

SALA DE LEITURA
ESTUDOS RECOMENDADOS
POR ESPECIALISTAS

EDUCAÇÃO FÍSICA
ATIVIDADE FÍSICA E COGNIÇÃO

COLÓQUIO
UM PAPO COM A OFTALMOGERIATRA
MARCELA CYPEL



ano X • edição 47
mai | jun | jul 2023



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

CASOS E SOLUÇÕES

Uma discussão sobre casos dignos de nota

MUSICOTERAPIA

Musicoterapia na doença de Alzheimer

CAPA

CBGG 2023: um giro pelos
principais destaques do congresso

Distribuição exclusiva
para a classe médica



Extima

BODYBALANCE[®]
Always in Shape

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

A FORÇA **PIONEIRA** QUE
AUXILIA NA FORMAÇÃO
DE **MÚSCULOS**^{1,2}

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

+ Antioxidantes + BCAA
+ Vitamina D + Magnésio

ESTUDO CLÍNICO COMPROVA:

- Aumento de massa magra corporal¹
- Aumento da força muscular¹
- Diminuição da gordura corporal¹



Valor
fixo da
unidade*

R\$
150,00

Apresentação
em sachê

R\$
199,00



**NOVOS SABORES:
CHOCOLATE E BANANA**

NOVA FORMULAÇÃO
+ LEUCINA + MAGNÉSIO**

BODYBALANCE[®]
Always in Shape

*Quando comparada à quantidade de leucina e magnésio.

** Disponível em todos os sabores.



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

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



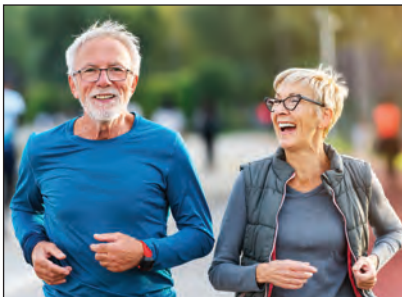
Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



- 6 COLÓQUIO**
Pioneira no tema, a oftalmogeriatra **Marcela Cypel** fala sobre saúde ocular no idoso

- 10 SALA DE LEITURA**
Uma seleção de estudos recomendados por especialistas **João Senger**



- 13 CAPA**
Veja o que deu o que falar no CBGG 2023

- 20 MUSICOTERAPIA**
Musicoterapia na doença de Alzheimer **Mauro Pereira Amoroso Anastacio Júnior** e **Deusivania Vieira da Silva Falcão**

- 24 EDUCAÇÃO FÍSICA**
Atividade física e cognição **Rodrigo Luiz Vancini**, **Claudio André Barbosa de Lira** e **Marília dos Santos Andrade**

- 29 FRENTE NACIONAL ILPI**
A importância da ambiência para funcionalidade em ILPI **Christine Abdalla**, **Helena Pataro de O. Novaes** e **Karla Giacomin**

- 34 EMPREENDEDORISMO**
Empreendedorismo intergeracional: relato de caso **Fabiana Satiro**, **Robiany Pires** e **Vera Caovilla**

- 37 CASOS E SOLUÇÕES**
Uma discussão sobre casos dignos de nota **Gislaine Gil**



CONSELHO EDITORIAL APTARE – GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

GERIATRIA

Editora clínica:

Maisa Carla Kairalla

CONSELHO EDITORIAL

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

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

COLABORADORES

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

Pérola Quintans Almeida
Rosmary Arias
Sumika Mori Lin
Theodora Karnakis
Thiago Avelino
Venceslau Coelho

GERONTOLOGIA

Editora clínica:

Valmari Cristina Aranha Toscano

CONSELHO EDITORIAL

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

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

Aptare
GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Coordenação editorial e edição
Lilian Liang

Projeto gráfico e direção de arte
Luciana Cury

Revisão
Patrícia Villas Bôas Cueva

Revisão de referências
bibliográficas
Maria Cláudia Pestana

Marketing e comercial
Debora Alves

Pré-impressão e impressão
Gráfica Elyon

Tiragem
6.000 exemplares

Imagem de capa
iStock Photos

Jornalista responsável
Lilian Liang (MTb 26.817)

ISSN 2316-1434

Contatos

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

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

Colaboraram nesta edição: Christine Abdalla, Claudio André Barbosa de Lira, Deusivania Vieira da Silva Falcão, Fabiana Satiro, Gislaíne Gil, Helena Pataro de O. Novaes, João Senger, Karla Giacomini, Marília dos Santos Andrade, Mauro Pereira Amoroso, Anastacio Júnior, Robiany Pires, Rodrigo Luiz Vancini, Vera Caovilla

Reportagem: Maria Lígia Pagenotto e Silvia Sousa

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.

 **DINAMO 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

Além das expectativas

Foi exatamente como eu tinha imaginado. Não, minto. Foi muito melhor.

Claro que eu tinha grandes expectativas para a Expedição Longevidade. Era um sonho que eu havia nutrido por uma década, mas que só neste ano encontrou as condições ideais para se concretizar. O problema é que, quando a gente alimenta um sonho por muito tempo, às vezes ele não se torna realidade como a gente tinha pensado. Na maioria das vezes, a versão que temos na nossa cabeça é muito melhor do que acontece na realidade.

Não foi esse o caso. A Expedição excedeu todas as nossas expectativas.

Um exemplo foram os nossos apoios locais. Fazer a produção de uma viagem desse porte seria completamente inviável se não tivéssemos profissionais da região para nos ajudar a navegar pela cultura e idioma de cada país. Demos muita sorte de encontrar gente não apenas competente, mas que entendeu a importância do nosso trabalho e se desdobrou para encontrar os melhores personagens, com as melhores histórias. Jorge (Costa Rica), Marijke (EUA), Tamiko (Japão), Maria (Grécia) e Sara (Itália) entregaram muito mais do que pedimos e foram peças fundamentais na nossa exploração das blue zones.

Saber como eu e Gabriel Martinez

faríamos para gravar tantas entrevistas apenas em duas pessoas também era uma incógnita. Será que ia dar? Para rodar um documentário é necessário um sem-fim de profissionais, que eu não teria como levar na viagem com o budget apertado com que estávamos trabalhando. Mas conseguimos nos organizar e no final tudo deu certo. Foram quase 75 entrevistas em 60 dias. Na maioria das vezes, o que a pessoa estava dizendo tornava praticamente irrelevante a falta de tomadas em quatro ângulos diferentes.

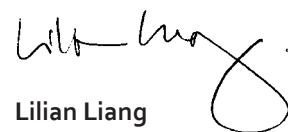
Mas o que mais nos impactou foram os aprendizados da Expedição Longevidade. Pudemos observar *in loco* o que tornava cada blue zone única e tivemos a oportunidade de conversar com idosos que muitas vezes passavam de um século com boa qualidade de vida. Já sabíamos, na teoria, da importância do movimento, por exemplo. Mas testemunhar os efeitos que uma vida inteira em movimento tem na independência de um centenário é algo completamente diferente. Quando vimos Don Ramiro, em Nicoya, tocar o gado em seu cavalo branco aos 101 anos, foi difícil não ficar boquiaberta. Eu me lembro apenas de repetir “Mas, gente, como? Como essa pessoa tem 101 anos? Como??”.

Claro, Don Ramiro não é a regra. A maioria dos nonagenários e centenários

que entrevistamos durante a viagem não montava a cavalo. Mas dá para dizer que estavam envelhecendo mal por causa disso? Claro que não. Muitos exigiam mais cuidado, mas seu envelhecimento ainda podia ser considerado bem-sucedido, com boa saúde, boa cognição, engajamento social, fortes conexões familiares, um claro senso de propósito.

E as lições de vida. Talvez eu não estivesse esperando as lições de vida que aprendi nas conversas com os idosos pelo mundo: perdão, compreensão, paciência, resiliência, amor. Essas, sim, superaram qualquer expectativa que eu tinha para essa Expedição.

Não havia como não voltar transformada dessa viagem. Não havia melhor forma de comemorar os 10 – agora quase 11 – anos da *Aptare*. Obrigada, querido leitor.



Lilian Liang
Editora

Envelhecimento ocular em foco

Uma das pioneiras na oftalmogeriatría no Brasil, Marcela Cypel fala sobre a visão do idoso e como a área vem se desenvolvendo no país

Por **Maria Lígia Pagenotto**



MARCELA CYPEL Oftalmologista e doutora em medicina pela Universidade Federal de São Paulo, com tema na área de envelhecimento ocular.

Ela sempre quis ser médica, nunca teve dúvidas sobre esse caminho profissional. Só não sabia bem a qual especialidade se dedicar. Ao ingressar na Faculdade de Ciências Médicas da PUC-SP, foi definindo, aos poucos, sua trajetória: queria um campo de trabalho que mesclasse a clínica com a cirurgia. Ficou um tempo experimentando algumas áreas durante sua formação. “Procurei setores que unissem a clínica e a cirurgia na dermatologia, na otorrinolaringologia e na oftalmologia para, no fim, me encantar por essa última”, diz Marcela Cypel, oftalmologista com doutorado e pós-doutorado em Ciências Visuais pelo Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

A escolha talvez tenha uma ligação, ainda que inconsciente, com a área de atuação do seu pai, médico neurologista, acredita. “Acho que isso pode explicar um pouco meu interesse pela oftalmologia – o nervo óptico tem relação direta com o cérebro, e tem seu centro na parte posterior da cabeça, então estamos próximos. Tanto que com meu pai sempre troco experiências sobre casos, aprendizados”, conta Marcela, transparecendo durante a conversa sua paixão e desvelo pela especialidade que abraçou.

“A parte neurológica ocular teve uma pontinha de peso na minha escolha”, assume. E a clínica ganhou ainda mais relevância na sua vida quando se viu próxima da oftalmogeriatría. “É muito prazeroso poder ver a clínica e

a cirurgia trabalhando juntas em prol da visão, e senti isso muito de perto atuando com a população idosa.”

Depois de formada na PUC, Marcela fez residência na Santa Casa de São Paulo e uma especialização em retina na Universidade de São Paulo. O doutorado e o pós-doutorado (concluído no final do ano passado e publicado agora em maio) foram feitos na Universidade Federal de São Paulo.

Marcela conta que começou a se envolver com a oftalmogeriatría em 2004, quando passou a pesquisar o envelhecimento ocular juntamente com o professor Rubens Belfort Junior, um dos principais nomes da oftalmologia brasileira. Nessa área, Marcela, juntamente com o grupo de Epidemiologia do Departamento de Oftalmologia da

Unifesp, possui relevantes trabalhos de investigação sobre a visão de pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais do Brasil. Sobre esses temas ela fala um pouco nesta entrevista.

Você participou de um importante projeto, o BARES (Brazilian Amazon Region Eye Survey), que chama atenção por ter sido feito na região amazônica, em Parintins (AM). Conte um pouco como essa pesquisa começou.

O BARES teve origem na ideia de investigar e coletar dados da visão da população na Amazônia – um estudo multicêntrico. Ele teve início em 2014 e foi realizado pelo Departamento de Oftalmologia da Unifesp, sob a liderança da professora Solange Rios Salomão e com a participação do professor Rubens Belfort Junior, dois nomes muito importantes na oftalmologia. A cidade selecionada para esse estudo foi Parintins, no Amazonas.

Primeiro foi feito um projeto-piloto, em 2012, e em 2014 foi feita a primeira coleta de dados do BARES. As equipes foram algumas vezes à área urbana de Parintins e depois à área ribeirinha. A primeira publicação sobre o tema foi divulgada em 2016. A amostra foi muito rica e tem rendido muitos desdobramentos, mesmo após o encerramento do projeto. Quando o BARES começou, queríamos fazer um estudo multicêntrico, nacional, e, após várias conversas, a cidade de Parintins foi escolhida. Em São Paulo já havia sido realizado um estudo similar pelo mesmo grupo, o “São Paulo Eye Study”, avalian-

do a visão de pessoas da área metropolitana, na periferia de São Paulo. Pela localização de Parintins, especialmente para as idas à região ribeirinha, foi necessária toda uma logística organizacional própria para que o estudo pudesse ser viabilizado, além de apoio com verbas. Nosso objetivo era investigar a visão da população acima de 45 anos naquela região. Os moradores – 2.041 pessoas (1.180 vivendo no centro urbano e 861 na zona rural/ribeirinha) – passaram por exame clínico oftalmológico. Contamos com o apoio de especialistas da Amazônia, como o professor Jacob Cohen, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). A Unifesp disponibilizou equipamentos e pudemos realizar exames oftalmológicos completos nessa população que habita uma das regiões mais remotas do país, com pouco ou nenhum acesso à saúde.

Como você se envolveu com esse projeto?

Eu tinha terminado meu doutorado em envelhecimento ocular, concluído em 2008. Já havia estudado como os olhos dos idosos envelhecem e mantinha vínculo voluntário com o Departamento de Oftalmologia da Unifesp. Minha tese de doutorado envolveu uma pesquisa com 180 idosos – um grupo maior, com pessoas acima de 80 anos, e um menor, com 30 centenários. Eles passaram por exames oftalmológicos, com medida da acuidade visual apresentada e corrigida e questionário de qualidade de vida e qualidade de visão.

O meu objetivo com essa tese era determinar a visão e a qualidade de vida em longevos.

Durante o doutorado eu me inspirei muito no São Paulo Eye Study, que é um estudo focado na população urbana da periferia da capital paulista, coordenado pela professora Solange Salomão, especialista em epidemiologia do envelhecimento. Lógico que a minha amostra não era tão representativa da população local, porque não foi randomizada como no São Paulo Eye Study, mas nosso foco era realmente nos longevos e nos centenários.

Quando começou o BARES, fui convidada a participar da primeira coleta de dados, pois de certa forma o tema estava ligado à minha área de pesquisa. Fazer parte desse projeto foi muito importante, pois se tratava de um estudo realmente multicêntrico, randomizado, com uma amostragem coletada de forma aleatória, portanto representativa daquela população local, e então se pôde fazer um corte dos longevos dessa população. Tive um envolvimento muito grande com esse levantamento, aprendi muito, passei mais de uma semana em Parintins. Houve muita troca de informação com oftalmologistas locais e com especialistas da Unifesp. Essa experiência foi tão importante que, anos depois, deu origem ao meu pós-doutorado, publicado agora.

Quais as principais conclusões dos estudos do BARES?

Bem, analisamos a visão de perto, a

“ A SAÚDE OCULAR ESTÁ RELACIONADA A REDUÇÃO DO RISCO DE QUEDA, MENOR ÍNDICE DE DEPRESSÃO E MAIOR SOCIALIZAÇÃO.

visão de longe e as principais doenças oftalmológicas que levam à baixa de visão. Realizamos exames oftalmológicos completos, algo inédito para essas pessoas. Elas receberam receitas e óculos, quando necessário. A Unifesp, com apoio local, levou óculos a boa parte dessa população, tanto da área urbana quanto da ribeirinha. Do ponto de vista epidemiológico, esse levantamento foi muito importante. O estudo foi feito com base numa amostra calculada que representa a região – levantamos com o Censo local quem era a população acima de 45 anos. É uma amostra randomizada, o que dá muito valor para esse trabalho. Estudos epidemiológicos, feitos em larga escala, são fundamentais para traçarmos políticas públicas consistentes na área da saúde. Percebemos muita incidência de catarata na população mais velha e alterações oftalmológicas relacionadas ao estilo de vida, como pterígio. Alguns dos problemas que encontramos têm relação com o excesso de raios ultravioleta, pois estamos falando de uma área tropical. Outros estão ligados a lesões e traumas por causa do tipo de trabalho realizado, geralmente nas áreas rurais.

A maioria dos problemas encontrados pôde ser sanada, pensando que se trata de uma população com difícil acesso à saúde?

Encontramos uma grande prevalência de pessoas com muita dificuldade de enxergar, podendo ser classificadas como cegas – mas a maioria por causas curáveis com o uso de óculos. Mas conseguimos providenciar óculos com lentes corretivas para essas pessoas. Outras precisaram passar por cirurgia para correção de catarata, por exemplo. Chamou muita atenção o grupo que apresentava uma visão ruim mas que não chegava a ser classificada como cegueira. No entanto, esse tipo de problema – que pode ser corrigido com óculos – interfere muito na qualidade de vida, prejudicando atividades de trabalho, estudo e lazer. Detectamos na região questões muito sérias envolvendo saúde pública.

Como resolver essas questões?

Os estudos epidemiológicos já são um grande passo para a busca de soluções. A coleta de dados em grande escala, realizada com seriedade, ajuda a guiar políticas públicas para melhorar o acesso das pessoas à saúde. Fundamentalmente, para re-

solver alguns desses problemas, é preciso que as autoridades olhem com mais atenção para essas pessoas que vivem em áreas remotas. Com atendimento, dando assistência adequada, é possível resolver muitas questões. É claro que tudo isso demanda tempo, atenção, verbas, investimentos. Mas a primeira coisa é querer resolver – vale ressaltar que, mesmo em áreas de difícil acesso, mais remotas, há muita gente trabalhando para levar mais qualidade de vida à população que habita essas localidades.

Você também é ligada ao PADI – Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso, da Unifesp. Qual a especificidade desse grupo atendido?

O PADI começou há muito tempo na Unifesp – há 24 anos. Ele é coordenado pela assistente social Naira Dutra Lemos, doutora em ciências pela Unifesp. Eu me aproximei do grupo quando comecei meu doutorado, pois resolvi estudar o envelhecimento ocular. Fui procurar apoio na geriatria e na gerontologia da Unifesp, para entender melhor o processo de envelhecimento. Fui muito bem acolhida pelas equipes. Fiquei no departamento aprendendo alguns conceitos e me voluntariei para fazer exames oftalmológicos no PADI. Faço esse trabalho até hoje, com algumas interrupções por causa de vida pessoal e trabalho. Eu aprendo muito com isso, levo residentes também para acompanhar as visitas. Dar atendimento a essas pessoas carentes, muitas vezes acamadas, é uma oportunidade única,

“ OS ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS JÁ SÃO UM GRANDE PASSO PARA A BUSCA DE SOLUÇÕES. A COLETA DE DADOS EM GRANDE ESCALA, REALIZADA COM SERIEDADE, AJUDA A GUIAR POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MELHORAR O ACESSO DAS PESSOAS À SAÚDE.

muito gratificante. Nessa população, o que mais encontro são problemas como falta de óculos, irritação ocular, glaucoma, degeneração macular relacionada à idade. Eu fico muito feliz quando consigo dar assistência a uma pessoa que não consegue ler ou ver televisão porque tem um desconforto no olho. Resolver um problema desse é fazer com que essa pessoa recupere alguns prazeres e se sinta mais incluída.

Seu pós-doutorado acaba de ser publicado. Conte um pouco sobre essa pesquisa.

Esse trabalho trata de disparidades regionais na prevalência e nas causas de deficiência visual severa e cegueira, cobertura cirúrgica para catarata e achados oculares em adultos com 50 anos ou mais. Foram estudadas pessoas de duas áreas muito distintas do ponto de vista geográfico, social e demográfico, que são as cidades de São Paulo e Parintins. Usei os dados de dois estudos de base populacional – o São Paulo Eye Study (SPES, 2004) e o

BARES (2014). No total foram 5.318 participantes (3.677 do SPES; 1.641 do BARES). A prevalência de deficiência visual severa e de cegueira foi três vezes maior em idosos da Amazônia brasileira em relação aos residentes na cidade de São Paulo, apesar do intervalo de dez anos entre os dois estudos. Como conclusão do estudo, afirmo que são disparidades que devem ser reduzidas por meio de iniciativas que promovam o acesso a serviços oftalmológicos voltados para áreas brasileiras desprivilegiadas e remotas.

No geral, o que você teria a dizer sobre a saúde ocular da população idosa no Brasil?

Com certeza vem ganhando muito terreno esse tema. Nós estamos alertas às necessidades dessa população. Há vários esforços nesse sentido: estamos mais atentos a como o olho envelhece, temos dados epidemiológicos dessa população coletados, em termos de Brasil, e temos falado mais em oftalmogeriatría, trazendo o assunto à tona. A geriatría e a gerontologia têm crescido muito no país, e a oftalmogeriatría está junto nesse pacote. Acredito muito que é com essa mescla de mais informações e, especialmente, informações corretas na área da saúde, com base em dados científicos, com comprovação, que se conseguem as melhorias. O próprio Conselho Brasileiro de Oftalmologia tem feito muitas ações ligadas ao envelhecimento ocular, incluindo em suas pautas de discussão temas relacionados ao glaucoma e diabetes, por exemplo. Neste ano já tivemos várias discussões voltadas para o envelhecimento ocular, com ênfase em políticas públicas de saúde. Acho que nos últimos 15 anos esse movimento tem crescido muito e a tendência é que vá se expandir, pois a população brasileira está envelhecendo e precisamos dar a ela qualidade de visão e qualidade de vida. É um trabalho que parece de formiguinha, mas não é, porque ele reverbera. A saúde ocular está relacionada a redução do risco de queda, menor índice de depressão e maior socialização. A visão está envolta em tudo isso, possibilita que as pessoas mantenham suas atividades mesmo na velhice, oferecendo mais independência e autonomia. ▲

tría e a gerontologia têm crescido muito no país, e a oftalmogeriatría está junto nesse pacote. Acredito muito que é com essa mescla de mais informações e, especialmente, informações corretas na área da saúde, com base em dados científicos, com comprovação, que se conseguem as melhorias. O próprio Conselho Brasileiro de Oftalmologia tem feito muitas ações ligadas ao envelhecimento ocular, incluindo em suas pautas de discussão temas relacionados ao glaucoma e diabetes, por exemplo. Neste ano já tivemos várias discussões voltadas para o envelhecimento ocular, com ênfase em políticas públicas de saúde. Acho que nos últimos 15 anos esse movimento tem crescido muito e a tendência é que vá se expandir, pois a população brasileira está envelhecendo e precisamos dar a ela qualidade de visão e qualidade de vida. É um trabalho que parece de formiguinha, mas não é, porque ele reverbera. A saúde ocular está relacionada a redução do risco de queda, menor índice de depressão e maior socialização. A visão está envolta em tudo isso, possibilita que as pessoas mantenham suas atividades mesmo na velhice, oferecendo mais independência e autonomia. ▲



Para ouvir nossa conversa com a entrevistada no CBGG 2023, acesse o QR code.

#sarcopenia

POR JOÃO SENGER

Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção Rio Grande do Sul;
diretor do Instituto Moriguchi – Centro de Estudos do Envelhecimento.

USO DE INIBIDORES DA ECA DE AÇÃO CENTRAL E DESEMPENHO FÍSICO EM IDOSOS



O objetivo desse estudo é comparar medidas de desempenho físico entre usuários de subtipos de inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA).

Há evidências conflitantes sobre o papel dos inibidores da enzima conversora de angiotensina na função física. Enquanto alguns estudos mostram melhorias na força muscular e na função física, outros não mostram diferença significativa ou diminuição do desempenho. Essa ambiguidade pode ser resultante de efeitos diferenciais dos subtipos de inibidores da enzima conversora de angiotensina, que podem ser classificados como de ação central ou periférica, com base em sua capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica.

Trata-se de um estudo transversal, realizado com 364 participantes na coorte do Health and Retirement Study que tinham ≥ 65 anos (idade média (IQR) 74,00 (69–80 anos)). Foram avaliados diferença média da preensão palmar (kg), velocidade da marcha (m/s) e pico de fluxo expiratório (L/min).

Os resultados sugerem que, em adultos mais velhos, o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina de ação central (captopril, lisinopril, perindopril e ramipril), em comparação com inibidores da enzima conversora de angiotensina de ação periférica (enalapril, quinapril e benazepril), foi associado a melhor função pulmonar em indivíduos mais velhos.

Comentário: A medicina está em busca de como prevenir ou retardar a sarcopenia advinda do envelhecimento

ou enfermidade, além do que temos como exercícios e suplementação nutricional. Mas pouco tem se conseguido nesse campo. O artigo mostra que os inibidores da ECA poderiam ser uma alternativa mas não mostraram eficácia na melhora da força muscular.

RESILIÊNCIA: BASE BIOLÓGICA E SIGNIFICADO CLÍNICO – UM RELATÓRIO DE PERSPECTIVA DA FORÇA-TAREFA DA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE FRAGILIDADE E PESQUISA EM SARCOPENIA (ICFSR)



A resiliência é um construto que vem recebendo crescente atenção da comunidade científica em geriatria e gerontologia. Os idosos apresentam respostas extremamente heterogêneas, e muitas vezes imprevisíveis, aos estressores. Essa heterogeneidade pode, pelo menos em parte, ser explicada por diferenças na resiliência – ou seja, a capacidade do organismo de lidar com estressores.

A Força-Tarefa da Conferência Internacional sobre Pesquisa em Fragilidade e Sarcopenia (ICFSR) reuniu-se em Boston (MA, EUA) em abril de 2022 para discutir o significado biológico e clínico da resiliência em idosos. A identificação de pessoas com baixa resiliência e a pronta intervenção nessa população de risco podem ser fundamentais para desenvolver e implementar estratégias preventivas contra eventos adversos. Infelizmente, até o momento ainda é um desafio mensurar a resiliência, especialmente devido à sua natureza dinâmica, que engloba fatores biológicos, clínicos, subjetivos e socioeconômicos. Oportunidades para medir dinamicamente a resiliência foram discutidas durante a reunião da

Força-Tarefa da ICFSR, enfatizando potenciais biomarcadores e áreas de intervenção. Será necessário 1) definir a melhor forma de identificar indivíduos com baixa resiliência e 2) descrever a metodologia correta para intervir prontamente antes do aparecimento de eventos adversos.

A Força-Tarefa da ICFSR concluiu que, dado o envolvimento de múltiplos órgãos e sistemas, as medidas de resiliência devem ser multidimensionais e considerar um amplo espectro de resultados. Atualmente, intervenções holísticas que melhoram a função física, psicológica e cognitiva parecem particularmente promissoras para aumentar a resiliência. A identificação de biomarcadores de resiliência representa uma estratégia necessária para melhorar a compreensão das trajetórias heterogêneas de saúde após eventos estressantes.

Comentário: Com o aumento vertiginoso do número dos muito idosos, uma questão recorrente é a razão pela qual alguns têm um envelhecimento expressivo, com boa qualidade de vida, enquanto outros, com menos fatores estressores, têm um envelhecimento pior. Para auxiliar indivíduos com baixa resiliência, é preciso antes entendê-los e diagnosticá-los.

BAIXA CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA ASSOCIADA A PROVÁVEL SARCOPENIA EM IDOSOS QUE VIVEM NA COMUNIDADE: ACHADOS DO ENGLISH LONGITUDINAL STUDY OF AGEING



A sarcopenia é caracterizada pela perda acelerada de força, massa e função muscular no envelhecimento. Com o envelhecimento da população, ela tem se tornado um importante problema de saúde pública, com evidências emergentes de uma carga desproporcional em áreas de baixa condição socioeconômica.

O objetivo dessa pesquisa era estimar a prevalência de provável sarcopenia de acordo com a Posição Socioeconômica (PSE) e explorar a associação entre marcadores de PSE e provável sarcopenia através da análise transversal dos dados do English Longitudinal Study of Ageing (ELSA).

A pesquisa incluiu 6.052 idosos participantes do estudo com 60 anos ou mais. A sarcopenia provável foi identificada pelas diretrizes EWGSOP₂, como baixa força de prensão palmar (mulheres <16kg e homens <27kg) ou baixo desempenho no teste de levantar-se da cadeira (completar 5 subidas da cadeira >15 segundos). A posição socioeconômica foi defi-

nida pela escolaridade e status social subjetivo (SSS). A análise de regressão multivariada ponderada foi empregada para identificar os determinantes da provável sarcopenia.

Mais de um terço dos idosos preencheu os critérios para provável sarcopenia (33,7%; ponderado, 36,1%) na população de estudo com idade média de 70,7 (DP 7,7) anos. Quando examinada por PSE, a prevalência de provável sarcopenia foi mais de duas vezes maior em adultos nos grupos PSE mais versus menos desfavorecidos (47,0% vs 20,6%, respectivamente, $p < 0,001$). A análise de regressão multivariada identificou PSE desvantajoso, conforme medido por escolaridade e SSS, como preditores independentes de provável sarcopenia, juntamente com idade avançada, inatividade física, IMC abaixo do peso, condições crônicas, osteoartrite e etnia de grupo minoritário.

A baixa condição socioeconômica foi associada a uma probabilidade aumentada de potencial sarcopenia quando controlada por outros fatores de risco conhecidos. Os resultados sugerem uma necessidade e oportunidade para estratégias de prevenção e tratamento da sarcopenia para abordar a baixa condição socioeconômica nas políticas e práticas.

Comentário: Com o rápido envelhecimento da população, a sarcopenia torna-se um problema de saúde pública, pois compromete o envelhecer bem, aumentando morbimortalidade. A baixa condição socioeconômica, que interfere em vários fatores, como escolaridade, nutrição, acesso a sistema de saúde, mostrou-se um fator de risco.

EXPLORANDO A RELAÇÃO ENTRE QUEDAS EM RESIDENTES DE ILPI E PRESCRIÇÃO DE PSICOATIVOS



Quase metade dos pacientes residentes em ILPI sofre uma queda por ano. As quedas vêm associadas a significativa morbidade e mortalidade a essa população, e uma proporção de quedas pode ser considerada evitável. Há uma variedade de fatores de risco ligados às quedas, muitos dos quais não são modificáveis.

Nesse sentido, tem havido um foco crescente na relação entre medicamentos psicotrópicos e quedas, já que isso é visto como um fator de risco potencialmente modificável. O artigo analisa alguns dos desafios clínicos no equilíbrio entre estratégias de mitigação do risco de quedas e o manejo dos

sintomas comportamentais e psicológicos da demência.

Os medicamentos psicoativos são definidos como agentes que afetam o humor, a percepção, a cognição, o comportamento ou a consciência como resultado de alterações no funcionamento do sistema nervoso central. Em 2016, um estudo observacional com mais de 2 mil residentes de ILPI relatou um aumento de três vezes na incidência de quedas naqueles que receberam doses programadas de medicamentos psicotrópicos, com risco aumentado mesmo para pacientes que receberam medicamentos conforme necessário. A relação entre quedas e prescrição de psicoativos é particularmente importante, uma vez que os idosos comumente recebem prescrições para medicamentos com propriedades psicoativas.

Condições e sintomas psiquiátricos são comuns no idoso, ainda mais em ILPI, e isso se reflete nas altas taxas de prescrição de psicoativos. Existem desafios significativos para fornecer prescrição psicoativa adequada, racionalizada e eficaz para os pacientes, e as evidências até o momento sugerem que os pacientes estão sofrendo danos significativos devido ao uso excessivo desses agentes.

É necessária uma abordagem multifatorial, que deve incluir o uso de abordagens não medicamentosas para mitigar os sintomas de neuropsiquiátricos, tempo e educação para os médicos revisarem as práticas de prescrição e o desenvolvimento de equipes multidisciplinares para revisões de prescrição e polifarmácia que incluam farmacêuticos clínicos. Essa abordagem colaborativa precisará de investimento e apoio dos formuladores de políticas, mas, em última análise, facilitará a tomada de decisões desafiadoras que podem melhorar o atendimento ao paciente.

Comentário: Trata-se de um artigo muito importante, pois mostra a realidade das ILPI, onde existe comumente o uso indiscriminado de medicamentos psicoativos, levando ao aumento do número de quedas entre os residentes, caracterizando iatrogenia. A boa notícia é que se trata de um fator de risco modificável.

Para comemorar seus dez anos, a revista *Aptare* lançou o projeto **EXPEDIÇÃO LONGEVIDADE**

A expedição visitou as blue zones, regiões conhecidas por suas populações longevas, para trazer aos nossos leitores o que há de mais novo no universo do envelhecimento.

FICOU CURIOSO? Então siga nosso perfil no Instagram @aptare360 e acompanhe todas as atualizações sobre a nossa expedição!

EXPEDIÇÃO
LONGEVIDADE
Aptare

APOIO

UNIFESP



DIGG

DISCIPLINA DE GERIATRIA
E GERONTOLOGIA



Sociedade Brasileira de
Geriatria e Gerontologia



Toniolo
Saúde

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO é destaque do CBGG 2023

O retorno do congresso ao modelo presencial reuniu especialistas do Brasil e do exterior para discutir temas relevantes sobre o envelhecimento

Por **Silvia Sousa**

Ikigai é um conceito japonês que significa “a razão de viver”. Foi com essa palavra japonesa e nesse clima que ocorreu a abertura do 23º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia (CBGG), que aconteceu entre os dias

23 e 25 de março, no Expo Center Norte, em São Paulo. Pesquisadores, especialistas, profissionais da área de saúde e estudantes se reuniram para três dias de muita troca de conhecimento e discussões sobre o envelhecimento e o enve-



“ Não somos um país de jovens. Estamos envelhecendo melhor, os idosos estão mais ativos, porém, esse dado é heterogêneo. Países em desenvolvimento e países desenvolvidos têm características distintas.

lhecer saudável. E por que *ikigai*? Com muita sabedoria, a estudante Isabella Yoshioka lembrou desse conceito na sua redação, que levou o primeiro lugar no concurso realizado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), organizadora do evento. A partir desse termo, ela frisou o respeito que o povo japonês tem pelos idosos, que são vistos como exemplo, e cobrou por que outras sociedades não seguem esse modelo. Em seu texto, emocionante, ela mostrou o quanto o conhecimento dessas pessoas pode servir como aprendizado para outras camadas da população e que, para isso acontecer, basta manter uma mente mais aberta e incentivar a inclusão.

O alerta, vindo de uma estudante de ensino médio, ganha ainda mais importância quando analisamos a evolução da população idosa no Brasil, que ano após ano vem crescendo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de crescimento da população com mais de 60 anos foi de 4% ao ano na década de 2012 a 2022, o que caracteriza esse segmento como o que mais aumenta na população brasileira. Em números absolutos, o Brasil tem 30 milhões de pessoas 60+, o que equivale a 14% da população total do país em 2020. As projeções indicam que em 2030 o número de pessoas idosas superará o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em aproximadamente 2,28 milhões. Já em 2050, a população idosa representará cerca de 30% dos brasileiros, enquanto as crianças e os adolescentes serão 14%.

Esses números levantam o alerta sobre a necessidade de

olhar para essa população com mais atenção e cuidado. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estamos na Década do Envelhecimento Saudável, que foi decretada justamente para mostrar que governo, sociedade civil, organismos internacionais, profissionais de saúde, instituições acadêmicas, setor privado e meios de comunicação devem agir juntos para melhorar a vida das pessoas com mais de 60 anos.

É preciso colocar em pauta o acesso à saúde, ao saneamento básico, à educação, ao trabalho e renda e ainda jogar luz sobre a violência contra a pessoa idosa. Esses e outros assuntos estiveram em pauta nesta edição do CBGG. Os cerca de 3,5 mil congressistas tiveram a oportunidade de participar de mais de 600 palestras, workshops, sessões de educação continuada e mesas-redondas, que colocaram a pessoa idosa no lugar de protagonismo.

Na cerimônia de abertura, o médico argentino José Ricardo Jauregui, presidente da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria (IAGG), falou sobre o tema central do CBGG 2023 – “Dos cinco I’s aos cinco M’s: da evolução de conceitos à evolução do cuidado”. Os cinco I’s tratam de ideias clássicas da medicina sobre as síndromes mais comuns na pessoa idosa. São elas: instabilidade postural, imobilidade, incontinência, iatrogenia e incapacidade cognitiva. O médico lembrou que Bernard Isaac, professor de medicina geriátrica na Universidade de Birmingham, no Reino Unido, já falava, em 1965, que esses são sintomas comuns para muitas condições de pacientes idosos, que resultam em incapacidade significativa e utilização de serviços médicos e de assistência social. “Ele já falava sobre capacidade intrínseca. Hoje, a OMS destaca isso”, afirmou Jauregui. Capacidade intrínseca, de acordo com a OMS, é o composto de todas as capacidades físicas e mentais de um indivíduo, levando em consideração habilidades como locomoção, vitalidade (energia e equilíbrio), cognitivo, psicológico e sensorial (visão e audição).

Já os 5 M’s surgiram em 2017, concebidos pela médica americana Mary Tinetti, professora de medicina e saúde pública na Universidade de Yale. Eles se referem aos aspectos essenciais que devem ser abordados no atendimento ao idoso. São eles: mente, medicação, mobilidade, multicom-

plexidade e “mais importante para mim” (engloba os desejos e objetivos relacionados à saúde de cada indivíduo que devem ser respeitados pelos profissionais).

Jauregui também ressaltou a importância de abordagens geriátricas adequadas para o público idoso. “Nas últimas décadas criaram muito conteúdo e divulgaram abordagens baseadas em evidências científicas, mas a geriatria continua subestimada. Ainda temos muitos países sem abordagem correta de geriatria”, disse o presidente da IAGG. Ele fez um apelo aos profissionais de saúde: “Precisamos nos comunicar melhor. Somos especialistas em complexidades, mas ruins em comunicação”.

Capacidade intrínseca

A capacidade intrínseca foi um dos temas discutidos no CBGG. Na mesa-redonda sobre envelhecimento e multimorbidade, o médico Charlys Barbosa Nogueira, presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção Ceará, lembrou do documento da ONU sobre a Década do Envelhecimento Saudável, em que o foco está nas habilidades do idoso e não nas doenças que podem afetá-lo. Isso reforça a importância de olhar para a população idosa com ainda mais atenção. “Não somos um país de jovens. Estamos envelhecendo melhor, os idosos estão mais ativos, porém, esse dado é heterogêneo. Países em desenvolvimento e países desenvolvidos têm características distintas”, explicou o médico.

E se a ideia é melhorar a qualidade de vida, a atividade física se mostra como uma das mais poderosas ferramentas para a pessoa idosa. O pesquisador Daniel Vicentini de Oliveira, doutor em gerontologia, mostrou quanto a atividade física direcionada à pessoa idosa é positiva, com a possibilidade de o indivíduo até mesmo se tornar um atleta sênior – algo que nem sempre é cogitado. “Existe um etarismo, pois acredita-se que a pessoa idosa não pode fazer exercício”, alerta Oliveira.

Segundo ele, a prática contínua de exercícios resistidos com progressão de carga para membros superiores e inferiores, duas vezes por semana, com 48 horas de repouso, já é capaz de, além de melhorar o físico, reduzir o processo inflamatório, proteger o declínio cognitivo, melhorar a postura e o equilíbrio e, conseqüentemente, prevenir quedas.

Claro que isso não é garantia de uma vida longa, mas as pesquisas vêm mostrando que idosos que treinam têm suas habilidades preservadas por mais tempo. Isso significa, por exemplo, que eles também sofrerão perda de massa muscular ao longo do tempo, assim como diminuição da capacidade pulmonar – quadros comuns no avanço da idade –, porém, em velocidade reduzida.

Segundo Vicentini, ainda que a atividade física no idoso ofereça alguns riscos, como lesões cardiovasculares e ortopédicas, não é preciso treinar como um atleta para colher os benefícios, que são definitivamente maiores que os riscos. “Fazer um exercício orientado, com os cuidados necessários, associado a bons hábitos já é suficiente para envelhecer com mais qualidade de vida e bem-estar”, ressalta.

A falta da prática regular de exercícios físicos é, inclusive, uma das causas da sarcopenia, que é a perda progressiva da massa muscular generalizada que ocorre com o avanço da idade. Associados ao sedentarismo, ainda existem outros fatores de risco, como o excesso de peso, a alimentação inadequada e o próprio desuso da musculatura. Um idoso que não se movimenta e passa muitas horas sentado ou deitado vai perdendo a massa muscular de maneira mais rápida do que aquele que faz alguma atividade física. Vale lembrar que os resultados são a longo prazo, depois de seis meses geralmente. Por isso a necessidade de intervenção imediata no caso da pessoa idosa. Quanto antes ela começar, mais benefícios terá.

Na palestra ABC da Sarcopenia, o geriatra Virgílio Garcia Moreira reforçou que essa perda de massa muscular traz uma preocupação grande quando pensamos nas necessidades básicas da rotina. “A massa muscular tem relação com a força muscular e, conseqüentemente, com o desempenho funcional. Assim, a sarcopenia é uma porta de entrada para distúrbios indesejados, desde os intracelulares até a qualidade de vida do idoso. A alteração em qualquer um desses itens tem ligação com a morte na sociedade. Os médicos precisam ficar atentos a isso”, explica Moreira.

Para o rastreamento da sarcopenia, que deve ser feito já na atenção primária, existem estratégias que podem ser facilmente implementadas. A primeira delas é a aplicação do questionário SARC-F, que por meio de perguntas simples avalia o risco de sarcopenia da pessoa no ambiente clínico.

“Antigamente, a violência contra a pessoa idosa era só questão familiar. Esse assunto se manteve encoberto até metade do século 20, mas hoje sabemos que esse problema é também responsabilidade dos profissionais de saúde, que devem agir e notificar.

Depois disso, orienta-se fazer a medição da força da preensão palmar. Pelo site handgrip.com.br, uma realização do GeronLab, na UFRJ, o profissional acompanha as medições dos pacientes a partir de métricas científicas. Também sugere-se avaliar a velocidade da marcha e fazer a medição da panturrilha. Exames como o de bioimpedância (BIA) ou o de Composição Corporal (DEXA), que são feitos em laboratórios, são outras ferramentas usadas para fechar o diagnóstico. “O mais importante é que esse paciente seja acompanhado em séries temporais. Tem que mostrar os resultados para ele, mostrar que a força está melhorando e fazer a comparação dele com ele mesmo”, ensina o geriatra.

A suplementação adequada também deve ser associada aos exercícios. Os brasileiros têm o hábito de comer proteínas, o que dá uma falsa impressão de que estão se alimentando bem – no entanto, o consumo de proteínas, um dos principais combustíveis para os músculos, é insuficiente.

O uso da vitamina D associado a leucina pode ser uma estratégia que tem mostrado melhora da contração do músculo e, como consequência, da força muscular, assim como a creatina administrada no dia do treino. Mas vale um alerta: “Não adianta suplementar sem corrigir hábitos alimentares. Primeiro vem a alimentação adequada e só depois vem a suplementação”, diz o médico Marcelo Valente, professor da Faculdade de Medicina do ABC.

A intervenção farmacológica também foi levantada pelos especialistas. Mas ainda há uma dificuldade para defi-

nir se o uso de medicamentos é, realmente, válido, pois não existem estudos apenas com pacientes sarcopênicos, mas sim com aqueles que, além da sarcopenia, apresentam doenças como câncer, doença pulmonar, doença renal, entre outras. “Temos apenas alvos para o futuro”, diz Valente.

No rol desses alvos está a possibilidade do uso da testosterona, de remédios que agem sobre a grelina, bloqueadores da ativina, derivados da folistatina e remédios inibidores da miostatina, que é uma proteína que limita o desenvolvimento do músculo. Mas ainda são necessários mais estudos com grupos específicos de sarcopênicos para saber se essa intervenção farmacológica, realmente, faz sentido.

Ossos também precisam de atenção

Assim como os músculos são importantes para manter a mobilidade da pessoa idosa, os ossos também têm o seu papel de destaque. “Quando um osso está fraco, a pessoa também tem menos massa muscular. Músculo fraco, osso fraco. Uma coisa leva à outra”, diz a geriatra Thais Cano Miranda Nóbrega. E esse assunto é bem sério. As estimativas sugerem que até 2050 teremos 300 milhões de pessoas com mais de 50 anos em todo o mundo com alto risco de fratura causada pela fragilidade óssea. A cada ano, segundo o IBGE, 180 mil brasileiros sofrem fraturas femorais causadas por osteoporose. E mais: o número de fraturas no quadril ocasionadas também pela fragilidade deve aumentar em até 32% nos próximos 25 anos só no Brasil. Além dos altos custos para os sistemas de saúde – em 2018, as fraturas causadas por osteoporose custaram ao Brasil cerca de 310 milhões de dólares –, isso representa riscos à qualidade de vida e aumento da morbidade da pessoa idosa.

De acordo com a geriatra Thais, o exame mais acessível para detectar essa fragilidade é a densiometria óssea, que é um exame não invasivo, simples, de baixo custo, baixa radiação e que permite fazer uma avaliação para o tratamento adequado. A médica, porém, faz dois alertas. O primeiro é que o exame, apesar de aceitável, não é perfeito. “Ele é 2D e não 3D e só analisa a densidade dos ossos. E os resultados de máquinas diferentes não podem ser comparados. Não dá para ter certeza se o dado é fiel.” O segundo alerta é que mesmo uma densiometria óssea considerada normal merece uma avaliação mais detalhada. “Pacientes com densio-

metria normal e que sofrem alguma fratura precisam ser avaliados por outros marcadores de fragilidades. E, mesmo naqueles que não apresentam fraturas, é importante pensar na prevenção de futuras fraturas”, diz.

Thais sugere que, junto com a densiometria óssea, seja aplicado o FRAX, um questionário que gera um algoritmo que analisa os riscos de fratura em pessoas de 40 a 90 anos nos próximos dez anos. Já validado para os brasileiros, uma vez que os resultados mudam de acordo com as diferenças étnicas, o FRAX aponta os riscos a partir de fatores clínicos tanto para homens como para mulheres. Ele considera itens como fraturas ocorridas, uso de glicocorticoides, tabagismo, álcool, osteoporose secundária e artrite reumatoide. “Com esses dados, tem-se o resultado. O paciente com alto risco tem que receber o tratamento adequado, mesmo que a densiometria esteja normal”, avisa a geriatra Thais.

A professora Leani Souza Máximo Pereira, membro do Fragility Fracture Network Brasil (FFN Brasil), salientou a importância da intervenção adequada antes mesmo de a primeira fratura acontecer – ou, caso isso ocorra, atuar para que essa primeira fratura seja a última. Ela também recomenda encarar a fratura não apenas como uma lesão, mas como uma oportunidade para avaliar doenças, como a osteoporose, e fatores de risco, tais como o sedentarismo, diminuição da estatura, comorbidades, cifose torácica, sarcopenia, alterações funcionais, que podem estar por trás daquele osso quebrado. “Precisamos ficar atentos porque a fratura por fragilidade é um evento sentinela. Vem uma e depois vêm outras”, diz Leani.

As demências no Brasil

Outro assunto debatido durante o CBGG foram as demências no Brasil. Em sua apresentação, a professora Cláudia Suemoto, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), mostrou que metade das pessoas com demência vive em países como o Brasil e esse número tende a aumentar, chegando a 70%. De acordo com o estudo Elsi-Brasil, em 2019 havia 1.757.480 idosos com demências no país, o que equivale a 5,8% da população com mais de 60 anos. E a estimativa, apurada pelo estudo Global Burden Disease (GBD), é que em 2050 o Brasil terá 5,7 milhões de pessoas com algum tipo de demência. “A tendência é que

esse número aumente de maneira exponencial com o envelhecimento, pois a prevalência vai dobrando a cada cinco anos de idade da pessoa”, revela Cláudia.

Lidar com esse número tão alto exige um controle rigoroso, pois o risco de demência se constrói ao longo da vida. Quando uma demência dá sinal, significa que ela já havia começado a se instalar uma década antes. Esse número é observado principalmente em países de baixa e média rendas, impulsionado, possivelmente, pela baixa reserva cognitiva e alta frequência – e baixo controle – dos fatores de riscos cardiovasculares.

De acordo com os dados coletados pelo BioBanco para Estudos do Envelhecimento da FMUSP, a maioria das pessoas com doenças cerebrovasculares, como a demência vascular, apresenta lesões no cérebro que permitiriam a prevenção. Além disso, cerca de 25% das pessoas com cognição normal apresentam algum diagnóstico neuropatológico relacionado à demência.

Isso levanta uma outra questão, que é a importância de olhar com atenção para as reservas cognitivas. Hoje considerar o estilo de vida dos pacientes é fundamental. Sabe-se que, além dos fatores de risco – como idade, sexo (homens têm mais demência, embora a prevalência da doença de Alzheimer seja maior em mulheres), raça (prevalência mais alta entre indivíduos pretos e hispânicos) e a presença da proteína 4 (APOE4) –, há outros fatores considerados modificáveis que também elevam o risco das demências. Alguns estão ligados diretamente ao estilo de vida, como obesidade, diabetes, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, sedentarismo, tabagismo, inflamação crônica e dieta não saudável (consumo excessivo de ultraprocessados). A baixa escolaridade é outro fator de risco e que está diretamente ligada às reservas cognitivas. Nos Estados Unidos, a média de escolaridade da população idosa é de doze anos. Aqui é de quatro anos apenas. “Isso coloca nossos idosos em vulnerabilidade cerebral”, alerta Cláudia.

Já o professor Einstein Francisco de Camargos, da Universidade de Brasília, salientou a importância do sono adequado e reparador na prevenção das demências. Isso porque é nesse momento que o sistema glinfático entra em ação. Atuando no cérebro, esse sistema faz uma espécie de limpeza do sistema nervoso central, inclusive a proteína be-

ta-amiloide. “Um sistema glinfático deficitário leva a maior agregação de proteínas, que desencadeia neuroinflamação, neurodegeneração e pode levar à demência. Os estudos sobre o sistema glinfático têm aumentado muito. A perspectiva é buscar fatores que o façam trabalhar melhor”, explica.

Mais uma vez, o estilo de vida aparece como uma importante forma de prevenção das demências. A pesquisadora Claudia Suemoto chama a atenção para a necessidade de mudar as políticas públicas para prevenir essas doenças. “Envelhecimento é poupança. Temos que criar reservas para suportar essas demências. Quanto antes atuarmos, mais sucesso vamos ter”, conclui.

Autonomia da pessoa idosa

Se um dos pilares do CBGG foi colocar o respeito à pessoa idosa em pauta, a sua autonomia não poderia ficar de fora. Um marcador dessa autonomia é o morar sozinho. Só no estado de São Paulo há 300 mil idosos morando sozinhos e, destes, 17 mil têm mais de 90 anos. Esse número só tende a crescer.

Apesar de o morar sozinho não ser um problema, é um fato que merece atenção por parte da família e dos profissionais de saúde, principalmente quanto à segurança dessas pessoas idosas. Uma pesquisa realizada pelos estagiários do curso de gerontologia da USP com 24 idosos que frequentam o espaço de convivência do Centro de Referência do Idoso (CRECI), em São Paulo, mostrou que 15 deles moravam sozinhos; 11 já tinham sofrido algum tipo de queda (as mais comuns são em calçadas e no banheiro de casa); 13 já tinham passado por situação de violência, sendo a mais comum a violência verbal. Diante disso, os profissionais orientam que a melhor maneira de avaliar se ainda é possível que uma pessoa idosa more sozinha é ter a escuta atenta e observar os limites.

“A pessoa não consegue fazer todas as atividades sozinha, precisa de alguém. O que fazer? É necessário ter cautela para dar sugestões. Se a pessoa tem um declínio cognitivo grave, por exemplo, se ela se perde na rua, deve-se conversar e mostrar os riscos, mas tudo com muito respeito e preservando a dignidade do indivíduo. Essas questões precisam, inclusive, fazer parte do atendimento clínico”, afirma a assistente social Maria Accioly Domingues, douto-

ra em saúde pública. Ela ainda diz que o idoso precisa saber com quem ele pode contar, pois isso permite que ele mantenha a sua liberdade, mas também tenha uma vida com mais segurança. Ou seja, ele pode fazer o que quiser, exercer a sua autonomia, porém, cercado de cuidados.

Violência contra a pessoa idosa

Essa segurança quanto ao idoso permeia, claro, todo o ambiente em que ele vive e circula no que diz respeito aos cuidados, mas também é necessário considerar a violência contra esse grupo etário. No estudo conduzido no CRECI, observou-se que quase a metade dos idosos já havia passado por alguma situação de violência.

“Antigamente, a violência contra a pessoa idosa era só questão familiar. Esse assunto se manteve encoberto até a metade do século 20, mas hoje sabemos que esse problema é também responsabilidade dos profissionais de saúde, que devem agir e notificar”, avalia Marília Viana Berzins, presidente do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE).

Vale lembrar que a violência contra o idoso não se manifesta apenas em agressões físicas ou verbais. Qualquer ação que cause danos ou sofrimento àquela pessoa é uma agressão, seja física, psicológica, sexual, estrutural, uma negligência ou um abandono. Nesse sentido, uma pessoa que não oferece o assento no transporte público à pessoa idosa está cometendo uma violência, por exemplo.

De acordo com os especialistas, 15,7% da população idosa passa por algum tipo de violência que, na maioria das vezes, é cometida pelos próprios familiares, como parceiros, filhos, genros, noras e netos. “O próprio idoso acha que é normal ser maltratado”, diz Marília.

A pergunta diante desse cenário é “O que fazer?”. Segundo o promotor de Justiça Alexandre de Oliveira Alcântara, especialista em gerontologia pela SBBG, é preciso cuidar com inovação. Isso inclui levar conhecimento ao jovem, para que ele quebre preconceitos e estigmas acerca da pessoa idosa, e a realização de seminários de capacitação dos gestores e colaboradores para mudar a ideia de que ILPI são locais de sofrimento e não de acolhimento, além de outras iniciativas.

Já a juíza Monize da Silva Freitas Marques, coordenado-

“Envelhecimento é poupança.
Temos que criar reservas para
suportar essas demências.
Quanto antes atuarmos,
mais sucesso vamos ter.

ra da Central Judicial do Idoso, de Brasília (DF), apresentou o projeto Parentalidade Prateada, que tem como principal objetivo assegurar os direitos dos idosos por meio de, entre outras ações, a mediação de conflitos. “Antes da punição precisamos chamar para uma conversa. Nós conseguimos quase 80% de acordo, só com reflexão, exercendo a empatia pelo outro”, explica a juíza. O projeto ainda prevê a produção de pesquisas sobre o envelhecimento. “O tempo de falar sobre isso é o agora. Desde a infância temos que ser preparados para buscar essa conscientização acerca do respeito e da boa convivência com a pessoa idosa. Esse assunto é de todos”, alerta Monize.

Retardar o envelhecimento é possível?

Se a ideia é melhorar a qualidade de vida, então a medicina não deveria focar apenas em doenças e passar a pensar em como melhorar a vida das pessoas idosas. Será que retardar o envelhecimento é possível? Apesar de não existir a pílula mágica, hoje já há pesquisas que apontam um caminho para se viver mais e com saúde.

Muitos fatores vêm sendo estudados, e um campo que vem chamando a atenção é a geroscience, um campo de pesquisa que visa a conectar a biologia do envelhecimento com a biologia das doenças, colocando a idade como maior fator de risco. Apesar de muitas pessoas colocarem a geroscience como uma maneira de prolongar a vida e buscar a juventude eterna, seu principal objetivo é a busca pela saúde e prevenção de doenças.

Um dos marcos do envelhecimento biológico é a senescência celular, processo em que a divisão celular para de acontecer, fazendo com que não haja mais substituição das

células. Porém, essas células, chamadas de senescentes, permanecem viáveis e metabolicamente ativas, podendo causar inflamação local e sistêmica, fibrose tecidual, inibição do sistema imunológico e disfunção das células-tronco.

Esse não é um assunto novo na geriatria. Desde 1961, pesquisadores já falavam em células senescentes. A novidade, porém, são as estratégias senoterapêuticas que incluem os senolíticos (reduzem o número das células senescentes, mantendo o tecido saudável) e os xenomórficos (suprimem tantos os fatores de crescimento quanto o acúmulo de células senescentes). Entre os senolíticos de primeira geração estudados há o dasatinibe, a quercetina e a fisetina, além da combinação de dasatinibe + quercetina (D+Q).

De acordo com a geriatra Ana Cristina Speranza, os estudos estão em fase 1 e 2 e mostraram resultados promissores na eliminação de células senescentes e no alívio de várias doenças em modelos animais. Porém, ainda precisam ser realizados grandes ensaios clínicos randomizados para garantir a segurança dos ensaios clínicos iniciais. “As pesquisas estão acontecendo de uma maneira muito acelerada e precisamos estar atentos a isso”, afirma Ana Cristina.

Outro marco do envelhecimento são as alterações epigenéticas. A epigenética é um campo de pesquisa que investiga como os estímulos ambientais podem ativar os genes e mudar o funcionamento do organismo. Uma série de estudos vem sendo realizada para descobrir candidatos a possíveis intervenções epigenéticas. Entre eles está a restrição calórica, os próprios senolíticos, o uso da rapamicina e da metformina e o resveratrol. Porém, todos os estudos foram feitos apenas em animais. “Ainda não há estudo clínico sobre longevidade, portanto é bastante precoce levar qualquer droga para a prática clínica”, revela o pesquisador Otávio de Toledo Nóbrega, professor da Universidade de Brasília.

Por mais que haja estudos e também intervenções que melhorem a qualidade de vida, uma receita básica ficou muito clara durante o CBGG: uma dieta equilibrada aliada à prática de exercícios físicos e sono adequado ainda são as melhores intervenções a serem adotadas ao longo da vida. “As intervenções no estilo de vida são os principais pilares hoje e ainda serão no futuro. Não existe pílula mágica”, finaliza o geriatra Marcelo Valente. **A**

MUSICOTERAPIA na doença de Alzheimer



MAURO PEREIRA AMOROSO ANASTÁCIO JÚNIOR Musicoterapeuta pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (2014), doutorando em gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas, mestre em ciências pelo programa de Gerontologia da Universidade de São Paulo (2019), bacharel em música pela Universidade Estadual de Campinas (2008). Atuou como secretário da Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia do Estado de São Paulo e da União Brasileira das Associações de Musicoterapia. Docente de pós-graduação da Faculdade Censupeg, das Faculdades Metropolitanas Unidas, do Centro Biomédico da Música e da Faculdade Unise.



DEUSIVANIA VIEIRA DA SILVA FALCÃO Professora da Universidade de São Paulo (USP). Realizou pós-doutorado em psicogerontologia pela University of Central Flórida (Estados Unidos). Doutora em psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), onde efetuou estágio de pós-graduação no Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e com a Doença de Alzheimer (DA), situado no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Mestre em psicologia social e graduada em psicologia (licenciatura / formação em psicologia clínica) pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). É pesquisadora colaboradora do Laboratório de Neurociências (LIM-27) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Imagem: divulgação

A doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de demência, compreendendo cerca de 60% a 80% dos casos. Pode ser descrita como uma doença neurodegenerativa crônica que afeta habilidades como a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, entre outras. Também está associada a sintomas comportamentais e psicológicos, afetando não apenas a pessoa acometida pela doença, mas, também, os cuidadores e familiares. Tipicamente, o impacto na memória recente está presente nos primeiros sinais da DA, piorando progressivamente à medida que a doença se agrava.¹

Ainda não há possibilidade de cura ou que impeça sua

progressão, contudo, diferentes tratamentos não farmacológicos podem facilitar a manutenção de sintomas.² Entre eles, a musicoterapia se destaca nesse contexto como uma intervenção acessível e centrada na pessoa, que propõe experiências sonoro-musicais com impactos positivos para o indivíduo, cuidadores e familiares.

A musicoterapia no contexto da doença de Alzheimer

A música está presente durante toda a trajetória de vida. Atende a uma variedade de funções e necessidades, sejam elas de natureza emocional, cognitiva, motora ou social.

Como exemplos, podemos citar a música nas brincadeiras, a música utilizada para favorecer aprendizados e comportamentos em ambiente escolar, a música associada à atividade física, concentração, lazer ou relaxamento. Como recurso mnemônico, é utilizada há muito tempo no auxílio à memória ou a novos aprendizados.

No tratamento da pessoa com demência, muitas intervenções musicais são comumente aplicadas. Além da musicoterapia, podemos citar, também, as técnicas denominadas “música e memória”³ e “música com movimento”.⁴ Contudo, é importante diferenciar a musicoterapia das demais intervenções com música que não se fundamentam nos conceitos da musicoterapia.

De forma geral, as memórias podem ser evocadas por meio do emprego do repertório musical autobiográfico,⁵ pois é comum que diversos momentos marcantes de nossa vida tenham sido acompanhados por alguma memória musical. Nesse sentido, nosso cérebro está constantemente armazenando memórias e emoções associadas à música, e o resgate desse repertório por meio de intervenções musicais tem sido cada vez mais investigado por seus benefícios.

A musicoterapia pode ser descrita como uma ciência que, em sua prática, é aplicada a partir de demandas individuais, sempre considerando aspectos biopsicossociais e culturais que vão além do diagnóstico. No caso do paciente com DA, indica-se também que o atendimento seja oferecido de forma colaborativa e multiprofissional para que os objetivos clínicos sejam alinhados.

Nesse contexto, a musicoterapia dispõe de diferentes estratégias possíveis, porém, algumas são utilizadas com maior frequência. Por meio do método da recriação vocal, por exemplo, o paciente pode entoar canções que fizeram parte de sua vida, participar de grupos corais ou aprender melodias vocais que estimulem conexões neurais.⁶ Por outro lado, variações do método receptivo também oferecem bons resultados, tais como a audição para relaxamento, a audição para estimulação (de sentidos), a reminiscência através da canção, ou mesmo o *entrainment*, quando o ritmo musical é utilizado para provocar sincronia nas respostas corporais, organizando o movimento.⁶

De forma geral, os métodos empregados são acessíveis e pouco invasivos e, a partir do repertório autobiográfico, promovem o resgate e a valorização da identidade. Quan-

do aplicados adequadamente por um profissional qualificado, podem melhorar o desempenho em testes cognitivos e comportamentais,⁷ retardar o progresso do declínio cognitivo,⁸ favorecer a conexão mais ativa do indivíduo com seu entorno e melhorar a expressão de emoções.⁹

Reforça-se que o declínio cognitivo nesse caso está associado à morte de células cerebrais e à atrofia cerebral. Nesse sentido, não se espera que as intervenções musicoterapêuticas poderão reverter esse processo. Contudo, quando os indivíduos diagnosticados com DA se concentram na música, a ansiedade é mais controlada, e isso poderá melhorar os resultados no desempenho em testes cognitivos.¹⁰

De qualquer forma, a experiência musical ativa redes bilaterais muito complexas e amplas de áreas corticais e subcorticais. Essas redes participam em diversas funções neurológicas, incluindo as auditivas, cognitivas, sensório-motoras e emocionais.¹¹ O impacto emocional e o prazer associados ao repertório de preferência são parte muito importante desse processo, pois esse repertório ativa uma rede de áreas límbicas e paralímbicas dopaminérgicas, incluindo áreas do mesencéfalo, núcleo accumbens, amígdala, hipocampo, córtex cingulado e córtex orbitofrontal, que são áreas do sistema de recompensa.¹²

Para a pessoa com DA, esses resultados são possíveis porque a memória musical permanece parcialmente preservada mesmo nos estágios mais avançados da doença, estando localizada em regiões menos afetadas por distúrbios metabólicos e perda de células nervosas.¹³ De acordo com Jacobsen *et al.*¹⁴, a codificação neural de músicas familiares envolve regiões denominadas córtex cingulado anterior e área motora suplementar (responsável por movimentos motores complexos). Essas regiões são relativamente preservadas em pessoas com DA e estão relacionadas a emoções evocadas pela música.¹⁵

Isso possibilita que memórias episódicas (episódios e eventos) com conteúdo afetivo sejam acessadas mais facilmente através da experiência musical mesmo que a música não esteja relacionada a esses eventos. Esse processo contribui para que o indivíduo com DA preserve seu senso de identidade pessoal por mais tempo e esteja mais “presente”, mediando e possibilitando interações sociofamiliares mais significativas.¹⁶

A prática indireta da musicoterapia: repercussões nas relações familiares das pessoas com a doença de Alzheimer

Além de atuar diretamente com o paciente diagnosticado com DA, o musicoterapeuta também pode compartilhar conhecimentos com o cuidador e oferecer suporte às relações do indivíduo diagnosticado. Segundo McDermott *et al.*¹⁷, a prática de musicoterapia indireta e o compartilhamento de habilidades do musicoterapeuta podem ser uma forma de contribuir para o desenvolvimento adicional do tratamento da demência.

O termo “prática indireta da musicoterapia” foi descrito primeiramente por Bunt e Stige¹⁸ e sugere que o terapeuta compartilhe formas de utilizar a música para ajudar nos cuidados diários com os cuidadores após o fim da musicoterapia direta (com o musicoterapeuta). Esse treinamento pode ser uma parte importante dessa prática, em que o musicoterapeuta poderá exemplificar como as interações musicais podem ser integradas nas atividades e/ou na comunicação.

Contudo, é necessário avaliar bem ao decidir quando apoiar o uso da música pela equipe e por familiares de pessoas com DA. É responsabilidade do musicoterapeuta atender às demandas do indivíduo que apresenta sintomas comportamentais e psicológicos graves, mas também é importante apoiar a equipe. Recomenda-se, assim, desenvolver um relacionamento com o cuidador, para que este possa “assumir” o papel interativo quando a música é compartilhada e quando o musicoterapeuta não estiver lá. Nesse sentido, para esses autores, ensinar o cuidador e a família a utilizar a música personalizada de forma apropriada ao indivíduo pode ser uma forma de manter o bem-estar após a “musicoterapia direta”.

Em seu livro intitulado *Connecting through music with people with dementia: a guide for caregivers*, a musicoterapeuta Robin Rio ofereceu um extenso guia para cuidadores abordando formas de utilizar a música para melhorar a interação com o indivíduo com demência. Na obra, a autora apresentou técnicas para desenvolver habilidades sonoro-musicais no cuidador, que poderão ser utilizadas como ferramentas interativas.¹⁹ Essas técnicas podem incluir a utilização apropriada do repertório personalizado para a manu-

tenção de sintomas, auxílio na hora das atividades de vida diária, interação mais prazerosa, entre outras.

Ainda nesse contexto, a experiência musical também tem sido estudada e proposta por musicoterapeutas como meio para estimular o vínculo social de pessoas com DA. Esse modelo de intervenção pode proporcionar momentos prazerosos e significativos aos pacientes e seus cônjuges, por exemplo, beneficiando a qualidade das relações.²⁰⁻²²

Sabe-se que a qualidade das relações sociofamiliares é importante para a qualidade de vida de pessoas que vivem com demência. No estudo de Stedje *et al.*²⁰, casais que viviam com demência receberam a intervenção de musicoterapia no modelo domiciliar para avaliar seu impacto na qualidade da relação. A análise qualitativa identificou que as intervenções proporcionaram emoções positivas, proximidade, intimidade e comunicação. Contudo, os autores alertaram para o risco de evocar vulnerabilidades ou respostas negativas por meio da música.²⁰

Considerações finais

O objetivo deste artigo foi apresentar as possibilidades da experiência musical em musicoterapia para beneficiar a qualidade de vida da pessoa com doença de Alzheimer. De forma geral, podemos dizer que a experiência musical, quando aplicada por um profissional qualificado, de forma adaptada, pode ajudar na manutenção de manifestações neuropsiquiátricas, impactar nas respostas cognitivas e na qualidade das relações do indivíduo diagnosticado. Por outro lado, é importante diferenciar a musicoterapia, enquanto profissão, de outras intervenções musicais.

Tratando-se de uma doença com forte impacto na dimensão social, a musicoterapia também propõe intervenções que podem favorecer a interação do indivíduo diagnosticado com sua família e sua comunidade. O contato com o repertório musical autobiográfico oferece prazer e satisfação, valorizando e resgatando aspectos da identidade e contribuindo para que a pessoa esteja mais presente durante as intervenções. Isso tudo é possível, pois a memória musical permanece parcialmente preservada, sendo uma das poucas formas de acessar o indivíduo mesmo nos estágios mais avançados da doença. **A**

Referências bibliográficas

- 1 ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Alzheimer's disease facts and figures. Special report: Race, ethnicity and Alzheimer's in America. **Alzheimer's & Dementia**, Orlando, FL, v. 17, n. 3, p. 327-406, Mar. 2021. DOI: 10.1002/alz.12328.
- 2 SCALES, K.; ZIMMERMAN, S.; MILLER, S. J. Evidence-based non-pharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. **Gerontologist**, St. Louis, v. 58, p. S88-S102, Jan. 2018. Supplement 1. DOI: 10.1093/geront/gnx167.
- 3 BAKERJIAN, D. et al. The impact of music and memory on resident level outcomes in California nursing homes. **Journal of the American Medical Directors Association**, Hagerstown, MD, v. 21, n. 8, p. 1045-1050, Aug. 2020. DOI: 10.1016/j.jamda.2020.01.103.
- 4 CHEUNG, D. S. K. et al. Is music-with-movement intervention better than music listening and social activities in alleviating agitation of people with moderate dementia? A randomized controlled trial. **Dementia (London)**, v. 19, n. 5, p. 1413-1425, July 2020. DOI: 10.1177/1471301218800195. Epub 2018 Sep 20.
- 5 JANATA, P. The neural architecture of music-evoked autobiographical memories. **Cerebral Cortex**, New York, NY, v. 19, n. 11, p. 2579-2594, Nov. 2009. DOI: 10.1093/cercor/bhp008.
- 6 BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. 3. ed. Dallas: Barcelona Publishers, 2016.
- 7 GÓMEZ GALLEGU, M.; GÓMEZ GARCÍA, J. Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects. **Neurología**, Barcelona, Spanish, v. 32, n. 5, p. 300-308, June 2017. DOI: 10.1016/j.nrl.2015.12.003.
- 8 KAMPAGKOU, C. et al. Effects of a 12-week aerobic exercise program combined with music therapy and memory exercises on cognitive and functional ability in people with middle type of Alzheimer's disease. **International Journal of Physiotherapy**, Chittoor, India, v. 4, n. 5, p. 262-268, 2017. DOI: 10.15621/ijphy/2017/v4i5/159420.
- 9 ELLIOTT, M.; GARDNER, P. The role of music in the lives of older adults with dementia ageing in place: a scoping review. **Dementia (London)**, v. 17, n. 2, p. 199-213, Feb. 2018. DOI: 10.1177/1471301216639424.
- 10 HANSER, S. B. Music-based interventions for people with Alzheimer's disease and related dementias: a review of the research. **Music and Medicine**, [Toronto], v. 13, n. 3, p. 156-161, 2021. DOI: 10.47513/mmd.v13i3.823.
- 11 SÄRKÄMÖ, T. Music for the ageing brain: cognitive, emotional, social, and neural benefits of musical leisure activities in stroke and dementia. **Dementia (London)**, v. 17, n. 6, p. 670-685, Aug. 2018. DOI: 10.1177/1471301217729237.
- 12 KOELSCH, S. Brain correlates of music-evoked emotions. **Nature Reviews Neuroscience**, London, v. 15, n. 3, p. 170-180, Mar. 2014. DOI: 10.1038/nrn3666.
- 13 VANSTONE, A. D.; CUDDY, L. L. Musical memory in Alzheimer disease. **Aging, Neuropsychology, and Cognition**, London, v. 17, n. 1, p. 108-128, Jan. 2009. DOI: 10.1080/13825580903042676.
- 14 JACOBSEN, J. H. et al. Why musical memory can be preserved in advanced Alzheimer's disease. **Brain**, London, v. 138, pt. 8, p. 2438-2450, Aug. 2015. DOI: 10.1093/brain/awv135.
- 15 KOELSCH, S. et al. Neocortical substrates of feelings evoked with music in the ACC, insula, and somatosensory cortex. **Science Reports**, London, v. 11, n. 1, p. 10119, May 2021. DOI: 10.1038/s41598-021-89405-y.
- 16 MATZIORINIS, A. M.; KOELSCH, S. The promise of music therapy for Alzheimer's disease: a review. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1516, n. 1, p. 11-17, Oct. 2022. DOI: 10.1111/nyas.14864.
- 17 MCDERMOTT, O. et al. Indirect music therapy practice and skill-sharing in dementia care. **Journal of Music Therapy**, Oxford, v. 55, n. 3, p. 255-279, Sept. 2018. DOI: 10.1093/jmt/thy012.
- 18 BUNT, L.; STIGE, B. **Music therapy: an art beyond words**. [New York]: Routledge, 2014.
- 19 RIO, R. **Connecting through music with people with dementia: a guide for caregivers**. London: Jessica Kingsley, 2009.
- 20 STEDJE, K. et al. The influence of home-based music therapy interventions on relationship quality in couples living with dementia—an adapted convergent mixed methods study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 20, n. 4, p. 2863, Feb. 2023. DOI: 10.3390/ijerph20042863.
- 21 BAKER, F. A.; GROCKE, D.; PACHANA, N. A. Connecting through music: a study of a spousal caregiver-directed music intervention designed to prolong fulfilling relationships in couples where one person has dementia. **Australian Journal of Music Therapy**, Turrumurra, v. 23, p. 4-21, 2012.
- 22 ANASTÁCIO JUNIOR, M. P. A.; FALCÃO, D. V. S. **Musicoterapia e doença de Alzheimer: um estudo com cônjuges cuidadores**. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Atividade física vs. envelhecimento: como manter a saúde cerebral?



RODRIGO LUIZ VANCINI Professor adjunto IV/pesquisador da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Ministra as disciplinas de Envelhecimento, Saúde e Atividade Física; Primeiros Socorros; e estágio em saúde para a graduação em educação física. Faz parte do programa de pós-graduação em educação física. Na pesquisa, tem experiência nas seguintes áreas: fisiologia e neurofisiologia, com ênfase em fisiologia do exercício aplicada à clínica, à atividade física e ao esporte; fisiologia e biologia do envelhecimento e envelhecimento ativo. Idealizou a MoveAge – envelhecimento Ativo (eA) - <https://moveage.com.br/>



CLAUDIO ANDRÉ BARBOSA DE LIRA Biomédico formado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); especialista em fisiologia do exercício pela Unifesp; mestre e doutor em ciências pela Unifesp; estágio pós-doutoral na Universidade Federal do Espírito Santo; e professor de fisiologia do exercício da Universidade Federal de Goiás.



MARILIA DOS SANTOS ANDRADE Professora associada do Departamento de Fisiologia da Unifesp, orientadora de mestrado e doutorado do PPG em medicina translacional e de mestrado profissional do PPG em ciências da saúde aplicada ao esporte e à atividade física da Unifesp. Tem como principal interesse de estudo a fisiologia do exercício aplicada à clínica e ao esporte, com ênfase na avaliação muscular. Na área de graduação, ministra aulas de fisiologia respiratória e do exercício nos cursos de Medicina e Biomedicina da Unifesp.

Imagem: divulgação

Introdução

Primeiras palavras

Antes de iniciar, é preciso apresentar/normatizar alguns conceitos-chave no contexto daquilo que envolve exercer algum tipo de esforço físico/atividade física e, consequentemente, os possíveis benefícios associados. A atividade física é qualquer movimento corporal gerado por contração muscular que aumenta o gasto energético acima da taxa

metabólica de repouso. Pode ser definida/diferir quanto à modalidade (tipo), frequência (vezes por semana), intensidade (velocidade da caminhada ou corrida), duração (tempo da sessão) e contexto de prática (praia, calçadão, parque, academia convencional, academias populares etc.). Podem compor a prática de atividade física diária as atividades ocupacionais/laborais, esportivas/prática sistemática de exercício físico e atividades físicas de lazer. Já o exercício físico é uma subcategoria de atividade física que é planeja-

da, estruturada e repetitiva (feita de forma regular) e que tem como objetivo final a melhoria/manutenção da aptidão física.¹ Por fim, a aptidão física é um conjunto de atributos relacionados à saúde ou ao desempenho físico/esportivo. É definida por (1) capacidade de realizar atividades diárias com vigor e (2) demonstração de características (composição corporal) e capacidades (força muscular, aptidão cardiorrespiratória, flexibilidade, potência e equilíbrio) associadas a um baixo risco de desenvolvimento prematuro de doenças hipocinéticas e morbidades (aquelas associadas à inatividade física principalmente).¹ São componentes da aptidão física a serem trabalhados a resistência cardiorrespiratória, a força muscular, a flexibilidade, a composição corporal e o equilíbrio postural (principalmente entre as pessoas idosas).

A atividade física regular é boa para coração, músculos e ossos. Você sabia que é bom para o cérebro também? A prática de atividade física pode ajudar a pensar e raciocinar melhor, a aprender, a resolver problemas e a desfrutar de um equilíbrio emocional. Pode melhorar a memória e reduzir os quadros de ansiedade e/ou depressão. A atividade física regular também pode reduzir o risco de declínio cognitivo, incluindo demência. Por exemplo, o declínio cognitivo é quase duas vezes mais comum entre os adultos inativos fisicamente em comparação com os ativos. Neste artigo, vamos nos referir, principalmente, ao conceito de exercício físico que é a atividade física orientada, programada e planejada.

Benefícios gerais da prática de exercício físico para a saúde cerebral

A prática de exercício físico é essencial para ter um estilo de vida saudável durante o processo de envelhecimento. O exercício físico melhora a saúde cerebral e a cognição e reduz o risco de desenvolver comprometimento cognitivo e quadros de demência e doenças neuropsiquiátricas. De forma geral, o exercício físico aumenta o fluxo sanguíneo cerebral (e, conseqüentemente, a nutrição tecidual); a angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos a nível cerebral), o que pode melhorar a função cerebral; e ajuda a prevenir declínios relacionados à idade na função cognitiva. Adicionalmente, o exercício físico pode ajudar a melho-

rar o estado de humor e reduzir os sintomas de ansiedade e depressão, cuja prevalência aumenta com o processo de envelhecimento.²

Outro ponto a destacar é que o exercício físico pode aumentar a produção de endorfinas, que são substâncias químicas no cérebro que promovem sentimentos de bem-estar, e a neurotransmissão dopaminérgica, que está associada com a sensação de felicidade, prazer, satisfação e motivação depois da sessão de exercício físico. Por fim, algo extremamente relevante é que o exercício físico pode promover o crescimento de novos neurônios (neurogênese) e aprimorar a plasticidade neural. Isso pode levar a melhorias no aprendizado e na memória, ou seja, é possível construir um “lastro neuronal” no longo prazo,² o que pode ajudar na prevenção de doenças como o Alzheimer.

É preciso destacar que evidências científicas moderadas apontam, através de ensaios clínicos controlados/randomizados, que há uma associação entre o exercício físico de intensidade moderada e vigorosa e a melhora da cognição, incluindo o desempenho acadêmico e em testes neuropsicológicos que avaliam a velocidade de processamento de informações, memória e função executiva. Além disso, evidências científicas fortes demonstram que o exercício físico agudo, de intensidade moderada e vigorosa, proporciona benefícios transitórios para a cognição durante o período pós-recuperação da sessão. Por fim, fortes evidências científicas sustentam que maiores doses diárias de exercício físico estão associadas a um risco reduzido de desenvolver comprometimento cognitivo e a doença de Alzheimer. No entanto, os possíveis resultados obtidos com o exercício físico variam com a qualidade do processo de envelhecimento/idade cronológica e de acordo com o tipo de condição médica existente/morbidade.³

Ou seja, a visão de que a morte/degeneração neuronal, no curso do processo de envelhecimento, é uma sentença irreversível precisa mudar. Embora a prática de exercício físico em si possa atuar como um estressor, já está bem estabelecido que reduz os efeitos nocivos de outros estressores quando realizado em intensidade moderada. É preciso se exercitar fisicamente/exercitar o cérebro, para que esse órgão tão importante envelheça com saúde e qualidade de vida. Dessa forma, o objetivo do presente artigo é apresen-

tar os potenciais efeitos positivos do exercício físico na saúde cerebral e, de forma particular, na cognição.

Cognição vs. exercício físico

Caracterizando o conceito de cognição

A cognição é a ação ou processo mental de aquisição de conhecimento e compreensão por meio do pensamento, da experiência e dos sentidos. Abrange aspectos das funções e processos intelectuais de alto nível, como atenção, memória, conhecimento, tomada de decisão, planejamento, raciocínio, julgamento, compreensão da percepção, linguagem e função visuoespacial. Os processos cognitivos usam o conhecimento existente e geram novos conhecimentos. Por outro lado, o “déficit cognitivo” é um termo usado para descrever o comprometimento de diferentes domínios da função cognitiva. O déficit cognitivo não se limita a nenhuma doença ou condição específica, mas pode ser uma das manifestações da condição subjacente de uma pessoa. Nesse caso, pode ser uma condição, que afeta a cognição, de curto prazo (aguda) ou de longo prazo/progressiva/permanente (crônica). Adicionalmente, os transtornos/distúrbios cognitivos são condições que fazem parte dos transtornos neurocognitivos. Os distúrbios cognitivos são definidos como aqueles que prejudicam significativamente as funções cognitivas de um indivíduo, a ponto de o funcionamento normal na sociedade e inserção/interação social ser quase inviável sem tratamento. A doença de Alzheimer é a condição mais conhecida associada ao comprometimento cognitivo.⁴

Exercício físico vs. cognição vs. envelhecimento

Envelhecimento saudável é a capacidade de manter independência, propósito, vitalidade e qualidade de vida na velhice, apesar de condições médicas inesperadas, acidentes, cirurgias etc. O exercício físico é um componente importante do processo de envelhecimento saudável, prevenindo ou atenuando quedas, dor, sarcopenia, osteoporose e comprometimento/declínio cognitivo.⁵ Por exemplo, a relação entre dieta, atividade física e outros fatores do estilo de vida (estresse; tabagismo; exposição a estressores/fatores ambientais como a poluição; pobre higiene de sono etc.) com a função cognitiva tem sido amplamente estudada. Há

evidências crescentes que mostram a importância da prática de exercício físico e da adoção de uma dieta saudável e rica em antioxidantes na qualidade do processo de envelhecimento ativo proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), associado com menor predisposição para desenvolvimento do declínio cognitivo e da demência.⁶

A demência é um dos maiores desafios globais para a saúde e a assistência social no século XXI. A doença de Alzheimer, o tipo mais comum de demência, não é uma consequência inevitável do processo de envelhecimento. Fatores do estilo de vida podem aumentar ou reduzir o risco de um indivíduo desenvolver a doença. Entre os fatores de risco associados à doença de Alzheimer está o baixo nível da prática de exercício físico no curso do processo de envelhecimento, bem como uma dieta pobre em antioxidantes e a depressão crônica. É preciso destacar que pessoas com 40 anos ou mais que se exercitam durante o processo de envelhecimento são mais propensas a manter o potencial cognitivo e a cognição em níveis ótimos.⁷

A prática de exercício físico pode ajudar na diminuição dos declínios cognitivos, pois modula o turnover (integra e envolve os processos de síntese e degradação de proteínas-chave) da proteína beta-amiloide (acredita-se que o acúmulo de placas dessa proteína no cérebro seja o primeiro mecanismo patológico da doença de Alzheimer), diminui o estado inflamatório (que interfere no aumento e/ou na diminuição da produção de radicais livres, os quais podem causar doenças degenerativas associadas ao envelhecimento e à morte celular), aumenta a reserva antioxidante, aumenta a síntese e a liberação de neurotrofinas e melhora o fluxo sanguíneo e a oxigenação cerebral. A promoção de mudanças no estilo de vida nos estágios pré-sintomáticos/demencial pode auxiliar no retardo de um terço das demências em todo o mundo.⁷

Por exemplo, já foi demonstrado que a prática de exercícios físicos aeróbios (caminhada, trote, corrida, hidroginástica, natação etc.), além de melhorar a aptidão cardiorrespiratória, observada pelo aumento do consumo máximo de oxigênio, também melhora a capacidade cognitiva (função motora, atenção visual, velocidade cognitiva e atenção auditiva) de pessoas idosas sem comprometimento cognitivo.⁸ Também já foi demonstrado que o treinamento de

força (musculação) proporcionou benefícios para o desempenho cognitivo. Esses benefícios foram ligados à proteção contra degeneração em sub-regiões específicas do hipocampo, que tem um papel importante na aprendizagem e na memória. Além disso, foi observado que seis meses de exercícios resistidos de alta intensidade são capazes não apenas de promover a melhora da cognição em pessoas com comprometimento cognitivo leve, mas também de proteger regiões do hipocampo vulneráveis aos processos degenerativos da doença de Alzheimer por pelo menos 12 meses pós-intervenção de treinamento.⁹

Em linhas gerais, uma meta-análise recente mostrou que intervenções com exercícios físicos são eficazes para melhorar a função cognitiva de pessoas idosas, independentemente do estado cognitivo inicial. Intervenções de treinamento aeróbico, de força muscular, de treinamento multicomponente e de tai chi foram igualmente eficazes. Um programa de exercícios físicos com componentes de treinamento aeróbico e de força muscular, de intensidade moderada, com pelo menos 45 minutos por sessão, no

maior número de dias da semana possível, é benéfico para a função cognitiva em adultos com idade > 50 anos. No entanto, a dose (intensidade, volume etc.) do exercício físico aplicada é importante para o resultado final e a equipe multidisciplinar em saúde deve garantir que as recomendações de exercícios físicos sejam individualizadas e forneçam um estímulo de treinamento suficiente.¹⁰

Na Figura 1 mostramos o panorama geral no que tange aos objetivos de estudar a interação entre o funcionamento do cérebro e a prática de exercício físico. Na Figura 2, os fatores que modulam a relação entre função cerebral e atividade física.

Para finalizar, assim como o processo de envelhecimento, o declínio cognitivo é multifatorial. O principal fator de risco independente para comprometimento cognitivo e demência é a idade avançada, seguida de fatores genéticos, socioeconômicos e ambientais, incluindo uma nutrição pobre e a inatividade física. Nas próximas décadas, espera-se um aumento dos casos de demência (e maiores níveis de declínio cognitivo) devido ao envelhecimento da popula-



Figura 1 Visão geral sobre a importância de estudar os efeitos do exercício físico sobre o cérebro

Fonte: O autor

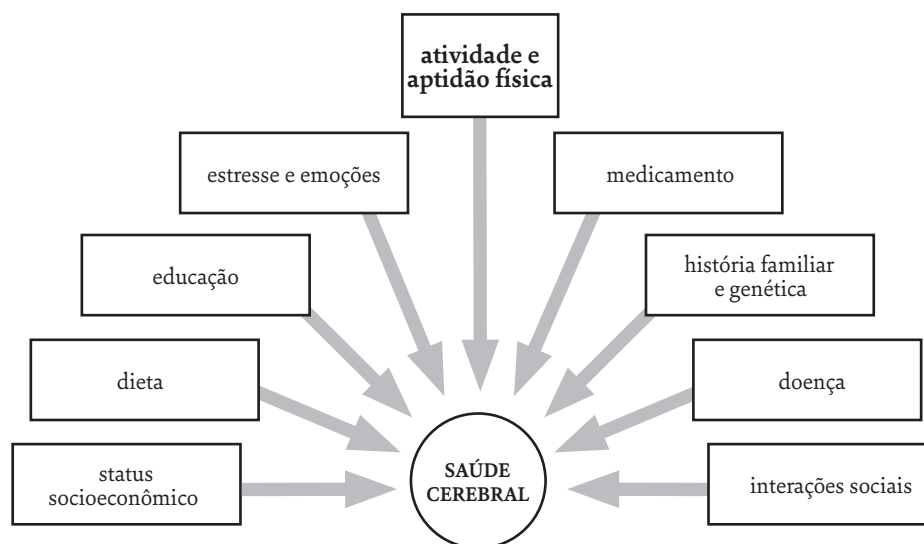


Figura 2 Fatores que modulam a relação entre função cerebral e atividade física

Fonte: Adaptada e compilada do trabalho de Deslandes et al.² e Phillips¹¹

ção mundial. Até agora, não há terapias farmacológicas eficazes para tratar o comprometimento cognitivo associado à idade e à demência, o que ressalta a importância da preven-

ção e de tratamentos não farmacológicos complementares e alternativos. Sem dúvida, isso inclui a prática sistemática de exercícios físicos. **A**

Referências bibliográficas

1 CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Washington, D.C., v. 100, n. 2, p. 126–131, Mar.-Apr. 1985.

2 DESLANDES, A. *et al.* Exercise and mental health: many reasons to move. **Neuropsychobiology**, Basel, NY, v. 59, n. 4, p. 191–198, Aug. 2009. DOI: 10.1159/000223730. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/FullText/223730>>. Acesso em: 23 maio 2023.

3 ERICKSON, K. I. *et al.* Physical activity, cognition, and brain outcomes: a review of the 2018 Physical Activity Guidelines. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, Hagerstown, Md, v. 51, n. 6, p. 1242–1251, June 2019. DOI: 10.1249/MSS.0000000000001936.

4 DHAKAL, A.; BOBRIN, B. D. Cognitive deficits. In: STATPEARLS [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559052/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

5 ECKSTROM, E. *et al.* Physical activity and healthy aging. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 36, n. 4, p. 671–683, Nov. 2020. DOI: 10.1016/j.cger.2020.06.009.

6 DOMINGUEZ, L. J. *et al.* Nutrition, physical activity, and other lifestyle factors in the prevention of cognitive decline and dementia. **Nutrients**, Basel, Switzerland, v. 13, n. 11, p. 4080, Nov. 2021.

7 DE LA ROSA, A. *et al.* Physical exercise in the prevention and treatment of Alzheimer's disease. **Journal of Sport and Health Science**, [Shanghai], v. 9, n. 5, p. 394–404, Sept. 2020. DOI: 10.1016/j.jshs.2020.01.004.

8 ANGEVAREN, M. *et al.* Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, UK, n. 3, p. CD005381, July 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD005381.pub3.

9 BROADHOUSE, K. M. *et al.* Hippocampal plasticity underpins long-term cognitive gains from resistance exercise in MCI. **NeuroImage. Clinical**, [Amsterdam], v. 25, p. 102182, 2020. DOI: 10.1016/j.nicl.2020.102182.

10 NORTHEY, J. M. *et al.* Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50: a systematic review with meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**, London, v. 52, n. 3, p. 154–160, Feb. 2018. DOI: 10.1136/bjsports-2016-096587.

11 PHILLIPS, C. Lifestyle modulators of neuroplasticity: how physical activity, mental engagement, and diet promote cognitive health during aging. **Neural Plasticity**, New York, NY, v. 2017, p. 3589271, 2017. DOI: 10.1155/2017/3589271.

A importância da ambiência para funcionalidade em ILPI

Imagens: divulgação



CHRISTINE ABDALLA Consultora em envelhecimento e moradia coletiva e assistida; gestora presidente da ILPI Associação Convivência Vila do Sol – RJ; pós-graduada em gerontologia, cuidados paliativos e gestão da qualidade em saúde; especialista na estruturação dos requisitos para a subseção de Instituições de Longa Permanência para Idosos no Comitê ILPI para acreditação no Manual para Acreditação das Organizações Prestadoras dos Serviços de Saúde ONA; membro consultivo no Comitê NBR – CEE 314 ABNT Sociedade Longeva Normas para ILPI; coordenadora regional e coordenadora do Grupo de Trabalho Qualidade do Cuidado da FN-ILPI; membro fundador da CUIDADOSA.



HELENA PATARO DE O. NOVAES Terapeuta ocupacional. Especialista em gerontologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Mestranda em enfermagem e saúde pela UFBA. Diretora do Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso – Bahia.



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

Introdução

“Quando falamos em ambiência, pensamos em humanização por meio do equilíbrio de elementos que compõem os espaços, considerando fatores que permitam o protagonismo e a participação.”^{1, p. 602}

Mudar para uma residência coletiva não significa somente mudar de endereço. Esse movimento pode representar um grande desafio, que inclui lidar com perdas e ganhos, que podem afetar a autonomia, a independência e a saúde física e mental das pessoas. As dificuldades em prever as consequências dessa mudança, seja pelo desequilíbrio en-

tre as expectativas e a futura realidade, pela nova convivência com pessoas e profissionais muitas vezes desconhecidos, ou ainda com regras e rotinas alteradas, exigirão novas adaptações.² Dessa forma, ao escolher ou apoiar a decisão de alguém sobre a residência coletiva onde a pessoa vai morar, é importante considerar alguns fatores, entre os quais:

- *A localização*: a proximidade com a família e os amigos, a acessibilidade;

- *A sustentabilidade*: a fonte de recursos financeiros disponíveis;

- *A condição atual e o prognóstico de saúde*: a presença ou a ausência de limitações físicas e problemas de saúde que demandam cuidados específicos;

- *O espaço físico e a existência de barreiras e obstáculos arquitetônicos*: facilitador do desempenho de diversas atividades realizadas dentro de casa de forma independente e segura, ou dificultador dessa participação, podendo segregar os idosos e afetar significativamente a sua participação na comunidade, dentro e fora da residência;

- *As relações e as trocas sociais que ocorrem no interior da moradia*: potencial fonte de recursos (e/ou de conflitos), na medida em que podem auxiliar (ou comprometer) o desempenho de várias atividades cotidianas capazes de afetar a saúde das pessoas idosas.^{3,4}

Quando a pessoa idosa reconhece o lugar onde mora como um ambiente seguro, ela experimenta o sentimento de pertencimento e identidade, o que contribui para o seu bem-estar e favorece a criação de vínculos sociais e afetivos com aquele local. Esse aspecto, certamente, é uma das razões pelas quais a maioria dos idosos afirma que gostaria de permanecer em suas casas enquanto for possível.⁵

Além disso, sabe-se que pessoas idosas que participam ativamente em sua comunidade vivem mais e são menos propensas a desenvolver problemas de saúde.⁵ Dessa forma, espera-se muito do ambiente de uma residência coletiva: que seja acolhedora, segura e promova autonomia; que sirva para compensar eventuais perdas físicas e relacionais nessa fase da vida; e, ainda, que favoreça a conexão da pessoa idosa residente com o mundo e o acesso a serviços e

comodidades, em condições seguras e amigáveis.

Assim, ao adentrar em um ambiente residencial coletivo, é natural ter percepções sobre aquele lugar e ativar diversas sensações. É importante estar atento: esse lugar transmite tranquilidade? Parece seguro? Feliz? Sombrio? Assustador ou acolhedor? Essas questões podem apoiar a decisão de quem procura uma residência coletiva, mas devem estar na pauta de todas as equipes de trabalho de uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI). Este artigo busca discutir o papel da moradia e da ambiência no bem-estar das pessoas idosas e das pessoas que trabalham em residências coletivas para esse público.

Moradia e ambiência

Na hierarquia das necessidades básicas humanas, a moradia representa um dos níveis para atingir o bem-estar psicológico e a autorrealização.⁶ Porém, gradativamente, o conceito e o significado de moradia têm ultrapassado a noção de paredes, tetos e objetos de estimação, e se inserem em um contexto que estabelece as ligações afetivas, sentidos, pertencimento e prazer dentro de um determinado lugar e sua respectiva cultura.⁷

A moradia representa local de refúgio e abrigo, respeitando a demanda do ser humano por privacidade, consistindo em espaço restrito à vida familiar. Seu uso residencial e para o repouso protege seus moradores de estranhos, enquanto sua organização interna obedece a preceitos de higiene, privacidade, conforto.³ Mais do que isso, em uma perspectiva psicanalítica, a casa pode ser compreendida como uma representação subconsciente que a pessoa faz de si mesma, uma extensão de sua psique e de seu corpo. Ela constitui um arquétipo de todas as peles sucessivas que envolvem o ser humano, como seio materno, corpo, família e universo, que se encaixam e se modelam, e, como a representação do último eu e dessas relações com seus invólucros, ela revela modalidades de pertencimento ao mundo.^{3,6} Porém, quando se trata de morar em um ambiente coletivo é preciso repensar o que isso significa, a partir de diferentes campos de saber.^{8,9}

A gerontologia ambiental dedica-se a compreender e

modificar a relação pessoa-ambiente, que vai desde a esfera residencial ao espaço urbano e rural.^{10,11} Esse campo interdisciplinar do conhecimento interessa-se por diversas questões residenciais, incluindo os microambientes (possibilidades de moradia, composição, modificação e adaptação da casa), passando pelos mesoambientes, que abrangem os contextos institucionais, até questões mais amplas, como vizinhança e aspectos sociais e políticos do envelhecimento nos macroambientes em contextos urbanos e rurais.^{10,12}

Para Bestetti¹, a ambiência diz respeito não apenas ao espaço físico, mas também à condição emocional que se constrói nos ambientes compostos com objetos e pessoas. Isso provoca reflexos diretos no bem-estar dos indivíduos, podendo criar condições positivas ou negativas para as trocas entre os diversos atores que ocupam esse espaço. Na mesma direção, a psicologia ambiental (PA), uma vertente da psicologia, ajuda a compreender como o ambiente traz influência na vida dos sujeitos. Seja do modo macro, como a política de saúde e educação, ou na dimensão micro, como na organização de um ambiente doméstico, a PA analisa como o ambiente pode afetar o humor, a cognição e a motricidade.¹³

Para Corral-Verdugo¹⁴, a PA tem analisado como os aspectos social e físico do ambiente influenciam o comporta-

mento das pessoas e como estas também influenciam seu entorno, em dois níveis de abordagem: o pessoal e o arquitetônico. No nível pessoal, avalia-se como o meio interfere na saúde do indivíduo; no nível arquitetônico, como a arquitetura influi na modelagem de padrões sociais, com a análise de cores, iluminação e padrões de construção.

Tomando como referência um conceito do campo da saúde, a ambiência é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, que devem estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Além disso, é preciso pensar a promoção do envelhecimento ativo como um objetivo da política de humanização.

No contexto da saúde, a PNH tem como objetivo qualificar práticas de gestão e atenção em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e traz em seu contexto o desafio de propor novas práticas e atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, e de novas éticas no campo do trabalho, incluindo o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e obstáculos do cotidiano do trabalho.¹⁵

A ambiência é norteadada por três eixos prioritários: confortabilidade, respeito à individualidade e respeito à privacidade. Nesse sentido, o espaço atua como ferramenta de

Imagens: arquivo das autoras



A ambiência tem reflexo direto no bem-estar dos indivíduos e deve ser levada em conta nas ILPI

reflexão do sujeito e do processo de trabalho; e a ambiência configura-se como espaço de encontros entre os sujeitos. Assim, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias presentes nos espaços, o que envolve a dimensão física e arquitetônica, como também pelo componente afetivo, expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada aos usuários, da interação entre os trabalhadores e gestores, como elementos que contribuem com a condição de saúde.¹⁶

E por que discutir ambiência em ILPI, um dispositivo ancorado na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS)?

Primeiramente, porque nosso país carece de políticas sistematizadas e específicas de cuidado de longa duração, para dar suporte a famílias com pessoas idosas que precisam de cuidados³ e de habitação que considerem padrões típicos de moradia para a faixa etária mais longeva diferenciados de padrões de habitação para a população em geral.³ Segundo, porque todo esforço deve ser feito para ampliar as possibilidades de residência coletiva, sem que isso signifique necessariamente o aprisionamento em instituições fechadas e rígidas, que não permitem qualquer participação da pessoa idosa no seu próprio cuidado e nas rotinas institucionais. E, finalmente, porque pensar em ambiência nas ILPI também significa reconhecer e pensar as necessidades híbridas no campo social e de saúde desses equipamentos, apoiando a segurança da acolhida – princípio defendido na PNAS –, que pressupõe instalações físicas adequadas e a ação profissional pautada numa escuta qualificada na oferta da atenção social.

A ambiência, ou seja, o ambiente físico e social institucional, revela-se um fator crucial para a política de humanização e promoção do envelhecimento ativo. Um ambiente agradável, acolhedor e estimulante pode melhorar a qualidade de vida dos residentes, promover o bem-estar emocional e físico, além de incentivar a socialização e a participação deles em atividades de lazer e cultura. Aqui, nos deteremos aos elementos do ambiente que interagem com o homem – cores, cheiro, som, iluminação, morfologia, garantindo conforto a trabalhadores, usuários e sua rede social, assim como a dimensão afetiva.¹⁶ Tais elementos devem contribuir para incentivar a prática de atividades físicas

e mentais, estimular o aprendizado, o lazer e a participação social, proporcionando aos residentes a oportunidade de continuar a desenvolver suas habilidades e talentos. Por outro lado, um ambiente desfavorável, desorganizado e desestimulante pode levar a sentimentos de solidão, tristeza, estresse e até mesmo depressão.


Por todas essas razões, a ambiência deveria ser considerada como parte integrante das estratégias para melhorar a qualidade de vida das pessoas que moram em ILPI. Por isso, é tão importante que as ILPI sejam projetadas e equipadas com o objetivo de proporcionar um ambiente seguro, confortável e estimulante para os residentes. Isso pode incluir a criação de espaços de convivência, áreas verdes, acessibilidade para moradores com mobilidade reduzida, bem como a utilização de cores, iluminação adequada, entre outras medidas.

A ambiência também deve favorecer a ergonomia para os trabalhadores das ILPI. Quando se pensa na saúde e no bem-estar de quem trabalha na ILPI, também é importante assegurar espaços de alimentação adequados e locais para repouso, banheiros limpos e cheirosos, e ainda espaços de convivência que permitam trocas de experiência e apoio mútuo. E, antes que alguém pergunte em qual norma está escrito que funcionários precisam de conforto, gostaríamos de compartilhar com vocês a compreensão da arquiteta Flávia Ranieri, quando afirma que:

“As normas existem para organizar o caos. São necessárias e orientativas. São elas que nos guiam e nos ajudam a ter diretrizes concretas do que fazer e do como fazer. Mas nunca podemos esquecer que elas existem para ajudar o usuário. São eles na ponta, no cotidiano que irão usar os ambientes. E por melhor e mais completa que a norma ou a regulamentação seja, sempre é difícil que ela cubra os pontos intangíveis do ser humano. O simbólico, as histórias, as memórias, as relações de amizade e sociofamiliares. Difícil que ela cubra toda uma experiência de vida que não pode ser ignorada também na organização dos espaços físicos de uma moradia. E tudo isso faz parte do impacto dos ambientes em nossa vida em todas as etapas de nossa

existência. Afinal, sempre, em todas as etapas da vida, queremos nos sentir bem, confortáveis e felizes.^{17, p. 221} Nestas referências de imagens que reunimos, tentamos trazer um pouco do que não é dito. Do que não é imposto. E muito do que é sentido”.

Por isso mesmo, no Manual de Qualidade de Cuidado da Frente Nacional de Fortalecimento às ILPI, é possível

encontrar no Capítulo 12 – “Qualidade do Ambiente e Estrutura Física” –, além dos requisitos legais relacionados à ambiência, propostas de recursos para a humanização, a organização e a segurança ambiental nas ILPI. Você também encontrará um guia de referências de imagens ricamente ilustrado com material cedido por gestores de ILPI de todo o Brasil. Para acesso completo, consulte o site <https://www.frentenacionalilpi.com.br/>. 

Referências bibliográficas

- 1 BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 601-610, jul./set. 2014. DOI: 10.1590/1809-9823.2014.13083.
- 2 GIACOMIN, K. C. Residenciais assistidos e outros cenários possíveis para morar e viver na velhice. In: NETTO, M. P.; KITADAI, F. T. (org.). **A quarta idade: o desafio da longevidade**. São Paulo: Atheneu, 2015. v. 1, p. 143-154.
- 3 LIMA, A. B. **Ambiente residencial e envelhecimento ativo**: estudos sobre a relação entre bem-estar, relações sociais e lugar na terceira idade. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10277/1/2011_AnaBeatrizRochaLima.pdf. Acesso em: 14 maio 2023.
- 4 CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADSa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? In: CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 93-122.
- 5 WILES, J. L. *et al.* The Meaning of “Aging in Place” to Older People. **Gerontologist**, St. Louis, v. 52, n. 3, p. 357-366, June 2011. DOI: 10.1093/geront/gnr098.
- 6 DESPRÉS C. The meaning of home: literature review and directions for future research and theoretical development. **Journal of Architectural and Planning Research**, Chicago, IL, v. 8, n. 2, p. 96-115, Summer 1991.
- 7 ESTEVAM DA SILVA, N. M.; NASCIMENTO, M. A. S.; BESTETTI, M. L. T. Ambiência em instituições de longa permanência para idosos: rumo a uma visão mais abrangente da literatura. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 417-434, 2020.
- 8 CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
- 9 GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. A fiscalização das ILPI: O papel dos Conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. In: CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 213-248.
- 10 BATISTONI, S. S. T. Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 647-657, jul./set. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13088>.
- 11 MACHADO, C. C.; NAOUMOVA, N. Avaliação da percepção dos usuários institucionalizados sobre instituições de Longa Permanência para Idosos na cidade de Petotas/RS. PIXO: revista de arquitetura, cidade e contemporaneidade, Pelotas, RS, v. 4, n. 14, inverno 2020. DOI: Disponível em: <https://revistas.ufpel.edu.br/index.php/pixo/article/view/2774/2178>. Acesso em: 14 maio 2023.
- 12 TOMASINI, S. L. V. Envelhecimento e planejamento do ambiente construído: em busca de um enfoque interdisciplinar. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 76-88, jan./jun. 2005.
- 13 SANTOS, I. S.; FELIPPE, M. L.; KUHNEN, A. Psicologia ambiental e recursos em sustentabilidade: revisão integrativa. **Psicologia**: ciência e profissão, v. 39, p. e185833, 2019.
- 14 CORRAL-VERDUGO, V. Psicologia ambiental: Objeto, “realidades” sócio físicas e visões culturais de interações ambiente-comportamento. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 16, n. 1/2, p. 71-87, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642005000100009>.
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- 16 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- 17 ABDALLA, F. C. *et al.* Qualidade do ambiente e estrutura física. In: GIACOMIN, K. et al. (ed.). **Manual qualidade do cuidado em ILPI: sugestões para o dia a dia**. Belo Horizonte, MG: ILPI, 2021, Cap. 14. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2021/06/09/14_09_11_895_Manual_Qualidade_do_cuidado_em_ILPI_sugest%C3%B5es_para_o_dia_a_dia.pdf. Acesso em: 14 abr. 2023.

Intergeracionalidade e empreendedorismo

A intergeracionalidade pode ser uma estratégia bem-sucedida na construção de um negócio. Conheça o modelo da empresa 50mais Ativo, onde profissionais de diferentes gerações ajudam a pensar serviços mais completos



FABIANA SATIRO Graduada em pedagogia, especialista em neuropsicologia, com pós-graduação em gerontologia e em educação em saúde; mestre em educação: psicologia da educação, titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Atua com estimulação cognitiva de idosos e orientação aos familiares. Docente em cursos de formação de cuidadores. É sócia na empresa 50mais Ativo, onde coordena o PoderosaMente.



ROBIANY PIRES Graduada em administração de empresas pela Uninove e técnica de contabilidade pelo Centro Universitário Senac. Há mais de três anos orienta, voluntariamente, pessoas a se prepararem e se reorganizarem financeiramente para o futuro. Na 50mais Ativo, é responsável pela parte administrativa e financeira.



VERA CAOVILO Graduada em administração hospitalar, com pós-graduação em marketing e mestrado em serviços de saúde. Especialista em gerontologia social. Cofundadora da ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer, na qual atuou por 26 anos (1991-2017). O convívio com familiares e pacientes lhe deu o conhecimento para coordenar, em conjunto com Dr. Paulo Canineu, o livro *Você Não Está Sozinho... Nós Continuamos com Você*. Revisora técnica do livro *Alzheimer: O Dia de 36 Horas*. Na 50mais Ativo, coordena o Pausa no Cuidar.

Imagem: divulgação

Imagine-se com 30 e poucos anos indo visitar uma amiga que acaba de ter um bebê na maternidade. Ao segurar esse recém-nascido no colo, você pensaria que ele poderia ser seu sócio no futuro? A resposta mais provável é não. No entanto, essa é a realidade que a equipe da 50mais Ativo vivencia há alguns anos.

A expectativa de vida no Brasil e no mundo aumenta gradativamente. Ao mesmo tempo, as taxas de nascimento vêm caindo em alta velocidade. Portanto, a presença de pessoas 60+ na sociedade será cada vez maior. E com os negócios não será diferente, afinal, além da fonte de renda, o trabalho significa a realização e a manutenção de uma

rede de relações, de manter um propósito, o que pode interferir na qualidade de vida no envelhecimento. De acordo com a pesquisa Tsunami 60+¹, 63% das pessoas com mais de 60 anos são provedoras da família.

Em meados de 2017, quando as sócias começaram a estruturar a empresa, amigos e familiares questionaram o negócio, que envolvia uma sócia com mais de 70 anos, aposentada e já tendo sido responsável por três empreendimentos. Porém, a resposta dada pelas três era de que a convivência intergeracional, embora um grande desafio, trazia visões e valores de mundo distintos, o que enriqueceria o trabalho e proporcionaria aprendizado e desenvolvimento. Assim, no início de 2018, a 50mais Ativo foi formalizada.

Mas como definir as gerações? Como saber se existe intergeracionalidade? Segundo a Teoria da Coorte Geracional, as gerações são uma construção social, na qual um grupo de indivíduos, nascidos no mesmo contexto histórico e socio-cultural, é influenciado por um conjunto de oportunidades e experiências únicas, o que faz com que sujeitos nascidos durante um período determinado partilhem valores, atitudes e crenças.² Hoje, quatro gerações coexistem no mercado de trabalho (baby boomers, X, Y, Z) e cada uma delas tem uma forma de ver e de encará-lo. Em breve, serão cinco gerações juntas. Uma convivência ainda carregada de estereótipos e preconceitos, do velho em relação ao novo, do novo em relação ao velho, muitos paradigmas deverão ser quebrados para que as empresas consigam continuar gerando resultados. A intergeracionalidade trata da interação entre essas diferentes gerações, de forma harmoniosa, respeitosa e colaborativa, ou, como diz Ferrigno³, “não apenas tolerando o outro, diferente de mim em algum aspecto, mas desejando a sua companhia que me completa e enriquece” (p. 14).

Imaginem três mulheres com diferentes idades e formações e com algumas características próprias do tempo de cada uma. Como seria um relacionamento harmônico e o que significariam essas diferentes idades na empresa?

A 50mais Ativo conta com uma representante da geração baby boomer, nascida em 1948, no período pós-guerra, com o mundo buscando o rápido desenvolvimento. Eram tempos em que se investia nos estudos e na valorização do trabalho – as pessoas permaneciam na mesma empresa até a aposentadoria para que um patrimônio fosse construído.

Mas trata-se também de uma geração mais resistente a mudanças, que prioriza a estabilidade, especialmente na carreira, aspecto reforçado pelos anos vividos durante a ditadura militar. A tecnologia não é algo tão próximo dessa geração.

As duas outras representantes da empresa fazem parte da geração X e, apesar de trazerem algumas características da geração baby boomer, como estabilidade na carreira e disciplina, viveram com maior liberdade e buscaram o que efetivamente queriam para si mesmas. É uma geração com menor otimismo, decorrente da política adotada durante a ditadura militar, o que trouxe um certo ceticismo em relação a autoridades e governos. As pessoas dessa geração valorizam certificações formais, treinamento profissional e estabilidade. Foram as primeiras a experimentar os avanços tecnológicos, o computador e o celular, portanto têm maior facilidade em lidar com a tecnologia.

Considerando o que cada geração viveu e suas peculiaridades, podemos entender que é isso que molda a maneira que os indivíduos têm para lidar com problemas e encarar situações favoráveis e adversas. Ou seja, a diferença intergeracional na 50mais Ativo torna a possibilidade de encontrar soluções às demandas dos clientes muito mais rica, resultando em um trabalho singular e de maior produtividade. A intergeracionalidade é vivenciada de forma positiva na empresa, o que não ocorre em todos os ambientes corporativos. Por isso, é necessário educar a população para essa convivência e saber administrá-la no ambiente profissional, já que a previsão é sermos uma população, na sua maioria, de pessoas idosas.

As trocas intergeracionais possibilitam a quebra de barreiras, minimizam julgamentos, promovem um ambiente mais inclusivo, disseminam valores de colaboração e solidariedade, geram inovações, facilitam a resolução de problemas e novos modelos de comunicação – em resumo, favorecem as principais características para um trabalho em equipe eficaz. O mundo pós-pandemia nos confere novos desafios, como o trabalho de forma híbrida. O capital humano tem um papel significativo no desenvolvimento e na implementação de estratégias, trazendo vantagem competitiva na agregação de distintas capacidades que prosperam o diferencial da empresa.

Conhecendo as características históricas de nossas gera-

ções, é perfeitamente possível o questionamento: “Como tantas diferenças podem dar certo em um empreendimento?”. São justamente as pequenas diferenças que nos fortalecem: momentos vividos em épocas distintas, o olhar para o novo, o comprometimento com objetivos, o respeito mútuo. Esse encontro de gerações é extremamente produtivo e enriquecedor. Acreditamos que esse deve ser o verdadeiro sentido da intergeracionalidade. Entre os benefícios dessa convivência incluem-se:

- *Experiências somadas*: quando é respeitado o conhecimento adquirido através das vivências individuais;
- *Aprendizado*: quando os saberes são compartilhados, as decisões são discutidas e as ações de cada uma são complementadas;
- *Respeito e criatividade*: quando se disponibiliza tudo o que foi aprendido ao longo dos anos. A soma de tudo isso é o que sentimos ser a base de nosso viver empresarial;
- *Acolhimento e inclusão*: o convívio integrado é o que consideramos mais importante, pois a diferença de idade nem é

percebida por nós mesmas.

Apesar disso, ainda existem diversas barreiras a serem quebradas. A 50mais Ativo já sofreu preconceito por ser uma empresa formada apenas por mulheres e pela idade das sócias – evidência de que o patriarcado e o idadismo existem na sociedade e continuam presentes na saúde.

Porém, a força do nosso relacionamento nos revigora, porque acreditamos no que, como e por que fazemos. Em fases diferentes da vida, incentivamos o recomeço após cada barreira, pois sabemos da importância que o trabalho tem para cada sócia e estamos sempre tentando conciliar os interesses e anseios de cada uma. Acreditamos que uma forma de lutar contra esse idadismo é quando todas nós fazemos questão de estar presentes em toda atividade para a qual nossa empresa foi convidada ou contratada. É quando podemos mostrar a empatia que existe entre nós, quando desmistificamos os conceitos que ainda existem sobre diferentes idades, quando quebramos alguns preconceitos, quando provamos que é possível, sim, e o quanto é gratificante o trabalho que une pessoas de diferentes idades. **A**

Referências bibliográficas

1 TSUNAMI60+. **Conheça os maduros**. A geração do futuro. 2022. Disponível em: <https://tsunami60mais.com.br/#consumo>. Acesso em 12: abr. 2023.

2 SANTOS, G. T. dos . *et al.* A intergeracionalidade no mercado de trabalho: desafios e potencialidades. **Revista Ibero-Americana de Huma-**

nidades, Ciências e Educação, São Paulo, v. 8, n. 12, p. 505-528, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i12.7998. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/7998>. Acesso em: 22 abr. 2023.

3 FERRIGNO, J. C. **Conflito e cooperação entre gerações**. São Paulo: Edições SESC SP, 2013.

GISLAINE GIL – Doutora em ciências médicas e neuropsicóloga pela Faculdade de Medicina da USP

IDENTIFICAÇÃO

Sra. IM, 61 anos

Escolaridade: Superior completo

HISTÓRIA CLÍNICA

É casada e tem um filho. Formou-se em administração de empresas. Trabalhou em empresa automobilística dos 21 até os 60 anos, quando se aposentou. Sua função era realizar orçamentos, cuidar de recursos para projetos e verbas. Atualmente relatou estar perdida sobre o que irá fazer depois da aposentadoria.

Sempre foi muito ágil, com grande facilidade para resolver problemas. É competitiva, se cobra e se culpa por algo que o outro não fez. Tem “estados de ansiedade”, agressividade ao falar com familiares, falta de paciência, tristeza, vontade de se isolar e preocupação com o futuro.

Do ponto de vista cognitivo, esquece o que a pessoa contou, assiste a uma série e não sabe quem é o personagem, o pensamento muda muito; pensa várias coisas ao mesmo tempo. Quando nova, decorava todos os números de telefone e identidade dos funcionários. Há dois anos as queixas cognitivas se acentuaram.

Tem hipotireoidismo, início de artrite e colesterol alto.

MEDICAÇÃO

Está em uso de Synthroid 88 mcg e Crestor 5 mcg.

SONO, ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA

Dorme em média 8 horas por noite e tem uma alimentação saudável. Pratica pilates duas vezes por semana.

EXAMES COMPLEMENTARES

Realizou ressonância magnética do crânio: normal.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Tem histórico familiar de hipertensão, insuficiência cardíaca, enfarto, artrose e câncer de próstata.

ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA DOS TESTES

Os testes neuropsicológicos servem para a construção de um mapeamento cognitivo dos pontos fortes e fracos do funcionamento cerebral. Veja os testes a que a paciente foi submetida na tabela da página 38.

CONCLUSÃO

A interpretação do resultado dos exames e a conclusão diagnóstica são atos médicos; dependem da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames da paciente.

Os dados de exame no momento apontaram para uma senhora com recursos intelectuais gerais estimados na faixa média alta, medidos por testes padronizados à população brasileira.

No aspecto cognitivo foi observado:

- Dificuldade para se envolver em tarefas que exigiam esforço mental sustentado (atenção mantida). Logo, na vida diária é importante os familiares apresentarem a informação em um formato curto e conciso. Esquematizar tarefas mais leves, ou seja, de menor desgaste mental no período do dia em que a pessoa estiver mais cansada e tarefas mais exigentes no período do dia de maior concentração.

- Dificuldade para inibir estímulos interferentes ao ambiente; seja barulho externo ou o próprio pensamento (atenção seletiva). Logo, na vida diária se deve evitar interrupções enquanto a pessoa estiver conversando. Desligar a televisão ou o rádio para conversar. Não sentar perto de portas e janelas, para minimizar o barulho e poder se concentrar. Não ficar em local com excesso de estímulo visual sobre a mesa. Fechar as cortinas para evitar olhar pela janela ou ficar de costas para elas. Sempre que possível, conversar em grupos pequenos, com o

objetivo de minimizar as distrações. Em treino cognitivo pode-se aprender a técnica de atenção seletiva de generalização e modificação ambiental.

- As demais funções cognitivas mostraram-se intactas.
- Os déficits cognitivos não interferem na independência em atividades de vida diária, segundo o instrumento preenchido pelo informante.
- Não preencheu critérios para sintomas depressivos.
- Preencheu critérios para sintomas ansiosos.

- A sra. IM relatou: a) preocupar-se muito com o marido, que não cuida de sua saúde; b) autocobrança de ser mais útil e, após a aposentadoria, essa percepção se acentuou; e c) indecisão do que investir no pós-carreira.

O perfil neuropsicológico atual mostrou-se compatível ao transtorno de ansiedade generalizada com alterações cognitivas associadas.



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

TESTES A QUE A PACIENTE FOI SUBMETIDA

DOMÍNIO ATENÇÃO COMPLEXA	A atenção é um sortimento de destrezas, processos e estados cognitivos, logo não é uma habilidade única, mas uma complexa combinação de subsistemas: atenção dirigida, atenção mantida, atenção seletiva, atenção dividida e atenção alternada.
DOMÍNIO FUNÇÕES EXECUTIVAS	As funções executivas são um conjunto de habilidades necessárias para o controle e a autorregulação da conduta. As funções executivas permitem estabelecer, manter, supervisionar, corrigir e realizar um plano de ação. Esse conjunto de funções cognitivas faz parte de nossas vidas cotidianas e nos ajuda a realizar atividades diárias com sucesso e eficácia (Muriel Lezak, 1982). Os itens avaliados são: planejamento, fluência verbal, função abstração e aritmética.
DOMÍNIO PERCEPTOMOTOR	A habilidade perceptomotora está relacionada ao reconhecimento e à interpretação de estímulos sensoriais seguidos de uma resposta na forma de movimento. É também um conjunto de habilidades que envolve coordenação e uma sequência de movimentos para atingir um determinado objetivo. São avaliados: função motora, função visual, práxis construtiva e função visuoespacial.
DOMÍNIO LINGUAGEM	A linguagem é a capacidade especificamente humana para aquisição e utilização de sistemas complexos de comunicação. São avaliados: linguagem oral, leitura, escrita, nomeação e vocabulário.
DOMÍNIO MEMÓRIA E APRENDIZAGEM	Não é uma habilidade única, mas uma complexa combinação de subsistemas mnemônicos (Clare & Wilson, 1997). São avaliados: memória de trabalho, memória declarativa semântica, memória declarativa episódica verbal, memória declarativa episódica visual e processo de aprendizagem.
QUOCIENTE INTELECTUAL PRÉ-MÓRBIDO	
DOMÍNIO COGNIÇÃO SOCIAL	
ESCALAS	São avaliados escala funcional, depressão e ansiedade.

21 A 23
SETEMBRO DE 2023



TEMA CENTRAL

Desafios e Conquistas da Longevidade

Junta-se a nós!

CONVIDAMOS, PARA MAIS UMA EDIÇÃO - CONGRESSO GERO USP 2023

Palavra do **PRESIDENTE**



Escolhemos abordar a Longevidade com seus desafios, mas também com as muitas conquistas já obtidas nessa área.

Estamos em plena Década do Envelhecimento Saudável, é atual e oportuno discutirmos a longevidade cada vez mais profundamente.

Esperamos você para essa troca de experiências e de aprendizado.

Prof. Dr. Wilson Jacob Filho

DIFERENCIAIS

- ✓ 03 dias de atualizações científicas dos temas mais relevantes nas áreas de geriatria e gerontologia.
- ✓ Evento Híbrido - Presencial e Online.
- ✓ Palestrantes Renomados.
- ✓ 30 dias para ver e rever todo o conteúdo.
- ✓ Certificado.
- ✓ **Gero evidências:** Dois especialistas irão resumir os principais destaques científicos da nossa área no último ano.
- ✓ Submissão de Trabalhos Científicos.
- ✓ **10% DE DESCONTO** ao **COMPRAR 10** ou mais Ingressos.

LOCAL

📍 **CCR - Centro de Convenções Rebouça**
Entrada principal (Pedestres/ Uber/ Taxi)
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 23
Entrada do estacionamento
Av. Rebouças, 600

Conheça nossa **COMISSÃO CIENTÍFICA**



ANDREY A. SOCOLOVITCH



CLAUDIA FLÓ



DEISE F. DA SILVA



ERICA BOTEON



MARCEL HIRATSUKA



MILTON R. F. CRENITTE

📄 **Inscreva-se:**
congressogroupsp.com.br

Aponte a câmera do celular e realize sua inscrição

📞 **Dúvidas:**
(11) 97291-3880

📱 **Siga-nos:**
@congressogero



REALIZAÇÃO:



ORGANIZAÇÃO:



MOTILEX HA

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

PIONEIRISMO E INOVAÇÃO

ASSOCIAÇÃO EM MOVIMENTO PELO CUIDADO DA CARTILAGEM E DO LÍQUIDO SINOVIAL^{1,2}



AUXILIA A MANUTENÇÃO da função articular^{3,4}



AUXILIA A REDUÇÃO dos sintomas inflamatórios⁵



AJUDA A MINIMIZAR a degradação do colágeno da cartilagem⁶

COLÁGENO TIPO II NÃO HIDROLISADO

ÁCIDO HIALURÔNICO



10X MAIS ÁCIDO HIALURÔNICO^{1,7,8}



PREÇOS DIFERENCIADOS PARA MAIS ADESÃO

30 CÁPSULAS R\$ 119,00



60 CÁPSULAS R\$ 209,00

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

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

Produto isento de registro conforme RDC 27/2010.

