wisely Brasil/Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia foi apresentada em 2018 por ocasião do congresso brasileiro da sociedade e está descrita na Tabela 1.

Em uma ação adicional, a Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG formou um grupo de trabalho para debater sobre condutas para pessoas idosas ao fim da vida. Em diversas rodadas de construção, chegou-se a oito recomendações a serem avaliadas pela comunidade interna da entidade. Houve adesão maciça à consulta pública. Exatamente 1.039 pessoas expressaram seus graus de concordância, definindo as “Recomendações Choosing Wisely Brasil da SBGG sobre condutas para pessoas idosas ao fim da vida” (Tabela 2).

O detalhamento de ambas as campanhas pode ser encontrado no site oficial da SBGG e nas mídias sociais, tanto da sociedade como da CWB.

**Tabela 1** – Lista de recomendações CWB/SBGG para escolhas sensatas em saúde do idoso

1. Não prescrever um novo medicamento sem antes realizar uma revisão dos medicamentos em uso.
2. Não prescrever rastreio, tratamento nem intervenção invasiva sem antes considerar: (1) o estado funcional; (2) a expectativa de vida; e (3) o compartilhamento da decisão com o paciente ou seu representante legal.
3. Não manter sondagem vesical de demora em pacientes com estabilidade clínica quando a sondagem vesical de alívio for uma alternativa plausível ou quando a indicação clínica inicial está em resolução.
4. Não prescrever polivitamínicos, reposição vitamínica ou hormonal em idosos assintomáticos.
5. Não prescrever bloqueadores da bomba de prótons de forma contínua para idosos com epigastralgia ou pirose eventual ou para proteção gástrica, sobretudo não indicar o uso crônico; se indicado, que haja reconhecimento claro de sua recomendação e prescrição da menor dose efetiva do IBP, por tempo limitado.
6. Não prescrever medicamentos com o intuito de atingir alvos de hemoglobina glicada < 7,5% em idosos diabéticos com declínio funcional e/ou cognitivo ou em extremos etários.
7. Não prescrever contenção mecânica para pacientes com sintomas comportamentais associados ao delírium, priorizando medidas não farmacológicas e tratamentos direcionados ao fator precipitante.
8. Não recomendar rastreio para câncer de próstata, mama ou colorretal para indivíduos com expectativa de vida inferior a dez anos.
9. Não utilizar benzodiazepínicos nem anti-histamínicos para tratar insônia em idosos.
10. Não prescrever inibidores da acetilcolinesterase para tratar demência sem que haja avaliação periódica do potencial benefício e dos efeitos adversos dos medicamentos.

Adaptado da lista original CWB/SBGG para Escolhas Sensatas em Saúde do Idoso

## Conclusão

Não há dúvida de que a humanidade conquistou o envelhecimento e o incremento da longevidade ao longo dos últimos 150 anos através da melhoria das condições de saúde e controle de doenças. Entretanto, paralelamente à evolução dos recursos disponíveis, houve também crescente irra-

cionalidade imputada ao raciocínio clínico, levando à indicação inapropriada de exames, procedimentos e tratamentos, seja por utilização de recursos em situações impróprias, seja por utilização de recursos de baixo ou nenhum valor agregado, colocando o paciente em risco, sem trazer benefícios relevantes – o chamado *overuse*.

**Tabela 2** – Lista de recomendações CWB/SBGG sobre condutas para pessoas idosas ao fim da vida

1. Não indicar alimentação artificial no contexto da terminalidade.
2. Não indicar intubação orotraqueal como medida de conforto para tratar dispneia ao fim da vida.
3. Não prescrever infusão de líquidos por via parenteral como medida de conforto para pacientes em processo de morrer.
4. Não promover controle glicêmico rigoroso em idosos em final de vida.
5. Não instituir medidas de suporte avançado de vida em pessoas com doenças incuráveis sem ter conversado previamente sobre seus valores e preferências.

Adaptado da lista original CWB/SBGG para Escolhas Sensatas em Saúde do Idoso

Em resposta a ele, diversas ações foram desencadeadas, incluindo a iniciativa Choosing Wisely. Se considerarmos a maior vulnerabilidade dos idosos à iatrogenia, torna-se ainda mais relevante que ações específicas sejam voltadas às escolhas sensatas durante o cuidado, buscando qualidade assistencial atrelada a segurança. Diante disso, a SBGG

e a CWB lançaram campanhas para promover o cuidado assertivo ao idoso, apontando o que deveria ser evitado ou o que deveria parar de ser feito. Com isso espera-se que cada vez mais pacientes, cuidadores e profissionais da saúde possam dialogar e tomar as decisões mais sensatas. **A**

## Referências bibliográficas

- Bernard Harris & Jonas Helgertz (2019) Urban sanitation and the decline of mortality, *The History of the Family*, 24:2, 207-226, DOI: 10.1080/1081602X.2019.1605923.
- Crimmins EM. Lifespan and Healthspan: Past, Present, and Promise. *Gerontologist*. 2015 Dec;55(6):901-11. doi: 10.1093/geront/gnv130. Epub 2015 Nov 10. PMID: 26561272; PMCID: PMC4861644.
- World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data; Life Expectancy. Disponível em: [https://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/situation\\_trends\\_text/en/](https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/). Acessado em 10 de setembro de 2020.
- Scott IA, Elshaug AG. Foregoing low-value care: how much evidence is needed to change beliefs? *Intern Med J*. 2013 Feb;43(2):107-9. doi: 10.1111/imj.12065. PMID: 23402482.
- Saposnik, G, Redelmeier, D, Ruff, CC et al. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak* 16, 138 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0377-1>.
- Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. *Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA*. 1998 Sep 16;280(11):1000-5. doi: 10.1001/jama.280.11.1000. PMID: 9749483.
- Treadwell J, McCartney M. Overdiagnosis and overtreatment: generalists--it's time for a grassroots revolution. *Br J Gen Pract*. 2016 Mar;66(644):116-7. doi: 10.3399/bjgp16X683881. PMID: 26917633; PMCID: PMC4758471.
- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017 Jul 8;390(10090):156-168. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32585-5. Epub 2017 Jan 9. PMID: 28077234; PMCID: PMC5708862.
- Ahn HS, Kim HJ, Welch HG. Korea's thyroid-cancer "epidemic" – screening and overdiagnosis. *N Engl J Med*. 2014; 371(19):1765–7. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1409841> PMID: 25372084.
- Choosing Wisely®. An initiative of the ABIM foundation. Disponível em <https://www.choosingwisely.org/our-mission/>. Acessado 10 de setembro de 2020.
- Grandes Síndromes Geriátricas. In: Garcia, Eduardo. *Essências em Geriatria Clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2018. Capítulo 5, página 45.
- Avaliação Geriátrica Ampla. In: Garcia, Eduardo. *Essências em Geriatria Clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2018. Capítulo 4, página 39.

# A comunicação não violenta como contribuição ao envelhecimento ativo – reflexões interdisciplinares



**ALESSANDRA NEGRÃO ELIAS MARTINS** Advogada colaborativa; mediadora judicial e extrajudicial; especialista em direito civil e direito processual civil pela Escola Paulista de Direito; mestra em gerontologia social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP); autora do livro *Mediação Familiar para Idosos em Situação de Risco* (Ed. Blucher); docente e palestrante em cursos de mediação e direitos da pessoa idosa; sócia-fundadora do Mediando Gerações.



**MARILIA FIOREZZI TABORDA VIEIRA SANCHES** Terapeuta ocupacional especialista em gerontologia; mestranda em gerontologia pela EACH-USP; docente e palestrante em cursos de especialização e pós-graduação em gerontologia; formadora de cuidadores formais de idosos; idealizadora e gestora técnica de centro-dia para idosos, integra o grupo de trabalho sobre centros-dia (GTCD).

Imagem: divulgação

## Introdução

A longevidade é uma realidade mundial. Viver muito tem sido tema de inúmeras discussões, pesquisas, estudos e campanhas. Se há um aspecto positivo do envelhecer, que compreende a pessoa idosa como agente de sua própria história e com protagonismo social, observam-se também a invisibilidade, o preconceito etário e a escassez de ações que acolham e deem voz ao idoso dependente de cuidados familiares ou institucionais.

No Brasil, é considerado idoso o indivíduo a partir dos 60 anos, o que torna essa fase da vida bastante longa – um período maior que a infância e a adolescência juntas. Assim, a velhice contém em si idosos a partir dos 60 anos até 90 anos e mais, o que denota a heterogeneidade do enve-

lhhecimento, com amplas e diferentes necessidades (CAMARANO, 2013, p.11).

Some-se a isso o fato de a família, em regra, não ser mais representada como nos séculos anteriores: numerosa e com filhas dedicadas ao cuidado dos demais membros. A realidade de 2020 nos aponta mulheres trabalhadoras do mercado formal, com poucos ou nenhum filho, mulheres idosas cuidando de cônjuges ou parentes ainda mais idosos, mulheres idosas vivendo sozinhas. Entretanto, o Estatuto do Idoso (2003) em seu artigo 3º, parágrafo único, prioriza os cuidados ao idoso por sua própria família, a saber:

Artigo 3º

V – “Priorização do atendimento do idoso por sua pró-

pria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência.”

Culturalmente, esse cuidado ainda é atribuído como responsabilidade da mulher, não obstante as mudanças citadas acima, com a força da lei para punir eventuais situações de abandono, negligência ou violência. Porém, não é levada em conta a sobrecarga do cuidado, além dos vínculos afetivos estabelecidos ou não ao longo da vida. Neste complexo cenário ainda se somam as relações intergeracionais, com idosos muitas vezes dependentes de cuidados, vivendo com filhos e netos.

A Teoria do Comboio Social (KAHN & ANTONUCCI, 1980 in: Cachioni e Batistoni, 2012) trata das relações dentro de grupos-comboio, de modo hierarquizado, onde graus de proximidade ou maior intimidade são priorizadas pelo indivíduo idoso, de modo a lhes garantir maior bem-estar subjetivo, sobretudo numa fase em que perdas de papéis no trabalho e na sociedade se acentuam. Isso significa que, para o idoso, o convívio e o senso de pertencimento são valorizados, visto que combatem o isolamento e são importantes para uma vida saudável. Ter um propósito e vínculos fortes que o sustentem auxilia na manutenção da autonomia e da independência e fortalece o bem-estar subjetivo na velhice.

Entretanto, o envelhecimento é heterogêneo, ou seja, não há envelhecimento em massa. O processo é particular e diretamente relacionado ao curso da vida, que abrange fatores intrínsecos e extrínsecos, conforme trata o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015): “Embora parte da diversidade observada em idade mais avançada reflita a nossa herança genética, a maior parte dela surge dos ambientes físicos e sociais que habitamos. Esses ambientes incluem o nosso lar, a nossa vizinhança e a nossa comunidade, que podem afetar diretamente a nossa saúde ou impor barreiras ou incentivos que influenciam as nossas oportunidades, decisões e comportamentos”.

Diante dessas barreiras é que muitas vezes se instala o conflito, tornando necessário um elemento agregador, capaz de identificar as dificuldades que acentuam o declínio funcional e cognitivo e que podem levar à dependência. A comunicação assertiva e acolhedora torna-se, portanto, fator crucial na proteção dos direitos, na manutenção da saúde

de e no combate à violência contra o idoso.

No contexto dos direitos da pessoa idosa, a mediação acontece para soluções de conflitos em busca de contemplos de direitos e consequentes prevenções e/ou eliminações de riscos. Isso ocorre nos mais diversos ambientes: comunitários, institucionais (públicos), independentes (privados) e em diversas áreas, como cível, consumidor, vizinhança, familiar, entre outras. Os conflitos familiares envolvendo idosos podem ser de natureza conjugal, intergeracional, patrimonial, em razão de cuidados familiares, violências, convivências, entre outros.

Os riscos aos idosos acontecem quando há violações dos direitos previstos no Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003). Por isso, vale reforçar que todo cidadão que tiver conhecimento ou que tenha testemunhado qualquer violação dessa lei tem o dever de comunicá-la (artigo 6º). “Os casos de suspeita ou confirmação de violência serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde público ou privado à autoridade sanitária, bem como obrigatoriamente comunicados por eles aos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso” (Art. 19). O serviço Disque 100, por meio de denúncias anônimas, também é um meio efetivo para comunicação de riscos. Nenhuma violência deve ser silenciada.

## Desenvolvimento do tema

Este breve estudo pretende abordar reflexões interdisciplinares da importância da comunicação não violenta utilizada como ferramenta para a mediação de conflitos, como um recurso de cuidado e colaboração para o envelhecimento ativo.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2005), o envelhecimento ativo “é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação, segurança, aprendizado ao longo da vida, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”. A Política do Envelhecimento Ativo tem como fim a promoção de uma vida saudável com qualidade de vida. Nesse amplo conceito se inserem todas as velhices: idosos saudáveis e ativos; idosos frágeis, com declínio funcional e/ou cognitivo e idosos com deficiência; que demandem cuidados em vários níveis de atenção.

De acordo com a OMS (2015), o envelhecimento saudável

vel é definido como o “*processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada*”. Uma das áreas prioritárias para alcançá-lo é o desenvolvimento de sistemas de cuidados de longa duração e ambientes favoráveis à pessoa idosa. Nesse contexto, os cuidados com a comunicação e as relações sociais, familiares e intergeracionais ao longo da vida contribuem para o bem-estar.

Cabe destacar aqui um olhar mais dirigido à questão da família, visto que a sociedade ainda percebe esse núcleo como o principal responsável pelo cuidado dispensado ao idoso. Trata-se da responsabilidade filial, também conhecida como obrigação filial ou, ainda, piedade filial, que versa sobre a obrigação dos filhos em atender às necessidades dos pais, sejam elas de cunho material ou emocional (PACHANA, 2017). Fato é que crenças e valores culturais influenciam a natureza e as expectativas do cuidado aos pais, regulando as obrigações filiais baseadas no parentesco.

Com o avanço do envelhecimento populacional e com taxas de fertilidade em declínio, faz-se necessário discutir “a quem cabe cuidar”, haja vista que tais fatores exercem grande pressão sobre o Estado, forçando-o a desenvolver diretrizes de cuidados e ofertar profissionais remunerados capazes de atender à grande demanda por cuidados. Não se trata, porém, de substituir o familiar pelo cuidador remunerado, mas de encontrar um equilíbrio entre a prestação de cuidados por parte do Estado quando a família não puder assumir tal responsabilidade.

No Brasil, verifica-se uma escassez de programas e serviços que supram ou complementem as necessidades da pessoa idosa. Urge, portanto, trabalhar na formação de redes de apoio formais e informais que atendam toda a família de modo humanizado, com plano de cuidados bem estabelecido e comunicação fluida.

A Comunicação Não Violenta (CNV), segundo Marshall Rosenberg (2006, p.25), “*se baseia em habilidades de linguagem e comunicação que fortalecem a capacidade de continuarmos humanos, mesmo em condições adversas*”. Reflete-se sobre a comunicação não violenta como contributo para todos os eixos do envelhecimento ativo: “saúde, segurança, participação e aprendizagem ao longo da vida”.

Neste ano de 2020, com a pandemia de Covid-19, o mundo globalizado com uma população ativa, acostumada

com a liquidez do tempo, passou a conviver com desafios inimagináveis relacionados a saúde, convivência, fragilidade, temporalidade, finitude, entre outros desafios. Os cuidados e as comunicações foram ressignificados.

Com relação à pessoa idosa, as invisibilidades se acentuaram, sem os devidos cuidados legais (prioritários e protetivos), com atenções insuficientes para as diversas velhices e para os direitos de todos ao envelhecer. Muitos idosos, mesmo com as dificuldades do distanciamento social, conseguiram observar as recomendações da OMS. Outros, no entanto, enfrentaram inúmeros desafios para cumprí-los, como idosos institucionalizados, idosos dependentes de cuidados, idosos residentes com demais familiares em situações precárias, e idosos em situação de rua. Diversas realidades foram agravadas neste período.

Em tempos tão difíceis, a comunicação ganhou ainda mais destaque: de forma presencial, nas famílias reunidas em seus núcleos; e à distância, pelos meios telefônicos, por dispositivos e plataformas digitais. Devido ao confinamento, famílias tiveram que aprender a conviver com presenças constantes ou ausências prolongadas. Com isso, laços familiares foram ainda mais fortalecidos ou, se já eram desgastados, se fragilizaram ainda mais, por escaladas dos conflitos existentes ou de novos conflitos, passíveis de soluções por diversos meios, entre os quais a mediação.

A mediação é um método milenar para resolução e prevenção de conflitos, utilizado para melhorar a comunicação, a convivência relacional e a busca por possíveis resultados pelos próprios participantes. No nosso país, a Resolução 125 do Conselho Nacional de Justiça (2010) estipulou a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no contexto judicial, e a Lei 13.140 de 2015 regulamentou a mediação no contexto entre particulares. Como método consensual, a mediação é um procedimento voluntário e sigiloso, acontece com encontros pré-agendados, em números previamente determinados, com objetivos definidos, de forma presencial e/ou pelas plataformas e dispositivos on-line.

O mediador utiliza diversas ferramentas relacionadas a:

I) **Organização:** identificar e convidar os participantes, distribuir o tempo de cada reunião conjunta ou privada, mapear os conflitos, entre outros exemplos;

II) **Comunicação:** acolher, escutar ativamente, perguntar, resumir, validar os sentimentos, entre outras ferramentas;  
 III) **Negociação:** ampliar as participações, identificar interesses comuns, pautas subjetivas e objetivas, construções de alternativas, entre outras ferramentas (ALMEIDA,2014).

Entre as diversas técnicas em busca de uma melhora comunicacional e relacional, por exemplo, os quatro elementos da comunicação não violenta são utilizados: observação, sentimentos, necessidades e pedido (MARSHAL ROSENBERG, 2006. p. 25). Dessa forma, a partir de escutas ativas, perguntas, ampliações de narrativas, validações das diversas histórias, entre outras estratégias, o mediador facilita para que os participantes narrem seus conflitos, observem todos os pontos de vista, descrevam seus sentimentos, pontuem suas necessidades, elaborem pedidos

que os atendam e incluam a todos os mediandos. São recursos para soluções dialógicas, de cuidados relacionais e que contribuem para a saúde.

Como exemplos de mediações antes de um processo estão aquelas realizadas em Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC). Em contextos de riscos aos idosos há Promotorias de Justiça que contam com a colaboração de equipes de mediadores voluntários. No contexto judicial, no decorrer de um processo familiar, as partes podem solicitar ao juiz a suspensão do processo para encaminhamento à mediação por equipe multidisciplinar.

A mediação familiar busca trabalhar soluções, quando possíveis, aos impasses a partir dos protagonismos e mútuos reconhecimentos, englobando toda a família em seus direitos. Em contextos específicos, como os relacionados







## Serviço domiciliar especializado no cuidado de idosos

-  Acompanhamento Domiciliar a Idosos
-  Atendimento médico e de Enfermagem\*
-  Ambulância para Simples Remoção\*
-  Enfermagem Domiciliar
-  Serviço de Monitoramento
-  Centro de Desenvolvimento Profissional

-  Nutrição\*
-  Fonoaudiologia\*
-  Fisioterapia\*
-  Emergência Móvel\*
-  Transporte Adaptado
-  Psicologia\*

\*Consultar disponibilidade de serviços por estado.

 (21) 2577-1717  
[www.saidrio.com](http://www.saidrio.com)

 (11) 3590-0433  
[www.saidsp.com](http://www.saidsp.com)

 (31) 3045-5628  
[www.saidbh.com](http://www.saidbh.com)

às pessoas idosas, a mediação fundamenta-se na abordagem dos direitos humanos da população idosa e nos Princípios das Nações Unidas para o Idoso: independência, participação, dignidade, cuidado, autorrealização.

Dessa forma, como colaboração ao envelhecimento ativo está o cuidado pela mediação de conflitos centrado na comunicação e nas relações familiares, sociais e geracionais, para o bem envelhecer.

### Conclusões

O envelhecimento ativo como conquista para a longevidade é garantido em seus eixos: saúde, participação, segurança e aprendizados ao longo da vida. Tais determinantes devem assegurar nas diversas velhices, sejam elas autônomas, frágeis e/ou com dependências de cuidados, que necessidades e expectativas sejam atendidas e preservem a autonomia e a independência pelo maior tempo possível.

Os cuidados integram todos os ciclos da vida e permeiam as relações sociais e familiares. As famílias estão em constante transformação, com novos arranjos e consequentes repercussões nas ofertas e compartilhamentos dos cuidados dos seus entes, pressionando o Estado a assumir ou complementar as necessidades não atendidas da população que envelhece, sobretudo em países onde as iniquidades – as diferenças injustas e evitáveis – afetam diretamente os grupos excluídos, entre eles os idosos.

Comunicar-se de forma não violenta faz parte de um aprendizado constante e de uma técnica utilizada na mediação para aprimorar as relações, solucionar e prevenir impasses e compartilhar cuidados. Com relação à comunicação não violenta, reforça Marshall Rosenberg (2006, p. 22): “Quando utilizamos a CNV para ouvir nossas necessidades mais profundas e as dos outros, percebemos os relacionamentos sob outro enfoque”. **A**

### Referências bibliográficas

1. ALMEIDA, Tânia. Caixa de ferramentas em mediação: aportes práticos e teóricos. São Paulo: Dash, 2014.
2. CAMARANO, Ana Amélia. Texto para discussão. Estatuto do Idoso: avanços com contradições. Instituto de Pesquisa Economia Aplicada, IPEA. Rio de Janeiro, 2013.
3. CACHIONI, Meire & BATISTONI, Samila. Bem-estar subjetivo e psicológico na velhice sob a perspectiva do conviver e do aprender. Revista Temática Kairós Gerontologia, 15(7), 09-22. 2012.
4. ENVELHECIMENTO ATIVO: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
5. ENVELHECIMENTO ATIVO: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade / Centro Internacional de Longevidade Brasil. 1ª edição – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
6. LEI FEDERAL 10.741 DE 1º DE OUTUBRO DE 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: Acesso em: 06 set. 2020.
7. LEI FEDERAL 13.105, DE 16 DE MARÇO DE 2015. Código de Processo Civil. Diário Oficial da União, Brasília, 17 mar. 2015. Disponível em: Acesso em: 06 set. 2020.
8. LEI FEDERAL 13.140, DE 26 DE JUNHO DE 2015. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei n. 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto n. 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei n. 9.469, de 10 de julho de 1997. Diário Oficial da União, Brasília, 27 jun. 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/Lei/L13140.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/Lei/L13140.htm). Acesso em: 08 set. 2020.
9. MARTINS, Alessandra Negrão Elias. Mediação Familiar Para Idosos em Situação de Risco. São Paulo: Editora Blucher, 2017. Livro eletrônico disponível em: <https://www.blucher.com.br/livro/detalhes/mediacao-familiar-para-idosos-em-situacao-de-risco-1294>. Acesso em 08 set. 2020.
10. PACHANA, Nancy A. Editor. Filial Responsibility. Encyclopedia of Geropsychology. The University of Queensland, Brisbane, QLD, Australia. 2017. p.874-880.
11. OMS. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6). Acesso em 06/09/2020.
12. RESOLUÇÃO 125/2010 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Disponível em: [https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao\\_com\\_p\\_125\\_29112010\\_19082019150021.pdf](https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_com_p_125_29112010_19082019150021.pdf). Acesso em 08 set. 2020.
13. ROSENBERG, Marshall B. Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. Tradução Mário Vilela. São Paulo: Ágora, 2006.

# Autonomia e final de vida: quem está no comando na idade avançada?

Por Naira Hossepian Salles de Lima Hojaj e Reinaldo Ayer de Oliveira\*

## CASO CLÍNICO

Paciente de 86 anos, sexo masculino, mecânico aposentado, natural de São Paulo (SP), católico, escolaridade de quatro anos, mora com esposa e tem quatro filhos.

Em acompanhamento com nefrologista e geriatra, apresenta diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência arterial periférica e doença renal crônica. Na avaliação clínica e geriátrica, seu estado é considerado pré-fragil (velocidade de marcha e força de preensão palmar reduzidas), com limitação na funcionalidade (atividades básicas de vida diária preservadas e limitação para atividades instrumentais fora de sua residência por limitação física), mas sua capacidade cognitiva é preservada. Faz uso de medicamentos de forma regular (hidralazina, anlodipino, atorvastatina, alopurinol, AAS, vitamina D).

Nas últimas consultas com nefrologista vem apresentando piora da função renal, atualmente com clearance de creatinina estimado de 16,2 ml/minuto, acidose metabólica e hiperpotassemia. Seu nefrologista recomenda início de programação de hemodiálise, mas o paciente insistentemente recusa a indicação e diz que prefere continuar vivendo até quando seu corpo aguentar. Os filhos gostariam que ele mudasse de opinião e pedem ajuda ao seu geriatra.

A autonomia reafirma a dignidade humana, na medida em que proporciona ao indivíduo a liberdade imprescindível de dispor de si próprio (de sua existência e de seu corpo). Entendida como um dos princípios bioéticos fundamentais, segundo Beauchamp e Childress, 1989, indivíduos autônomos são capacitados para deliberar sobre suas escolhas pessoais e devem ser respeitados pela sua capacidade de decisão.

O envelhecimento traz um potencial estado de vulnera-

bilidade. Quanto mais vulnerável o indivíduo se torna ao longo dos anos, mais afastado da plena autonomia ele estará. Na medida em que fazer o bem (beneficência) é o fim maior dos cuidados em saúde, o respeito à autonomia do paciente poderá ser limitado em maior ou menor grau nos casos de aumento da vulnerabilidade do idoso.

O processo de envelhecimento é, do ponto de vista biológico, um declínio tempo-dependente de funções orgânicas. Porém, como Simone de Beauvoir postulou em seu li-

vro *A Velhice*, “não é um fenômeno linear, é um processo lento e individual, onde a relação com o tempo é vivida diferenciadamente”. Segundo a autora, “a velhice é permeada de acometimentos de ordem psicossocial e ambiental ao longo da vida, tornando-a mais heterogênea ainda. Deve ser entendida como uma transformação do ser humano, que não pode ser evitada e que, de certa forma, é uma vitória em relação ao fim da vida. É necessário que se reconheça a vulnerabilidade dessa população, se quisermos assumir em sua totalidade a nossa condição humana”.

A vulnerabilidade do ser humano pode ser entendida como incapacidade significativa de proteção de seus próprios interesses (Henk ten Have, 2009). A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco de 2005, em seus artigos 7 e 8, enuncia a obrigatoriedade do respeito pela vulnerabilidade humana, bem como pela integridade pessoal. Segundo a Declaração, grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos sempre que a inerente vulnerabilidade humana se encontre agravada por circunstâncias várias. O ser vulnerável é alguém que possui cidadania frágil, que não consegue exercer seu direito à integridade física e psicológica como condição de acesso à plenitude existencial em sociedade. Nesse sentido, Almeida diz que “reconhecer a vulnerabilidade da pessoa idosa significa reconhecer em todos nós a beleza da vida”, e que “é justamente no auge da maturidade que as questões da autonomia e vulnerabilidade se cruzam e provocam conflitos éticos”.

A vulnerabilidade e a redução da autonomia são fenômenos que podem estar ou não associados. Quando a perda da autonomia passa a ser irreversível, além de vulnerável o indivíduo passa a ser suscetível a um sofrimento ainda maior. No espectro do processo de envelhecimento, quando o idoso tem plenas capacidades físicas, mentais e psicossociais, a autonomia é plena e a vulnerabilidade torna-se não perceptível. Esse é o envelhecimento chamado saudável ou bem-sucedido. No outro extremo, um envelhecimento com deteriorações que levam a incapacidade e prejuízo funcional traz alta vulnerabilidade ao idoso, reduzindo sua autonomia de maneira significativa. Em situações de hospitalização por insultos agudos, a piora da vulnerabi-

lidade e a perda de autonomia podem acontecer de maneira rápida e com impacto negativo ainda maior.

A autonomia é uma propriedade constitutiva da pessoa humana, construída durante seu desenvolvimento moral desde o nascimento e estabelecida quando o sujeito se torna apto a tomar decisões por si mesmo. Segundo Kant, o indivíduo, enquanto autônomo, toma decisões e age conforme as normas e os valores que escolheu. A autonomia, nesse caso, está associada à liberdade individual, embasada na vontade. De outro modo, podemos seguir o pensamento utilitarista de Bentham e Mill, no qual a autonomia se embasa no agir útil, e não na vontade do sujeito. Desse modo, na concepção utilitarista, infringir o princípio de autonomia pode ser justificado quando existem outros objetivos desejáveis, se estes forem úteis e necessários para a proteção da pessoa. O utilitarismo permite, portanto, que em situações de vulnerabilidade da pessoa, como no caso de doença, em que a capacidade de autonomia esteja diminuída, algum grau de paternalismo possa ser aceito. Segundo o principialismo bioético de Beauchamp e Childress, as pessoas devem ser respeitadas quanto à sua autonomia, e, para aquelas cuja autonomia esteja diminuída (vulneráveis), a proteção deverá ser instituída. O reconhecimento da própria vulnerabilidade é, portanto, para o indivíduo, o fortalecimento dos limites de sua autonomia e liberdade de escolha, o que é necessário para sua própria proteção.

Quando, portanto, iremos respeitar a autonomia do idoso na tomada de decisão clínica?

A tomada de decisão clínica é um processo de construção de uma relação médico-paciente bem constituída, com respeito, empatia e comunicação adequadas, num acompanhamento longitudinal, em que o médico conquistará a confiança do paciente necessária para o respeito à autonomia e envolvimento da pessoa na tomada de decisão sobre sua saúde ou sua vida. Para tal, é necessário que o médico exercite o compartilhamento de caminhos propostos segundo sua capacidade técnica para o melhor benefício do paciente. Nesse modelo de decisão compartilhada, no qual a relação médico-paciente deixa de ser paternalista e passa a ser deliberativa, é fundamental que o foco da atenção à saúde envolva prioritariamente os objetivos escolhidos

pelo paciente. A anamnese, portanto, deve ser ativa na busca dos valores daquele paciente, que estarão envolvidos na escolha do melhor caminho para a sua saúde. Desse modo, ao final do processo, de um lado o paciente traz a confiança na relação, de outro o médico traz a consciência de estar fazendo o melhor na tomada de decisão. Em nosso entendimento, esse é o caminho do exercício do respeito à autonomia nas situações clínicas que envolvem idosos em situações diversificadas de vulnerabilidade e autonomia. Quando a autonomia está por demais reduzida, o médico poderá auxiliar, pela confiança instituída ao longo do tempo, na escolha do melhor caminho de proteção ao paciente, baseando-se nos valores construídos e guardados dentro de uma boa relação, mesmo que esses valores estejam registrados num passado remoto e não mais na consciência plena atual do paciente. Assim sendo, a autonomia do idoso para as decisões que envolvem sua saúde deverá ser sempre respeitada, salvo nas situações em que existe um prejuízo claro à beneficência máxima ao paciente.

No presente caso em discussão, segundo as evidências científicas mais recentes sobre a indicação de métodos dialíticos em muito idosos com fragilidade, existem controvérsias se existe o benefício da hemodiálise em termos

de sobrevida, qualidade de vida e manutenção ou melhora de funcionalidade. Desse modo, se nem mesmo o benefício máximo podemos garantir ao paciente com o método indicado de substituição de órgão, há que se respeitar sua decisão mais íntima e pessoal, em plena capacidade cognitiva, na escolha de manutenção clínica sem diálise, desde que sejam comunicadas e debatidas todas as possíveis consequências dessa escolha, incluindo sintomas físicos indesejáveis. ▢

**Naira Hossepian Salles de Lima Hojaij** Médica assistente do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); doutora em ciências médicas pela USP.

**Reinaldo Ayer de Oliveira** Docente de bioética do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Bioética, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); coordenador do Grupo de Pesquisa em Bioética, Direito e Medicina da FMUSP.

## Referências bibliográficas

1. ALMEIDA LD. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. *Revista Bioética* 2010; 18(3): 537 – 48.
2. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. *Principles of biomedical ethics*. 5<sup>th</sup>. rev. New York: Oxford. University Press; 2001.
3. BEAUVOIR, SIMONE DE. *A velhice*. 2<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira; 1990. 711p.
4. EMANUEL E, EMANUEL L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267(16):2221
5. FRANCESCHI C, GARAGNANI P, MORSIANE C, et al. The Continuum of Aging and Age-Related Diseases: Common Mechanisms but Different Rates. *Front Med* 2018;5(61): 1-23.
6. KON, AA. The Shared Decision-Making Continuum. *JAMA*, August 25, 2010—Vol 304, No. 8
7. SEGRE M, LEOPOLDO E SILVA F, SCHRAMM FR. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Revista Bioética* 1998;6(1): 1-9.
8. UNESCO. *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. Paris: Unesco; 2005 [cited 10 apr. 2009]. Available: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180E.pdf>.

# AAIC 2020: o que há de novo

Veja que estudos mereceram destaque na Alzheimer's Association International Conference

**D**ados da Alzheimer's Association (AA), a maior organização voluntária voltada para pesquisa, cuidado e suporte da doença de Alzheimer (DA) no mundo, mostram que mais de 5 milhões de americanos vivem com Alzheimer hoje – 1 em cada 10 pessoas com mais de 65 anos. Essa população deve chegar a 14 milhões até 2050.

Apesar desse crescimento, a quantidade de profissionais qualificados para cuidar de quadros demenciais não aumenta na mesma proporção. Segundo uma pesquisa da AA, a maioria dos casos nos EUA é atendida por médicos da atenção primária, muitos dos quais acreditam não estar

preparados para lidar com a doença. O país conta hoje com apenas 5,2 mil geriatras, e projeções apontam para uma necessidade de mais de 15 mil profissionais em 2050.

Foi nesse contexto que em julho aconteceu o encontro anual da AA. Em virtude da pandemia, a conferência internacional aconteceu em formato on-line, reunindo cerca de 33 mil inscritos de 160 países para discutir o que há de mais novo em doença de Alzheimer e outras demências. Entre os temas abordados durante o evento, dois merecem destaque por sua importância e seus resultados promissores. Confira a seguir:

## 1. Vacinas e doença de Alzheimer

Vacinas contra gripe (influenza) e pneumonia estão associadas a redução do risco de doença de Alzheimer, de acordo com uma nova pesquisa relatada na Alzheimer's Association International Conference® (AAIC®) 2020.

Três estudos de pesquisa relatados na AAIC 2020 sugerem:

- Pelo menos uma vacina contra a gripe foi associada a uma redução de 17% na incidência de doença de Alzheimer. A vacinação mais frequente contra a gripe foi associada a uma redução adicional de 13% na incidência de Alzheimer.

- A vacina contra a pneumonia entre 65 e 75 anos reduziu o risco de Alzheimer em até 40%, dependendo de genes individuais.

- Indivíduos com demência têm um risco maior de morrer (6 vezes) após infecções do que aqueles sem demência (3 vezes).

“Com a pandemia de Covid-19, as vacinas estão na vanguarda das discussões de saúde pública. É importante explorar seus benefícios não apenas na proteção contra infec-

ções virais ou bacterianas, mas também na melhora de resultados de saúde em longo prazo”, disse Maria C. Carrillo, diretora científica da Alzheimer's Association.

“Esta pesquisa, embora inicial, exige mais estudos em ensaios clínicos grandes e diversificados para informar se as vacinas, como estratégia de saúde pública, diminuem nosso risco de desenvolver demência.”

### ➔ Vacina contra gripe sazonal pode reduzir incidência de demência de Alzheimer

Pesquisas anteriores sugeriram que as vacinas podem ter um fator protetor contra o declínio cognitivo, mas não houve estudos grandes e abrangentes com foco na vacina contra influenza (gripe) e risco de doença de Alzheimer, especificamente. Para resolver essa lacuna, pesquisadores da Universidade do Texas investigaram um grande conjunto de dados de registros de saúde americanos (n = 9.066).

Eles observaram que o fato de a pessoa ter tomado uma vacina contra a gripe estava associado a uma menor prevalência de doença de Alzheimer (OR 0,83, p < 0,0001). Pacientes que receberam a vacina contra a gripe com mais frequência apresentaram uma prevalência ainda mais baixa de Alzheimer (OR 0,87, p = 0,0342). Assim, pessoas que

tomaram a vacina anual contra a gripe de forma consistente apresentaram um risco menor de Alzheimer. Isso se traduziu num risco reduzido de quase 6% de DA para pacientes com idade entre 75-84 por 16 anos.

Os pesquisadores descobriram que a associação protetora entre a vacina contra a gripe e o risco de Alzheimer era mais forte para aqueles que foram vacinados pela primeira vez em uma idade mais jovem – por exemplo, aqueles que foram vacinados contra a gripe pela primeira vez aos 60 anos se beneficiaram mais que aqueles que foram vacinados pela primeira vez aos 70.

“Nosso estudo sugere que o uso regular de uma intervenção muito acessível e relativamente barata – a vacina contra a gripe – pode reduzir significativamente o risco de demência de Alzheimer”, disse Albert Amran, um dos pesquisadores. “Mais pesquisas são necessárias para explorar o mecanismo biológico para esse efeito – por que e como funciona no corpo –, que é importante à medida que exploremos terapias preventivas eficazes para Alzheimer.”

### ➡ Vacina contra pneumonia pode reduzir o risco de Alzheimer mais tarde na vida

O redirecionamento de vacinas já existentes pode ser uma abordagem promissora para a prevenção da doença de Alzheimer. Svetlana Ukraintseva, professora associada do Instituto de Pesquisa em Ciências Sociais da Duke University, e sua equipe investigaram associações entre a vacinação pneumocócica, com e sem a adição de uma vacina contra a gripe sazonal, e o risco de doença de Alzheimer entre 5.146 participantes com mais de 65 anos do Cardiovascular Health Study. O time também levou em consideração um conhecido fator de risco genético para Alzheimer – o alelo rs2075650 G no Gene TOMM40.

Os pesquisadores descobriram que a vacinação pneumocócica entre os 65 e 75 anos reduziu o risco de desenvolver Alzheimer em 25% a 30% após ajuste para sexo, raça, coorte de nascimento, educação, fumo e número de alelos G. A maior redução no risco de Alzheimer (até 40%) foi observada entre as pessoas vacinadas contra pneumonia que não eram portadores do gene de risco. O número total de vacinações contra pneumonia e gripe entre indivíduos de 65 a 75 anos também foi associado a um menor risco de Alzheimer; no entanto, o efeito não foi evidente para a vacina contra a gripe isolada.

“A vacinação contra pneumonia antes dos 75 anos pode reduzir o risco de Alzheimer mais tarde na vida, dependendo do genótipo individual”, disse Svetlana. “Esses dados sugerem que a vacina pneumocócica pode ser um candidato promissor para a prevenção personalizada do Alzheimer, particularmente em não portadores dos genes de risco.”

### ➡ Infecções aumentam substancialmente a mortalidade em pessoas com demência

Pessoas que vivem com demência geralmente apresentam outras condições de saúde, incluindo vírus, bactérias e demais infecções. Há uma tendência crescente na pesquisa para investigar se as infecções podem ser fatores que agravam ou possivelmente causam demência.

Janet Janbek, pesquisadora no Centro de Pesquisa em Demência da Dinamarca, Rigshospitalet, e na Universidade de Copenhague, na Dinamarca, e sua equipe usaram dados de registros nacionais de saúde para investigar a mortalidade em residentes dinamarqueses com mais de 65 anos (n = 1.496.436) que haviam ido ao hospital com uma infecção. Eles observaram que as pessoas com demência que tinham ido ao hospital morreram em uma taxa 6,5 vezes maior em comparação com pessoas que não tinham demência ou visitado o hospital. Participantes do estudo que ou apresentavam apenas demência ou que tinham apenas ido ao hospital devido à infecção tiveram uma taxa de aumento de três vezes. A taxa de mortalidade foi maior nos primeiros 30 dias após a visita ao hospital.

Os pesquisadores também descobriram que, para pessoas que vivem com demência, as taxas de mortalidade permaneceram elevadas por dez anos após a visita inicial ao hospital relacionada à infecção e que as taxas de mortalidade para todas as infecções (incluindo infecções graves, como sepse, e infecções menores, como de ouvido) foram maiores na comparação com pessoas sem demência ou sem uma visita ao hospital relacionada à infecção.

“Nosso estudo apoia a necessidade de investigar ainda mais essas relações; para descobrir por que as infecções são ligadas a maior mortalidade em pessoas com demência, especificamente quais fatores de risco e mecanismos biológicos estão envolvidos. Isso ajudará a avançar nossa compreensão da função de infecções na demência”, disse Janet.

“Nosso estudo sugere que o sistema de saúde – assim como familiares de pessoas com demência – deve aumen-

tar a conscientização de pessoas com demência que contraem infecções, para que recebam os cuidados médicos necessários. Pessoas com demência requerem tratamento mais especializado, mesmo quando suas visitas ao hospital não são diretamente em função da demência, mas ao que pode parecer uma infecção não relacionada”, acrescentou.

## 2. Teste de sangue para doença de Alzheimer

Um simples exame de sangue para Alzheimer seria um grande avanço não apenas para indivíduos com a doença ou em risco de desenvolvê-la, mas também para famílias, médicos e pesquisadores. Durante a conferência, cientistas relataram resultados de vários estudos sobre avanços nos “testes” de sangue para versões anormais da proteína tau, um dos quais pode ser capaz de detectar mudanças no cérebro 20 anos antes de os sintomas da demência ocorrerem. Em particular, os relatórios se concentram em uma forma específica de tau conhecida como p-tau217, que parece ser a mais específica para a doença de Alzheimer e a mais antiga a mostrar mudanças mensuráveis.

Mudanças nas proteínas amiloide e tau do cérebro, e sua formação em aglomerados conhecidos como placas e emaranhados, respectivamente, são características físicas definidoras da doença de Alzheimer no cérebro. Acredita-se que o acúmulo de emaranhados de tau esteja intimamente relacionado ao declínio cognitivo. Nesses resultados recentemente relatados, os níveis de sangue/plasma de p-tau 217, uma das formas de tau encontradas nos emaranhados, também parecem estar intimamente relacionados com o acúmulo de amiloide.

Atualmente, as alterações cerebrais que ocorrem antes do aparecimento dos sintomas de demência de Alzheimer só podem ser avaliadas de forma confiável por tomografia por emissão de pósitrons (PET) e pela medição das proteínas amiloide e tau no líquido espinal (LCR). Esses métodos são caros e invasivos. E, muitas vezes, eles não estão disponíveis porque não são cobertos por seguro ou são de difícil acesso, ou ambos.

Um exame de sangue, por exemplo, permitirá a interpretação e a compreensão da progressão do Alzheimer em populações muito maiores, mais diversificadas e robustas.

“Embora esses novos relatórios sejam encorajadores, são resultados iniciais. Ainda não sabemos quanto tempo

levará até que esses testes estejam disponíveis para uso clínico. Eles precisam ser testados em estudos de longo prazo e em grande escala, como os ensaios clínicos de Alzheimer”, acrescentou Maria. “Além disso, precisamos continuar a pesquisa para refinar e verificar os testes que estão no estado da arte – incluindo líquido cefalorraquidiano e biomarcadores de imagem PET.”

### ➔ P-tau217 no sangue detecta doença de Alzheimer com alta precisão

Conforme relatado na AAIC 2020, uma equipe internacional de pesquisadores identificou um biomarcador de base sanguínea altamente preciso para a detecção da doença de Alzheimer medindo os níveis de p-tau217 no sangue e validou o achado em populações múltiplas e diversas. Os cientistas descobriram que “a precisão diagnóstica do p-tau217 no sangue era tão alta quanto os métodos de diagnóstico estabelecidos, incluindo imagens de tomografia por emissão de pósitrons (PET) e biomarcadores do líquido cefalorraquidiano, que são invasivos, caros e menos disponíveis”.

A equipe de pesquisa foi liderada por Oskar Hansson, da Lund University, na Suécia. Os pesquisadores estudaram três coortes diferentes compreendendo mais de 1,4 mil casos, incluindo um grande estudo clínico da Suécia (o estudo BioFINDER-2), uma coorte com confirmação neuropatológica de Alzheimer (o Estudo do Arizona de Envelhecimento e Doenças Neurodegenerativas) e uma grande família com Alzheimer geneticamente causado (registro de Alzheimer autossômico dominante colombiano). Eles analisaram outros biomarcadores experimentais atuais (p-tau217, p-tau181, A $\beta$ 42/40 e neurofilamento de cadeia leve) no sangue e no líquido cefalorraquidiano, bem como realizaram imagens PET para tau e patologia amiloide.

A principal descoberta do estudo foi de que p-tau217 no sangue pode distinguir a doença de Alzheimer de outras doenças neurodegenerativas com precisão diagnóstica entre 89% e 98%. Nesse estudo, a avaliação de p-tau217 foi mais precisa para Alzheimer do que testes baseados no sangue para p-tau181, luz de neurofilamento ou razão de beta amiloide 42/40, bem como imagem de ressonância magnética (MRI). Na verdade, de acordo com os pesquisadores, o desempenho foi semelhante ao de métodos significativamente mais caros, como exame PET e biomarcadores no líquido cefalorraquidiano.

Foi observado também que a p-tau217 analisada no sangue coletado durante a vida pode detectar alterações medidas no tecido cerebral analisado após a morte. Acredita-se que essas alterações cerebrais estejam relacionadas ao acúmulo de placa amiloide. A proteína p-tau217 distinguiu pessoas que tinham placas e emaranhados daqueles sem doença de Alzheimer com 89% de precisão; aqueles com placas e emaranhados mais extensos com 98% de precisão; e o resultado do PET com 93% de precisão.

Os níveis de p-tau217 aumentaram cerca de sete vezes na doença de Alzheimer e, em indivíduos com um gene que causa a doença de Alzheimer, os níveis começaram a aumentar 20 anos antes do início do comprometimento cognitivo. “Esse teste, uma vez verificado e confirmado, abre a possibilidade de diagnóstico precoce de Alzheimer antes do estágio de demência, o que é muito importante para ensaios clínicos que avaliem novas terapias que podem parar ou retardar o processo da doença”, disse Hansson.

### ➡ Amiloide e p-tau no sangue são marcadores precisos de amiloidose e tauopatia cerebral

Para avançar na pesquisa sobre um teste de sangue para a doença de Alzheimer, Suzanne Schindler, da Escola de Medicina da Universidade de Washington em St. Louis, e colegas avaliaram o desempenho de uma variedade de medidas de amiloide e tau no sangue.

Usando espectrometria de massa, os pesquisadores mapearam a proteína tau do plasma sanguíneo e compararam os resultados com as medidas de imagem do LCR e PET. Em comparação com a p-tau181, a forma de tau mais conhecida, eles descobriram que p-tau217 estava mais intimamente ligada ao acúmulo de placas amiloides no cérebro, conforme medido por um PET scan.

Além disso, seus achados sugerem que medir os níveis de várias formas diferentes de p-tau no sangue ao longo do tempo pode permitir que médicos e pesquisadores rastreiem os estágios da progressão do Alzheimer em pessoas que vivem com a doença.

Segundo os pesquisadores, um exame de sangue para a doença de Alzheimer que incorpore medidas de amiloide e tau pode permitir diagnósticos de demência mais precoces e precisos não apenas em participantes de pesquisas, mas também em pacientes clínicos. Os cientistas lançaram o Estudo para Avaliar Amiloide no Sangue e Imagens Relacio-

nadas à Demência (SEABIRD) para desenvolver e validar biomarcadores do sangue de Alzheimer em uma coorte que é mais diversa e representativa da grande região de St. Louis, no estado do Missouri. O SEABIRD inscreverá mais de 1,1 mil indivíduos, incluindo diversidade em raça, status socioeconômico, histórico médico e status cognitivo.

### ➡ P-tau217 do plasma é comparável ao p-tau181 para distinguir entre degeneração lobar frontotemporal e doença de Alzheimer

Estudos recentes demonstraram que a p-tau181 é mais de três vezes mais elevada em pessoas com Alzheimer em comparação com idosos saudáveis ou pessoas com uma doença neurodegenerativa conhecida como degeneração lobar frontotemporal (DLFT). Elisabeth Thijssen e Adam L. Boxer, do UCSF Memory and Aging Center, e colegas relataram uma comparação de p-tau181 com uma forma relacionada de tau chamada p-tau217 para determinar qual forma pode identificar melhor as pessoas com Alzheimer.

O estudo retrospectivo incluiu 617 participantes: 119 controles saudáveis, 74 casos de Alzheimer (confirmados por biomarcador) e 294 DLFT. Nesse grupo de estudo, a p-tau181 plasmática aumentou três vezes em pessoas com Alzheimer em comparação com controles e DLFT. O aumento na p-tau217 do plasma foi ainda maior: cinco vezes na doença de Alzheimer em comparação com controles saudáveis e quatro vezes em relação ao DLFT. Os resultados da comparação de plasma espelharam os achados de tau nos exames de PET no cérebro. A p-tau181 teve uma precisão de 91% e a p-tau217 de 96% em prever se uma pessoa tinha um scan cerebral positivo para tau.

De acordo com os pesquisadores, o estudo mostra que tanto a p-tau217 quanto a p-tau181 medidas no sangue são elevadas na doença de Alzheimer, e que as medições correspondem aos resultados de PET padrão-ouro. É provável que esses exames de sangue sejam úteis para diagnosticar a doença de Alzheimer e possam ser utilizados como ferramentas de monitoramento em ensaios clínicos para medir os efeitos do tratamento de novas terapias de Alzheimer. ▣

# “Toda pessoa idosa institucionalizada **IMPORTA**”

Com esse lema, a Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos realiza um trabalho de orientação e apoio em âmbito nacional

Por **Silvia Sousa**

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 2012 e 2017 o número de idosos deu um salto no país, passando de 25,4 milhões para mais de 30 milhões, um aumento de 19,5%. Nesse mesmo período, cresceu também o número de pessoas com mais de 60 anos alojadas em albergues públicos. Se em 2012 eles eram 45,6 mil, em 2017 chegaram a 60 mil. Mas, se somarmos a eles aqueles que vivem em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) privadas, o número deve chegar a 300 mil idosos. O cálculo é estimado, pois esse setor ainda é pouco organizado, o que faz com que haja muito desencontro de informações em relação à gestão e ao manejo com os idosos. Foi olhando para essa situação que a Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos (FN-ILPI) nasceu.

Para entender essa história é preciso voltar um pouco no tempo. Em março deste ano, após a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar a Covid-19 uma pandemia, o Brasil ainda via sua curva de número de casos começar a subir, mas na Europa a situação já era bem preocupante. As cenas de corpos sendo acumulados em contêineres chocaram o mundo. E a situação era ainda mais alarmante entre os idosos, principalmente aqueles que viviam em ILPIs. A taxa de mortes chegava a 50%, ou seja, de todos os idosos que moravam em uma instituição, metade morria por causa da doença. O diretor-geral assistente da OMS, o italiano Ranieri Guerra, especialista em saúde pública, definiu o cenário como um massacre.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde da Itália, os principais desafios na gestão da Covid-19 dentro das ILPIs eram a falta de informação sobre como proceder para conter a infecção, a falta de dispositivos de proteção pessoal e a dificuldade para isolar os casos positivos ou para realizar exames que confirmassem o diagnóstico.

Essa situação acendeu um farol vermelho para o Brasil, mostrando que algo muito grave – e parecido com o que ocorria na Itália e em outros países europeus – poderia acontecer aqui também. Como lá, faltavam informações para que os profissionais pudessem lidar com o problema. Mas o que fazer? Como fazer? Ninguém sabia, mas algo precisava ser feito. E muito rápido.

Durante uma audiência pública da Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso, na Câmara dos Deputados, em Brasília, em 7 de abril veio o alerta: se o Estado brasileiro não fizesse nada, viveríamos uma tragédia tal como a Itália. Na plateia, entre outros representantes da causa do envelhecimento no Brasil, estava a médica geriatra Karla Giacomini, de Belo Horizonte (MG). “Já saímos dali criando um grupo de WhatsApp. Nossa intenção era apoiar a comissão da Câmara para que ela pudesse atuar nesse âmbito da Covid-19”, conta. Mas o grupo foi crescendo, e daí nasceu a Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos (FN-ILPI). De acordo com Karla, que se tornou coordenadora da Frente, trata-se de um movimento social composto por voluntários das cinco regiões do país. “É uma reação à falta de respostas durante a

pandemia, principalmente entre os idosos”, explica ela.

O grande triunfo da Frente foi expor as fragilidades do setor e se organizar para oferecer informação segura, ainda que de forma genérica, para que as ILPIs pudessem se adaptar e trabalhar de forma correta na pandemia. “Havia a necessidade de um movimento que trouxesse dados, informações e orientações fidedignas, baseadas em dados científicos, e que pudesse unir profissionais e estudiosos de diversas áreas para somar nos cuidados e proteção ao idoso institucionalizado de todo o país”, explica a especialista em inclusão digital Aline Sala Carvalho, coordenadora do grupo de comunicação da Frente. Ela mora na Itália e presenciou de perto todos os problemas que a Covid-19 trouxe para a população idosa daquele país.

A Frente está organizada em oito grupos de trabalho, com mais de 1,2 mil voluntários. “São profissionais de todas as áreas de conhecimento, com competência técnica e embasamento científico, atuantes em setores governamentais e universidades, que contribuem no suporte às ILPIs diante do abismo existente entre as instituições e o Estado”, explica Natalia de Cassia Horta, coordenadora da pós-graduação em gerontologia da PUC-Minas, Na FN-ILPI, ela coordena um grupo de trabalho de elaboração de materiais

educativos. Entre os voluntários há médicos geriatras, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais, advogados, promotores, entre outros especialistas.

### Cartilhas, lives e treinamentos

Para ajudar as instituições, a Frente elabora materiais de apoio e cartilhas e ainda colabora na capacitação dos profissionais no âmbito da Covid-19. O primeiro trabalho foi a criação do Relatório Técnico para Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso, com orientações sobre como agir, como cuidar, como detectar casos da doença, recomendações para internações, orientações em caso de óbito, segurança dos funcionários. O material foi distribuído para ILPIs públicas, filantrópicas e particulares de todo o país. “Todas são carentes de informações, em níveis diferentes, mas necessitam ser mais bem capacitadas. Por isso, para nós não importa se a instituição é gratuita ou paga, nós oferecemos ajuda a quem precisar. Os idosos são diferentes, as doenças são diferentes e os processos precisam ser muito bem definidos”, explica o geriatra João Toniolo Neto, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e membro da Frente.

A receptividade ao primeiro relatório elaborado foi tão boa que o trabalho da Frente cresceu e virou um canal de



comunicação. “Criamos uma relação de confiança”, diz a coordenadora Karla. Um dos motivos dessa aproximação foi conseguir chegar ao maior número de ILPIs possível e com informações rápidas e simples. Além do relatório técnico, já foram redigidas nove cartilhas distribuídas por meio eletrônico. Também foram realizadas 18 lives até o mês de setembro (com média de 11,8 mil visualizações) e capacitações virtuais. Um desses treinamentos – o de Manejo de Casos Suspeitos e Confirmados de Covid-19 em ILPI – já teve 23 edições, somando 5 mil participantes. Tudo gratuito e com distribuição de certificado para comprovar a capacitação.

“Recebemos constantemente feedbacks de pessoas que atuam nas instituições nos agradecendo, pois não se sentem sozinhas nesta batalha diária contra a pandemia”, conta Aline. A Frente ainda conta com as redes sociais (Instagram e Facebook) e WhatsApp para manter contato com profissionais de todo o país.

Outro braço da Frente cuida das políticas públicas. Uma das ações em que teve participação foi a aprovação da Lei 14018, de 29 de junho de 2020, que disponibilizou uma verba de 160 milhões de reais para as ILPIs filantrópicas. “Ficamos felizes com a nossa atuação, mas ainda estamos lutando para ampliar esse auxílio a todas as instituições, sejam públicas ou privadas”, explica a advogada Ariane Angioletti, de São José (SC), especialista em gestão jurídica de ILPIs e membro do grupo de questões jurídicas da Frente. Ela lembra que há muitas instituições que, apesar de serem particulares, são muito pequenas e não possuem verbas para contratar um profissional para orientá-las perante a lei e as regulamentações. Daí a importância desse grupo na Frente. Um dos assuntos abordados durante esse período, por meio de lives e cartilhas, foi o direito do idoso, assim como o direito de as famílias visitarem seus familiares, que foi restringido na pandemia. “Passamos informações para as casas tomarem decisões mais assertivas, diminuindo os impactos da gestão”, diz ela. Além de ajudar na elaboração das cartilhas, a advogada acompanha os projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional ligados ao envelhecimento.

Conseguir esse alcance foi um trabalho de formiguinha, pois não existe no Brasil um cadastro único de ILPIs. Os voluntários precisaram procurar prefeituras, Ministério Público, secretarias de assistência social, comissão de idosos e até indicações das próprias instituições para mapear essa rede. Esse é um setor que ainda carece de organização. “Para

isso buscamos capilaridade em todos os estados, de modo a termos multiplicadores que façam com que o apoio chegue à maior parte das instituições”, diz Natalia, da PUC-Minas.

## Novos horizontes

Com o trabalho realizado, a Frente ganhou o apoio da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), que ajuda a revisar as cartilhas e as disponibiliza em seu site. O trabalho também chamou a atenção do programa Todos pela Saúde, do Banco Itaú. Junto com a FN-ILPI, a instituição bancária realizou entre setembro e outubro o Fórum Retomar, com o objetivo de orientar a comunidade institucional sobre a retomada das atividades de rotina nas instituições. As temáticas discutidas no Fórum foram produzidas pelos membros da Frente e as lives foram transmitidas simultaneamente no Facebook e no canal de YouTube do grupo.

Com toda essa repercussão a Frente já se prepara para a fase 2, passando a atuar em outras áreas no âmbito do envelhecimento. “Temos que pensar em uma política nacional de cuidados com essa população no nosso país. As ILPIs sempre são vistas como última opção, mas isso tende a mudar. Nossa população está envelhecendo e as famílias ficando menores. As ILPIs precisam estar preparadas para receber esses idosos”, alerta a geriatra Karla. Ela completa: “Ainda vivemos no nosso país o etarismo, que é o preconceito contra o envelhecimento. Não dá mais para aceitar coisas desse tipo. A velhice não é um problema, é uma conquista”. Já a advogada Ariane lembra que as ILPIs têm que ser vistas como um local de apoio e convivência. “As pessoas vão para viver e receber atenção, não para morrer”, diz ela.

A Covid-19 foi o gatilho desse movimento social, mas ainda há muito o que discutir e melhorar nesse segmento – e a Frente está se organizando para os próximos desafios. “A FN-ILPI pretende prosseguir no esforço de capacitar gestores e colaboradores de ILPIs públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, alertar sobre a urgência de pesquisas de diagnósticos das ILPIs e colaborar com instrumentos de monitoramento da qualidade do cuidado e de financiamento da política de cuidados”, explica Aline Sala, do grupo de comunicação da Frente. Até agora, a geriatra Karla, coordenadora da Frente, mostra-se satisfeita com o trabalho que vem sendo realizado: “Estou convencida de que fizemos a diferença no âmbito da Covid-19”. 

# Processo de adaptação de novos residentes na Cora: faça parte.

A importância de criarmos, juntos, uma rede de cuidados aos nossos idosos.

## Doutor,

a Cora é uma referência no novo conceito de residencial para idosos, que acredita na parceria da nossa equipe clínica com o médico-referência do familiar, focados no cuidado centrado no idoso. Afinal, os médicos-referência carregam o histórico de saúde, as preferências e hábitos do idoso, que devem ser os pontos focais no cuidado diário de seus pacientes. Principalmente, quando eles vivenciam a experiência e adaptação de uma mudança para uma ILPI.

Ao entrar na Cora, cada vez mais, estimulamos os novos residentes a passarem por um **Programa de**

**Adaptação**, como parte de seu plano de cuidados.

O Programa de Adaptação Cora, visa **estabelecer uma conexão do médico-referência, familiar e idoso junto à Cora**, para assim proporcionarmos uma assistência direcionada e assertiva, desde o início. É essa parceria entre a nossa equipe de profissionais de saúde e o médico-referência do idoso que nos possibilita promover sempre o melhor cuidado!

Queremos ampliar o escopo deste programa e contar com a ajuda de especialistas para entendermos a melhor maneira para fazê-lo.

---

**Por isso, queremos ouvir você, doutor!** Para saber mais sobre nosso Programa de Adaptação Cora de novos residentes, seus benefícios e fazer parte desta jornada conosco,



acesse:  
[corasenor.com.br/oladoutor](http://corasenor.com.br/oladoutor)



ou fale com nossos especialistas:  
11 **2500.0880**

## ARTE EM PROL DA VELHICE

Imagens: divulgação



O **Faça Memórias**, um programa especial criado em 2009 que acontece em museus da cidade de São Paulo, ganhou uma versão on-line por meio da Lei de Incentivo à Cultura. Com o patrocínio da Drogasil e em parceria com o Arte-Reab, o Faça Memórias on-line tem por objetivo estimular a atenção, a cognição e o pensamento dos participantes por meio de atividades que usem a arte como fio condutor.

O programa também propõe enriquecer a rotina de idosos residentes em ILPIs através de atividades que abordem temas de história da arte. As entidades interessadas receberão gratuitamente todo o material artístico necessário para as oficinas, nas quais a equipe do projeto explorará virtualmente temas como os jardins de Claude Monet, as bailarinas de Edgar Degas e os girassóis de Vincent Van Gogh. “Esta foi a maneira que encontramos de estar presentes, mesmo que distantes, e de democratizar a cultura ao favorecer as diversas velhices fragilizadas, bem como pessoas em situação de vulnerabilidade”, explicou Cristiane Pomeranz, idealizadora do projeto. Saiba mais: [www.faca-memoriasnomuseu.com.br](http://www.faca-memoriasnomuseu.com.br)

## TEMPO DE REINVENÇÃO



A **Baê**, startup fundada em 2019 com foco em tecnologia para saúde, lançou em setembro o **Gerobae**, um programa de cultura, conhecimento e vida ativa voltado ao público 60+. São quatro cursos à distância, com duração de dois meses cada um, que buscam estimular a descoberta de novos saberes, passatempos, reflexões e capacidades.

O Gerobae oferece cursos em literatura, linguagem musical, cinema e desenho. Cada oficina traz uma aula de uma hora por semana, transmitida por plataforma simples e acessível de videoconferência. Completa a grade do curso um vídeo por semana, com orientações e tarefas relacionadas à oficina para executar em casa.

Além disso, o aluno receberá conteúdos informativos e inspiradores, via aplicativo de celular, para estimular a busca por uma vida mais saudável. As mensagens trarão textos, vídeos e áudios produzidos sob a supervisão de médicos, psicólogos, educadores físicos e outros profissionais de renome do setor de saúde. São dicas sobre alimentação saudável, equilíbrio emocional, atividade física, socialização e outras dimensões essenciais do autocuidado, em uma linguagem leve e simples. Saiba mais: [www.bae.com.br/gerobae](http://www.bae.com.br/gerobae)

## PORTAL DA VIRADA DA MATURIDADE



A **Virada da Maturidade**, concebida inicialmente como um evento para promover o protagonismo do idoso através de atividades diversas espalhadas pela

cidade de São Paulo, acaba de lançar um portal homônimo com notícias sobre envelhecimento e longevidade.

Quem navegar pelo site vai encontrar temas como saúde, tecnologia, trabalho e finanças, estilo de vida, histórias e novidades inspiradoras, entre outros. Um dos destaques é uma área dedicada a projetos e iniciativas sobre a pandemia de Covid-19.

## CANAL DA GERONTOLOGIA



O canal no YouTube “O que rola na geronto?” completa nove meses em outubro com 2 mil seguidores – um número significativo, considerando-se que é uma iniciativa voluntária, criada por quatro amigos com uma ideia em comum. Segundo Yeda Duarte, professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e uma das idealizadoras do projeto, o objetivo do canal é “trazer informações corretas, novas, que circulam na mídia, tanto para a população idosa quanto para seus familiares e pessoas interessadas no envelhecimento”.

As pautas são discutidas pelo grupo de coordenadores, que inclui os especialistas Sergio Paschoal, Carlos Lima e Marília Berzins. Os programas são semanais e acontecem em diversos formatos, que vão de conversas entre os idealizadores a entrevistas com convidados.

Segundo Yeda, trata-se de uma iniciativa independente, o que garante o compromisso com a verdade. A divulgação do canal é feita através das redes sociais e também no boca a boca. “Temos retornos muito elogiosos. É muito gratificante e nos estimula a continuar”, conta a professora.

Para saber mais, acesse: [www.youtube.com/c/oque-rolanageronto/featured](http://www.youtube.com/c/oque-rolanageronto/featured)

## ORGULHO DE SER IDOSO



Foi lançada no 1º de outubro, que marca o Dia do Idoso, o manifesto online #OrgulhoSessentaMais,

que valoriza histórias de idosos como profissionais e destaca aspectos positivos do envelhecimento, como o acúmulo de experiência e o valor do conhecimento.

O conceito da campanha, uma iniciativa do movimento Aging 2.0, da USP 60+ e da consultoria Ativen, junto com outros parceiros, apropria-se da idade dos idosos para ir além dela, retratando-os a partir de outra perspectiva. “Nosso intuito é ampliar a visibilidade e os espaços dedicados às questões da comunidade 60+. Acreditamos que, com informação, o preconceito pode dar lugar à conscientização, pois é fundamental sabermos que a população idosa está crescendo no país e precisa ter suas especificidades entendidas, respeitadas e atendidas”, aponta Sérgio Duque Estrada, embaixador do Aging 2.0 São Paulo.

A campanha será veiculada nas redes sociais da Ativen, no hotsite [www.orgulhosesentamais.com.br](http://www.orgulhosesentamais.com.br) e no Manual do Tempo, canal no YouTube dedicado à longevidade e à qualidade de vida.

O portal funciona de maneira colaborativa. Entre os colunistas incluem-se a blogueira e ativista da velhice Marie Claire Blatt, de 81 anos, que contribui com histórias e poesias, e Silvia Triboni, de 62 anos, autora do blog Across Seven Seas, em que fala sobre turismo e tecnologia.

Segundo Fernanda Gouveia, uma das idealizadoras da iniciativa, o portal foi uma maneira de a Virada da Maturi-

dade se manter presente. “Como o público idoso é um dos principais grupos de risco do coronavírus, a programação presencial foi adiada. No entanto, o portal permite que a Virada cumpra seu papel de evidenciar o protagonismo e incentivar a sociabilidade da pessoa idosa”, afirmou.

Saiba mais: [www.viradadamaturidade.com.br](http://www.viradadamaturidade.com.br)

## RESOLUÇÃO DE CONFLITOS



A experiência de anos num projeto público pioneiro com idosos em situação de risco,

dependentes de cuidados e em conflitos familiares levou a advogada Alessandra Martins e um grupo de colegas a criar, em 2020, o **Mediando Gerações**.

Trata-se de uma equipe privada de mediação familiar, cujo desafio é resolver desentendimentos referentes aos direitos da pessoa idosa e do sistema que a engloba. A proposta procura incluir todas as pessoas envolvidas nas questões que permeiam as relações.

A mediação acontece com encontros previamente agendados, com foco determinado e em busca de possíveis soluções construídas pelos participantes. É um procedimento voluntário e sigiloso, presencial e/ou on-line. “Com a pandemia, inúmeros conflitos surgiram ou se acirraram, tanto pelas convivências reclusas quanto pela ausência devida ao necessário distanciamento. Assim, tivemos também que nos adaptar para continuar com nossa ajuda através de vias digitais, como Snapchat, WhatsApp, Teams, Zoom, Meet, Whereby, com bastante sucesso”, afirmou Alessandra.

Para mais informações, acesse: [www.mediandogeracoes.com.br](http://www.mediandogeracoes.com.br)

## ACESSO À INFORMAÇÃO



Acaba de chegar ao mercado a **Docmedia**, o primeiro aplicativo a apresentar uma solução integrada de acesso

à informação selecionada sobre inovação em saúde. Utilizando ferramentas de inteligência artificial para seleção de conteúdo, com curadoria de profissionais, o aplicativo disponibilizará, em um só lugar, o que há de mais recente e relevante em pesquisa na área de ciência e saúde.

Com um público potencial estimado de quase 5 milhões de profissionais de saúde no Brasil, a Docmedia pretende aliar rigor científico a inteligência artificial para se posicionar como uma plataforma de referência em conteúdo sobre inovação em saúde e atrair investimentos das indústrias médica, odontológica e farmacêutica interessadas num consumidor exigente – em especial o profissional jovem e ultraconectado, sempre em busca de informação relevante e atualizada.

No aplicativo, o usuário pode acompanhar a repercussão de notícias sobre inovação nas mais prestigiadas publicações nacionais e internacionais; selecionar os assuntos mais importantes para sua especialidade; compartilhar descobertas e conteúdos; e ainda seguir perfis de profissionais ou empresas.

A plataforma está disponível para download gratuito na Apple Store e no Google Play.

Fonte: *Saúde Business*



## 18 de outubro, Dia do Médico. Mais do que nunca, nosso obrigado a quem cuida das pessoas sempre.

O Lar Sant'Ana é uma das mais tradicionais e respeitadas instituições voltadas para os cuidados com a terceira idade de São Paulo. Agora, mais do que nunca, esses cuidados estão redobrados. Para prevenir e proteger residentes e colaboradores contra a COVID-19, o Lar Sant'Ana reestruturou suas rotinas e implementou diversas medidas. Todas seguindo as orientações e recomendações da Organização Mundial da Saúde, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Além de uma completa equipe de médicos atuando presencialmente em parceria constante com médicos de confiança de cada residente, o Lar Sant'Ana conta com uma equipe multidisciplinar de profissionais de enfermagem, farmácia, nutrição, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e educação física. E para cuidar da saúde emocional e bem estar de nossos residentes, o Lar Sant'Ana disponibiliza ainda um grande time de dedicados cuidadores. Tudo para reforçar a excelência técnica do atendimento de um residencial que tem orgulho de ser chamado de lar.

**Unidade Alto de Pinheiros**  
Rua Bernarda Luiz, 129

**Unidade Butantã**  
Av. Eng. Heitor Antônio Eiras Garcia, 5531

55 (11) 3673-6111 e 55 (11) 3674-1600 | [larsantana.com.br](http://larsantana.com.br)  [/larsantana](https://www.facebook.com/larsantana)

**Lar Sant'Ana**  
CUIDADO SÊNIOR

## NOVO SUPLEMENTO



A **Apsen Farmacêutica** acaba de lançar no Brasil o **Attivs®**, suplemento alimentar

à base de metilsulfonilmetano. Mais conhecido como MSM, o enxofre orgânico, que não tem odor, é considerado um antioxidante natural que ajuda a interromper a progressão da osteoartrite.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 80% das pessoas com mais de 65 anos apresentam osteoartrite no mundo. No Brasil, 15 milhões de pessoas sofrem com a doença, de acordo o Ministério da Saúde. Dados da previdência social no país também mostram que a osteoartrite é responsável por 7,5% de todos os afastamentos do trabalho.

O MSM utilizado pela Apsen conta com a tecnologia OptiMSM, matéria-prima que apresenta um alto grau de pureza. Além disso, não deriva de mariscos, o que significa que não causa alergias para pessoas sensíveis a frutos do mar e pode ser consumido por quem adota uma alimentação vegana.

O lançamento chega ao mercado em duas apresentações: 30 e 60 comprimidos, cada um deles com 900 mg de MSM. A posologia recomendada é de um comprimido ao dia.

## MONITORAMENTO INTELIGENTE



Acaba de ser lançado o **HelpBox**, um dispositivo que otimiza o atendimento à pessoa idosa, com moni-

toramento 24/7, por meio de inteligência artificial. A ideia de desenvolver um sistema que atendesse a terceira idade surgiu quando Adriano Goes, doutor em engenharia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), sentiu falta de soluções focadas em dados para esse nicho. Para ele, os dispositivos oferecidos hoje resumem-se a botões de presença com funcionalidades simplistas.

O dispositivo conta com uma pulseira que gerencia e fornece dados essenciais, como movimentação atípica, controle de sono, mudança de decúbito, monitoramento cardíaco, prontuário médico e até mesmo controle do cotidiano do idoso. “Por meio dessas informações, nossa equipe de enfermagem consegue detectar desvios e contatar o paciente proativamente em viva-voz, sem que ele necessite apertar botões ou realizar ligações”, comenta.

Além da central de monitoramento em tempo real, o HelpBox possui um aplicativo para a família, dentro do qual é possível abrir comunicação com o assistido, ver sua localização, configurar alertas e acompanhar as atividades do idoso, entre outras funcionalidades.

Fonte: *Saúde Business*

# EVOLUÇÃO E COMODIDADE NO CUIDADO COM A SAÚDE ÓSSEA

# Addera CAL

**+D3**  
1.000 U.I.  
2.000 U.I.

Doses adequadas para necessidade diária do seu paciente\*1

**+Ca**  
citrato  
malato

A escolha ideal para todos os perfis de paciente\*\*2

**+K2**

Estimula a osteoblastogênese e ativa a síntese dos osteoblastos:<sup>3</sup> Aumenta a formação óssea

**+Mg**

Melhora absorção intestinal de cálcio: Aumenta a DMO (Densidade Mineral Óssea)<sup>4,5</sup>

\*1.000 U.I.-2.000 U.I. é a dose diária de vitamina D recomendada para manutenção.

\*\*citrato de cálcio é o sal de cálcio com menos restrição, pois pode ser usado por pessoas com hipocloridria ou acloridria, pacientes que apresentaram previamente constipação ou queixas gastrointestinais após uso de suplemento de cálcio e pessoas com litase renal.



**OPADRY<sup>®</sup> II**  
High Performance Film Coating System  
Opadry II é propriedade da BPSI Holdings LLC.



Facilita a deglutição.<sup>6,7</sup>



VITAMINA PREMIUM DA DSM  
WWW.QUALITYFORLIFE.COM  
Q<sup>®</sup> É UMA MARCA DA DSM<sup>®</sup>

MATÉRIA-PRIMA DA SUÍÇA



GARANTIA DE QUALIDADE:  
CÁLCIO CITRATO MALATO<sup>9,10</sup>

## APRESENTAÇÕES

**1.000 U.I.**  
30 E 60 COMPRIMIDOS

**2.000 U.I.**  
30 E 60 COMPRIMIDOS

SELO DA EMPRESA NEWCORP. SELO Q-D + VITAMINA PREMIUM DA DSM - WWW.QUALITYFORLIFE.COM. Q<sup>®</sup> É UMA MARCA DA DSM. ADDERA CAL É UM ALIMENTO ISENTO DE REGISTRO CONFORME RDC 27/2010.

Referências bibliográficas: 1. Holick MF et al. Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2011;96(7):1911-30. 2. Overview of calcium. Institute of Medicine (IOM) Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D and Calcium; Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, et al., editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK30932/>. Acesso em: agosto, 2019. 3. Maresz K. Proper Calcium Use: Vitamin K2 as a Promoter of Bone and Cardiovascular Health. Integrative Medicine 2015;14(7):34-38. 4. Fossaejod-Merj M, et al. Dietary magnesium intake, bone mineral density and risk of fracture: a systematic review and meta-analysis. Osteoporos Int. 2016;27(4):1389-93. 5. Veronese N, et al. Dietary magnesium intake and fracture risk: data from a large prospective study. Br J Nutr. 2017;117(11):1570-6. 6. Opadry II, Opadry Opaglus 2 - Malters tablet film coatings and influence on ease of swallowing. Application Data. Colson, EPSI Holdings LLC. 2011. Disponível em: <https://www.colson.com/products/formulation/all-products/download/39797934?method=viewer>. Acesso em: abril, 2019. 7. Kao DM, et al. Investigation into stability of poly(vinyl alcohol)-based Opadry<sup>®</sup> II film. AAPS PharmSciTech. 2011;12(2):46-54. 8. Quality for life. Disponível em: <https://www.qualityforlife.com/en\_US.html>. Acesso em: 5 ago. 2019. 9. Fox MM, Heckert DC, Larsen KR. Calcium Citrate Malate Composition. US patent 5,186,935. 1993 Feb. 16. Gp. Disponível em: <https://patentimages.storage.googleapis.com/41/a2/21/45/a27145440c1AUS186935.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2019. 10. Miller JJ, et al. Calcium absorption in children estimated from single and double stable calcium isotope techniques. Clin Chim Acta. 1985;152(2):107-13.

Libbs