

SALA DE LEITURA
ESTUDOS RECOMENDADOS
POR ESPECIALISTAS

DIREITO
INTERDIÇÃO DE PESSOAS
IDOSAS

MEU ACERVO
DICAS SOBRE ENVELHECIMENTO
E CULTURA



ano X • edição 46
fev | mar | abr 2023



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

COLÓQUIO

Ivete Berkenbrock, presidente da SBGG,
conta sobre os preparativos para 2023

FRENTE NACIONAL ILPI

As ILPI e o desafio no custeio das
atividades à luz dos balizadores legais

Distribuição exclusiva
para a classe médica

CAPA

Telemedicina:

Entenda o impacto desse recurso na humanização
da saúde e no cuidado do idoso



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
- + Vitamina D
- + BCAA
- + 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**
Ivete Berkenbrock, presidente da SBGG,
conta sobre os desafios e novidades do CBGG 2023

- 12 SALA DE LEITURA**
Uma seleção de estudos recomendados por especialistas
Milton Crenitte



- 14 CAPA**
Saiba como a telemedicina pode ser
uma aliada na humanização da saúde

- 20 ENFERMAGEM**
Enfermagem gerontológica e o cuidado à pessoa idosa
com foco na formação profissional
Maria Célia de Freitas e Angelina Monteiro Furtado

- 24 DIREITO**
Interdição de pessoas idosas Pérola Melissa Vianna Braga

- 28 FRENTE NACIONAL ILPI**
As ILPI e o desafio no custeio das atividades à luz dos balizadores legais
Ariane Angioletti



- 32 ESPECIAL**
Harmonia entre gerações é tema da décima edição
do Fórum Internacional da Longevidade

- 36 MEU ACERVO**
Dicas valiosas sobre envelhecimento e cultura Marília Berzins

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:

Angelina Monteiro Furtado, Ariane Angioletti, Lilian Liang, Maria Célia de Freitas, Maria Lígia Pagenotto, Marília Berzins, Milton Crenitte, Pérola Melissa Vianna Braga, 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.

 **DÍNAMO EDITORA**

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

Pé na estrada

Neste ano, o sonho finalmente vai se tornar realidade. Desde que comecei a trabalhar com envelhecimento, há mais de uma década, tenho vontade de conhecer as blue zones. Para quem não sabe, as blue zones são as áreas mais longevas do mundo, a saber: Nicoya (Costa Rica), Loma Linda (Califórnia, EUA), Okinawa (Japão), Ikaria (Grécia) e Sardenha (Itália). São chamadas de zonas azuis porque os pesquisadores que as identificaram circularam sua posição no mapa com uma caneta azul.

Era um projeto ambicioso, que parecia fadado a permanecer na gaveta. Uma viagem desse porte exigiria um investimento altíssimo, não apenas financeiro, mas também de tempo. Mas os sonhos, meus caros, assim como as pessoas, amadurecem. E com o amadurecimento, temos mais clareza do que é delírio e do que é possível.

À medida que nos aproximávamos dos 10 anos da *Aptare*, a viagem foi ganhando contornos de realidade. E entendemos que ela seria a melhor forma de marcar uma década de existência da revista, que se consolidou como uma das principais da área no país. Batizamos o projeto de “Expedição Longevidade” e o plano inicial era viajar no início de 2022. Mas veio a ômicron, veio a guerra na Ucrânia, o Japão não abria suas fronteiras e, diante de tantas incertezas, o calendário teve que ser revisto.

Agora, a viagem finalmente tem data marcada: zarpo no dia 2 de abril

em direção à Costa Rica, minha primeira parada. Sigo depois para EUA, Japão, Grécia e Itália, retornando para o Brasil diretamente para Veranópolis, a blue zone brasileira. Serão quase três meses na estrada, observando *in loco* coisas a que apenas assisti em documentários e li nos inúmeros livros e artigos já escritos sobre essas regiões. O objetivo é conversar com pesquisadores e idosos, conhecer iniciativas e identificar o que torna esses lugares tão propícios a uma vida longa. Quero entender também o impacto que a tecnologia, a pandemia e os avanços do mundo moderno vem deixando nesses pequenos oásis de longevidade.

A repórter em mim está exultante – afinal, viramos repórteres para poder ver o mundo. Mas, contraditoriamente, quanto mais crescemos na carreira, menos vemos do mundo, absorotos nos afazeres administrativos, presos num escritório. Não vejo a hora de sair por aí com bloquinho, caneta e celular para me deixar surpreender por histórias que estão apenas me esperando para ser contadas.

Mas também está exultante em mim a mulher de quase 50 anos que lida com os primeiros sintomas da menopausa e que, por enquanto, não está impressionada com o que viu do próprio envelhecimento (caso alguém ainda tenha dúvidas: os fogachos não são bolinho, pessoal). Creio que essa será ainda uma jornada de autoconhecimento. Envelhecer também é crescer e as dores do crescimento podem ser extremamente desconfortáveis.

Mas saber como outras pessoas vêm lidando com isso, e por tanto tempo, pode dar uma pista de como encarar nosso próprio processo com mais leveza e jogo de cintura.

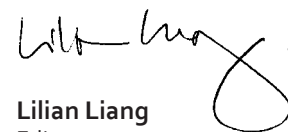
O geriatra Wilson Jacob Filho, professor titular da FMUSP, sempre enfatiza em suas aulas que o envelhecimento não é uma corrida de 100 metros, mas uma maratona, com 42.195 metros. É uma prova longa, que exige preparo físico e mental. Não se entra numa maratona sem um mínimo de planejamento, sob o risco de se quebrar no meio do caminho. O mesmo conselho vale para o envelhecimento.

Por coincidência, neste ano farei minha primeira maratona – também um sonho antigo. Nunca achei que estivesse preparada, mas agora sinto que estou madura o suficiente para encarar a distância que assombra até os corredores mais corajosos.

As pessoas, meus caros, assim como os sonhos, também amadurecem.

Convido você, meu querido leitor, a me acompanhar nessas aventuras. Sua companhia será valiosíssima para que essa jornada seja ainda mais rica. Os achados – jornalísticos e pessoais – dessa viagem estarão nas redes sociais da *Aptare*.

Nos vemos da estrada!



Lilian Liang
Editora

CBGG 2023: inovação e propósito

Com uma programação inovadora, o XXIII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia acontece entre 23 e 25 de março em versão completamente presencial e promete atender aos mais variados interesses de seus participantes

Por **Lilian Liang**

Divulgação



IVETE BERKENBROCK Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

A 23ª edição do Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia vai ser a primeira inteiramente presencial desde o início da pandemia de Covid-19. Poderia ser simplesmente uma volta ao velho *modus operandi*, mas muita coisa mudou durante aquele período: o formato online se firmou como modelo de evento; muita gente prefere a flexibilidade do não presencial; a programação exigiu cuidado extra para a inclusão de temas que ganharam tração e visibilidade nos últimos anos. Assim, o que parecia ser um retorno a um modelo de trabalho já estabelecido provou ser uma oportunidade de reinvenção.

Oportunidade que Ivete Berkenbrock, presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, abraçou de bom grado. O próprio mote do evento dá o tom: “Dos 5 Is aos 5 Ms –

da evolução de conceitos à inovação de cuidados”. A programação do congresso trará o que há de mais novo no universo da geriatria e gerontologia, mas também abordará temas como empreendedorismo e mídias sociais, fundamentais para a atualização de quem trabalha com envelhecimento.

O formato das aulas será outra novidade do CBGG 2023. Além das palestras convencionais, essa edição do evento contará com “mesas de botequim”, sessões onde congressistas poderão esclarecer dúvidas com especialistas num ambiente mais informal. “Teremos profissionais com muita experiência em clínica, que possam abordar vários assuntos, porque não sabemos as perguntas que virão. Em um botequim tudo pode acontecer”, brinca Ivete. O evento também terá a exibição de documentários com temá-

tica LGBTQIA+, seguida de discussão com os diretores – um formato inédito dentro de um congresso científico.

Para a geriatra, essas inovações têm apenas um objetivo. “Queremos que o participante saia do congresso e diga ‘Puxa, que bom que eu vim’. É essa a frase que a gente quer ouvir”, afirma.

Apesar da dedicação exigida para a organização de um congresso desse porte, Ivete acredita que o compromisso com a SBGG está sendo importante não apenas em termos profissionais, mas também para seu próprio envelhecimento. “É uma responsabilidade imensa, mas ao mesmo tempo me obriga a estar em contato, a me atualizar. É um aprendizado porque você exerce a tolerância e a sabedoria, pois convive com muitas diferenças”, diz.

Confira a seguir os principais trechos da entrevista.

Aptare – Como está sendo organizar o primeiro CBGG presencial, depois de um período tão conturbado?

Ivete Berkenbrock – A gestão anterior estava com o congresso preparado para maio de 2020. Aí veio a pandemia e fomos obrigados a suspender. A comissão científica anterior teve um trabalho hercúleo durante o ano para transformar um congresso presencial com muitos participantes e palestrantes em um congresso online, com programação e horário reduzidos. Foi uma experiência totalmente nova, desafiadora e de imenso sucesso. Foi o congresso com o maior número de inscritos que já tivemos até hoje, justamente por ser online. A tecnologia foi bastante desenvolvida durante a pandemia e possibilitou que palestrantes da Europa e dos EUA participassem também. Como esse congresso foi transferido para 2021 e os congressos nacionais só acontecem a cada dois anos, tivemos que reformular o estatuto para mudar a data. Com isso tivemos que remanejar, inclusive, o local de realização do evento. O congresso sempre acontece na cidade da presidente, no meu caso, Curitiba. Mas tivemos que usar aquilo que já estava programado para São Paulo. Começamos a preparar, mas sempre com um pouco de receio. A cada nova variante, a cada nova crise, a gente ficava com o coração apertado. E as decisões têm que ser tomadas, porque é uma alocação de pessoas, de equipe. Um congresso envolve muitas variáveis. Mas, felizmente, esse vírus arrefeceu e está pratica-

mente sob controle, possibilitando então esse encontro presencial. E aí existe toda uma adaptação das pessoas para providenciar novamente a sua ida, as passagens, a estadia. Algumas pessoas ainda não estão acostumadas e preferem o formato online, mas nós já tínhamos esse local reservado e tinha de ser agora, então estamos fazendo o congresso em março, embora ele sempre aconteça mais para o meio do ano. Passamos praticamente 20 horas do dia pensando e trabalhando nesse evento nos últimos meses. Vai dar tudo certo. Temos excelentes palestrantes e uma ótima equipe. Tenho certeza de que vai ser um bom evento. Estamos trabalhando para isso.

Aptare – Como foi pensada a programação científica do congresso?

Ivete – Nós nos baseamos nos cinco Ms da geriatria, que foram lançados pela médica americana Mary Tinetti. Em 2017 ela escreveu um artigo com essa nova proposta da abordagem do envelhecimento, em cinco Ms, porque são representados por uma mão. Existe toda uma simbologia, porque a mão é algo que sempre te apoia, te conduz, te ajuda. Uma mão é necessária. A gente sempre diz “Vou te dar uma mão”. A doutora Tinetti teve essa brilhante ideia e nomeou os cinco Ms porque todos os temas começam com a letra M. Um dos dedos seria “mente”, portanto, tudo o que se refere a demência, depressão, delírio, saúde mental. O outro M seria de “mobilidade”, no sentido de preservar, pelo maior

tempo possível, a mobilidade e a capacidade da pessoa idosa, por exemplo, prevenindo quedas. Assim, quanto mais mobilidade, mais autonomia. O outro M é “medicações”, que, dentro da geriatria, tem uma abordagem muito específica, pois o geriatra é aquela pessoa “chata” com medicação. Nós sempre dizemos “Traga toda a medicação que você está usando”, porque nós também somos responsáveis por desprescrever e somos os maestros da polifarmácia que o paciente traz dos vários especialistas que consulta. O quarto M é de “multicomplexidade”, que é o apoio no gerenciamento das condições crônicas das doenças, mas em contexto biopsicossocial. E o outro M é o que mais importa, que é aquele apoio no cumprimento das metas e das vontades da pessoa idosa para o futuro. Esses cinco Ms serão o foco do congresso. Cada sala será destinada a um desses eixos.

Aptare – E onde a sessão sobre empreendedorismo, por exemplo, entra nos cinco Ms?

Ivete – Ela entra em toda essa estrutura, porque temos que capacitar o profissional de saúde a também ter uma resposta satisfatória do exercício da sua profissão. E hoje tudo exige planejamento. Então, como ter uma clínica voltada para a pessoa idosa? Desde a arquitetura até as pessoas que vão atender o paciente, que pode ter maiores ou menores necessidades. Como gerar lucro com essa clínica? Essa pauta entrou por uma demanda dos próprios profissionais.

“ O OBJETIVO É QUE O PARTICIPANTE DO CONGRESSO [...] DIGA 'PUXA, QUE BOM QUE EU VIM'.

Eu tenho certeza de que essa sala vai estar cheia, porque não aprendemos isso na faculdade. A gente foca na cura, na abordagem, no cuidado. Mas o cuidado do local onde você trabalha ou como você vai trabalhar importa muito. Então, se eu escolher ser um médico geriatra hospitalista, tenho que ter um planejamento de como vai ser esse meu trabalho. Como vou empreender com essa minha rotina de trabalho dentro de um hospital? Se escolho trabalhar só no ambulatório, só com consultório, é uma outra dinâmica, e eu preciso saber disso também. Se me dedico ao serviço público, vou trabalhar só para assistência pelo SUS, por exemplo, eu também tenho que saber como empreender com essa minha escolha. Se eu sou um fisioterapeuta mas quero trabalhar com fonoaudiólogo? Com psicólogo, com médico geriatra? Isso é empreender, porque eu vou formar uma equipe. Todas essas questões entram no empreendedorismo e contemplam os cinco Ms.

Aptare – A programação também contará com uma aula dedicada a redes sociais.

Ivete – A comunicação é uma grande preocupação atual. Como eu me comunico com o meu paciente? Ve-

mos muitos casos em que os profissionais se colocam em situações delicadas e, muitas vezes, antiéticas. Por isso, decidimos trazer esse assunto também, que vai ser abordado, inclusive, com a interferência do Conselho Federal de Medicina (CFM). Teremos também participantes da Câmara Técnica de Geriatria dentro do CFM, justamente porque é o órgão que rege essa questão. Essa questão das mídias também nos possibilitou identificar aqueles profissionais que se dizem geriatras ou especialistas em gerontologia e não o são. Eles expõem lá, bem grande, para quem quiser ver. Nós temos um diretor de defesa profissional dentro da SBGG nacional e também dentro de cada seccional, que é o responsável, entre outras situações, pela identificação de pessoas que se autointitulam geriatras ou especialistas em gerontologia mas não o são. Isso é então enviado para o CRM da região, que encaminha para o CFM e muitas vezes é instaurado um processo.

O que é muito interessante é que às vezes a pessoa nem está fazendo por mal. Houve uma médica que foi abordada e ficou completamente surpresa. “Eu não pensei que estivesse causando um dano para mim

mesma. Mas vou regularizar essa situação e quero fazer a prova de título.” Então veja como as redes sociais têm esse papel também. Esse assunto tem que ser abordado, porque a ética não pode fugir de nada. Ela precisa estar em todos os temas. Eu posso fazer uma propaganda do meu trabalho totalmente dentro da ética. Isso é possível.

Aptare – O CBGG 2023 vai ter até exibição de documentários com temática LGBTQIA+. É algo novo num congresso científico.

Ivete – Quem está envelhecendo hoje está envelhecendo de maneira diferente dos meus pais. Hoje há essa possibilidade de falar, de expor, de ser o que se é. A pessoa idosa está tendo essa possibilidade. Existe ainda muito etarismo, que é um assunto que também a gente pode falar, mas já melhorou muito. E melhorou por quê? Porque a gente traz o assunto para falar dentro de um contexto ético, profissional.

Então esse vai ser um local para discutirmos sexualidade, diversidade, etarismo. Como sociedade científica temos que exercer esse papel também de educar.

Eu me lembro que, a primeira vez em que abordei sexualidade com um grupo de residentes, eles me olharam com um olho desse tamanho. Porque na anamnese a gente pergunta sobre a condição da pessoa e nisso se inclui a sexualidade. Hoje já é mais comum, mas naquela época não se perguntava sobre isso. Mas eu me lembro que os alunos ficaram assim, constrangidos. O pa-

ciente não ficou, mas eles ficaram. Quando começamos a falar sobre sexualidade nos consultórios, os pacientes sentiram um alívio, porque esse tema não partiria espontaneamente deles. Estou falando de um tempo atrás – eu tenho 44 anos de profissão, então já peguei várias décadas de evolução de conceitos. Ninguém abordava esse assunto. A mulher até falava com o seu ginecologista, mas muito temerosa, porque não existia tanta empatia para discutir esse assunto. Os homens conversavam com o seu cardiologista, porque até que eles fossem ao urologista demorava um tempo. O geriatra veio para ocupar também esse espaço, porque se a gente quer saber tudo sobre a pessoa, se é uma função nossa fazer a avaliação geriátrica ampla, por que não incluir a sexualidade nela? E, hoje, não dá mais para pensar em não perguntar, em não se interessar. Se bem que a pessoa idosa de hoje também já se coloca com menos constrangimento. A inclusão desse tema é inovadora nesse sentido, de trazer a questão para um congresso científico, mas faz parte cada vez mais da nossa rotina.

Aptare – Outra parte que me chamou a atenção foi a “Tem coisa que se aprende na mesa de botequim. O que você quer saber?”. Do que se trata?

Ivete – Foi uma ideia da dra. Cristiane Santana, que é nossa diretora científica, uma baiana de primeira, de criar algo bem descontraído, que permitisse aos participantes fazer perguntas que às vezes não dá tempo em uma conferência ou mesa-re-

donda. Então, a gente vai sentar e vai conversar. Teremos profissionais com muita experiência em clínica, que possam abordar vários assuntos, porque não sabemos as perguntas que virão. Pode vir alguém dizendo “Tenho um paciente que não melhora da depressão. Eu uso um medicamento, uso outro, tenho acompanhamento da psicóloga, mas não melhora. O que que você sugere que eu faça?”. Aí, o profissional vai abordar esse assunto da depressão ali, e vai tentar resolver aquele minicase clínico. Vem um outro participante, um educador físico, e diz: “Eu não consigo que o meu paciente tenha persistência em uma atividade física. Ele começa e para, começa e para. O que eu poderia fazer para motivá-lo?”. Então, assim, vai ser conversa de botequim mesmo. Mas a gente não tem a mínima ideia do que vai acontecer, porque em um botequim tudo pode acontecer.

Aptare – Parece que haverá sessões para todos os interesses.

Ivete – O profissional que vai participar desse congresso vai encontrar o que foi buscar. Nosso público é bem diverso. Temos farmacêuticos, bioquímicos, fonoaudiólogos, psicólogos, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas. Teremos muitas mesas práticas da clínica, daquele dia a dia. “Estou com paciente na minha frente, com quadro de alteração de comportamento na demência, não sei o que fazer” – lá ele vai encontrar uma

aula sobre isso. “Isso tudo eu já sei, mas o que eu posso esperar da pesquisa científica no tratamento da demência?” Ele vai encontrar lá. “No Parkinson, o que tem de mais evidência?”, “Que evidências existem para que o meu paciente tenha mais massa muscular por mais tempo e não entre na fragilidade?” Ele vai encontrar lá. “O que fazer com o paciente que já tem fragilidade? Como abordar esse paciente que é um idoso muito idoso, um centenário?” Ele vai encontrar lá também. “Que políticas públicas estão beneficiando a pessoa idosa?” Lá ele vai encontrar. “O que eu posso fazer para promover saúde naquele que não é tão idoso mas que quer envelhecer bem?” Ele vai encontrar lá.

Serão oito salas funcionando ao mesmo tempo. Teremos toda a parte de gerontologia, favorecendo todos os profissionais não médicos, e uma parte para o médico aplicar na sua clínica diária ou na sua pesquisa. Teremos pessoas trazendo seus trabalhos, porque a gente aprende com quem está inovando.

Teremos uma sala com vários palestrantes internacionais falando de cuidados de longo prazo. Os idosos frágeis ou com doenças crônicas vão envelhecer e vão exigir um cuidado prolongado – como nos preparamos para atender essas pessoas?

Vamos discutir como está a pesquisa na América Latina, porque temos que olhar para aquilo que está mais próximo de nós. Além disso, vamos trazer experiências inovadoras de

“ TER UM PROPÓSITO, TER ALEGRIA FAZ MUITA DIFERENÇA. EU DIGO PARA OS MEUS PACIENTES: ‘TENHAM PROPÓSITOS. PROCUREM ALEGRIA’.

outros países no simpósio do COMLAT, que é o Comitê Latino-Americano, que faz parte da Associação Internacional de Geriatria e Gerontologia. Vamos debater o que cada país aqui da América Latina está fazendo e identificar o que podemos reproduzir no Brasil.

Vamos ainda abordar autocuidado e educação para o envelhecimento. Ouvi que a ONU está falando do aumento da população para 2050. São 25 anos. As pessoas que hoje têm 40 anos terão 65 em 2050. Mas elas não podem esperar chegar aos 65 para começar a pensar na velhice. Elas têm que mudar os hábitos ruins hoje. Então não vamos falar apenas de quem está doente, mas também sobre promoção de saúde. Como a pessoa pode manter sua capacidade funcional pelo maior tempo, porque esse é o conceito de envelhecimento bom. O envelhecimento bom é aquele em que se tem autonomia e independência até o fim dos dias.

O objetivo é que o participante do congresso saia de lá e diga “Puxa, que bom que eu vim”. É essa a frase que a gente quer ouvir.

Aptare – Como a senhora se envolveu com a geriatria? E como está encarando seu próprio envelhecimento?

Ivete – Eu venho de uma família do interior de Santa Catarina. Família

de agricultores, colonos alemães. Minha família é muito longeva, principalmente a da minha mãe. Eu tive três tios centenários, tios-avós centenários. Tenho vários primos em segundo grau centenários, e eu cresci com as pessoas idosas na minha família. Nós sempre moramos perto dos meus avós, então, eu os vi brincar e os vi sempre muito ativos. Os irmãos do meu avô envelheceram, meus avós envelheceram, eu não me dava conta disso, porque era natural. Mas fui percebendo que, entre os meus amigos, eu era uma das pessoas que continuavam tendo pai, continuavam tendo avô. Eu conheci a minha bisavó. Então, isso estava no meu meio ambiente, digamos. Pessoas que trabalhavam muito. A velhice não era uma questão que impedisse alguma coisa. Graças à genética, aos hábitos de vida, a muita sorte também, foram pessoas que envelheceram muito.

Aí eu saí para fazer medicina e, quando retornei à minha cidade, voltei como clínica médica. De repente, o meu consultório começou a encher de pessoas idosas. Meus colegas perguntavam “Mas como é que você tem tanta paciência com esses pacientes?”. Eu dizia: “Gente, mas na minha casa tem idoso, eu convivo com idosos. Para mim, não é paciência”. Aí, eu senti necessidade de me

aprimorar, de estudar a questão do envelhecimento. Fui para Madri, fiquei um tempo lá estudando e, quando voltei, fui convidada por um colega de Curitiba para vir trabalhar aqui. E foi assim, quando eu vi, eu já estava envelhecendo. Hoje tenho 70 anos, dou graças a Deus que tenho saúde e propósitos, que são fundamentais. Isso eu trouxe de casa, acho que está no DNA mesmo. E ainda tenho muita disponibilidade. Então meu processo de envelhecimento está sendo assim, com muita atividade. O compromisso com a SBBG, por exemplo, está sendo muito benéfico para o meu envelhecimento. É pesado, é uma responsabilidade imensa, mas ao mesmo tempo me obriga a estar em contato, a me atualizar. É um aprendizado porque você exerce a tolerância e a sabedoria, pois convive com muitas diferenças. Eu aceito as limitações que o envelhecimento traz, mas acho que eu tenho que ir fazendo, procurando outras atividades, substituir algumas que eu já não consigo fazer. Acho que estou bem, no momento. Estou me sentindo bem. Mas ter um propósito, ter alegria faz muita diferença. Eu digo para os meus pacientes: “Tenham propósitos. Procurem alegria”. A vida não é fácil e, às vezes, não é justa. Mas é o que a gente tem, é o que me cabe. Então, vamos fazer desse processo algo mais leve. ▲



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

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 ADEÇÃO

30 CÁPSULAS R\$ 119,00



60 CÁPSULAS R\$ 209,00

Referências bibliográficas: 1. Torrent A, Ruhl R, Theodosakis J, et al. Comparison of the efficacy of two products sold as orally – Administered hyaluronic acid supplements, IB0004 and ID386 on the endogenous in vitro synthesis of hyaluronic acid by human synoviocytes. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2009;17(suppl. 1):S277-8. 2. Baklan F, Armagan O, Ozgen M, et al. Effects of oral native type II collagen treatment (B-2Cool™) in knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Bioiberica*. 2015. 3. Informações técnicas Mobile®. 4. Martínez-Puig D, Carmona J, Arguelles D, et al. Oral hyaluronic acid administration improves osteochondrosis clinical symptoms and slightly increases intraarticular concentration of hyaluronic acid in a horse model: a pilot survey. *Osteoarthritis Cartil*. 2007;15:C62-C63. 5. Sanchez J, Bonet ML, Keizer J, et al. Blood cells transcriptomics as source of potential biomarkers of articular health improvement: effect of oral intake of a rooster combs extract rich in hyaluronic acid. *Genes Nutr*. 2014;9:417. 6. Möller J, Martínez-Puig D, Chetrit C, et al. Oral administration of a natural extract rich in hyaluronic acid for the treatment of knee OA with synovitis: a retrospective cohort study. *Clinical Nutrition Supplements*. 2009;4(2):171-2. 7. Torrent A, Ruhl R, Martínez C, et al. Anti-inflammatory activity and absorption of a natural rooster comb extract (Hyal-Joint™). *Osteoarthritis and Cartilage*. 2010;18(suppl. 2):S246-7. 8. Torrent A, Ruhl R, Theodosakis J, et al. Comparative efficacy of IB0004, extracted hyaluronic acid (HA) and fermented HA on the synthesis of endogenous HA by human synoviocytes. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2009;17(suppl. 1):S278-9. Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. É proibida a reprodução parcial ou total do conteúdo deste material por qualquer meio sem autorização prévia da Apesen Farmacêutica. Março/2022.

Produto isento de registro conforme RDC 27/2010.



#sexualidade

POR MILTON CREINITTE

Médico geriatra, doutor em ciências pela USP, coordenador do ambulatório de sexualidade do Serviço de Geriatria do HCFMUSP e apresentador do podcast EnvelheSER.

TRANSFORMING THE INVISIBLE INTO THE VISIBLE: DISPARITIES IN THE ACCESS TO HEALTH IN LGBTQIA+ OLDER PEOPLE



Ser uma pessoa idosa LGBTQIA+ confere um risco aumentado para o indivíduo apresentar um pior acesso à saúde? Foi essa a principal pergunta desse estudo, cuja resposta infelizmente foi positiva.

Por meio de um questionário online, anônimo, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo e divulgado pelo recrutamento em "bola de neve", conseguimos a resposta de quase 7 mil pessoas (1.332 LGBTQIA+ e 5.361 não-LGBTQIA+) com uma mediana de idade de 60 anos, predominantemente provenientes da região Sudeste do Brasil.

Utilizamos perguntas de uma escala para avaliar o acesso de primeiro contato e também questionamos sobre a realização de exames preventivos, como a mamografia e o Papanicolau. Nesse contexto, e após a análise multivariada, ser LGBTQIA+ foi encontrado como um fator independente para um pior acesso à saúde (RP=2,5, IC95% 2,04-3,06), e a taxa de rastreamento para câncer de cólon, mama e colo do útero também foi menor na população LGBTQIA+.

Dessa forma, políticas públicas para garantir a equidade no acesso à saúde são necessárias para promover um envelhecimento ativo de todos.

O SILÊNCIO DA SEXUALIDADE EM IDOSOS DEPENDENTES



Um tabu ainda existente no contexto da sexualidade de pessoas idosas é a sua discussão para aquelas com alguma incapacidade. Foi essa reflexão que os autores trouxeram com seu estudo,

uma análise qualitativa do discurso de 26 pessoas idosas com alguma dependência.

Há uma clara diferença encontrada na fala baseada no gênero dos participantes, na qual homens evidenciaram tristeza, sensação de menos-valia e perda de sua imagem masculina na ocorrência de alguma disfunção sexual. Entretanto, para outros indivíduos, mesmo na ocorrência de dependência física, como na perda de mobilidade de um entrevistado, a expressão da sexualidade trouxe satisfação e bem-estar.

Já para as mulheres houve desde falas corroborando uma aceitação do encerramento de sua "carreira sexual" até outras nas quais as mudanças corporais na aparência desencadearam bloqueios para a iniciação de atividades sexuais.

Por fim, os pesquisadores destacam a dificuldade dos entrevistadores em abordar tal temática, o que ainda mostra que precisamos mudar esse paradigma nos cursos de geriatria e de gerontologia.

SUBJECTIVE COGNITIVE DECLINE ASSOCIATED WITH DISCRIMINATION IN MEDICAL SETTINGS AMONG TRANSGENDER AND NONBINARY OLDER ADULTS



Algumas hipóteses relacionando uma possível maior prevalência de demências e declínio cognitivo subjetivo (DCS) em minorias sexuais e de gênero têm sido estabelecidas. Uma das principais explicações para esse pressuposto é o modelo de Estresse de Minorias, cunhado pelo professor Ilan Meyer em 2003, que associa o pertencimento a grupos minorizados à ocorrência de problemas em saúde mental e física.

Nesse contexto, Lambrou e colaboradores realizaram um estudo de coorte transversal online comparando os dados de 115 pessoas trans e não binárias com os de 592 cis LGBTQ+. A taxa de DCS foi maior no grupo de pessoas trans e a discrimi-

nação em serviços de saúde conferiu um risco 7,5 vezes maior (OR: 7.49; 95%-CI: 1.7–32.9; $p = 0.008$) para apresentação de uma memória considerada como ruim, em comparação com aqueles que não referiam discriminação.

Dessa forma, esse artigo mostra a importância da inclusão de temas relacionados à diversidade em estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento de demências.

DEMENTIA AND SEXUALITY IN LONG-TERM CARE: INCOMPATIBLE BEDFELLOWS?



Grigorovich e colaboradores analisaram o discurso de 27 indivíduos, entre familiares, pessoas vivendo com alguma demência e funcionários de instituições de longa permanência, sobre suas percepções a respeito de micro e macrobarreiras para a expressão da sexualidade em contextos de declínio cognitivo.

A maior parte dos achados foi no sentido de apagamento e proibição dessas manifestações, mesmo que muitas delas fossem sua importância. A única exceção para isso foi a identificação do respeito à intimidade de casais heterossexuais casados.

As novas relações entre residentes vivendo com demência e também as manifestações de masturbação (mesmo que na privacidade de quarto individual) eram explicitamente proibidas, exibindo possíveis violações dos princípios da dignidade e autonomia.

É claro que as equipes assistenciais receiam compactuar com algum estupro ou abuso de vulnerável. Porém, essa discussão e reflexão para além do TUDO ou NADA são importantes para a garantia de direitos humanos das pessoas idosas.

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

A expedição visitará 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!

APOIO



TELEMEDICINA, recurso essencial na humanização da saúde

Divulgada no início de janeiro de 2023, uma notícia aponta o uso dos recursos da telemedicina como uma medida importante para diminuir filas de espera para atendimento

Por **Maria Lígia Pagenotto**

O Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) é a maior e mais bem equipada instituição de saúde pública de uma das maiores cidades do interior paulista, distante cerca de 90 quilômetros da capital. O HC atende pacientes de alta complexidade, sendo referência para toda a macrorregião, que envolve mais de 80 municípios, com uma população aproximada de 7 milhões de pessoas.

As filas de pacientes divulgadas pela instituição, no noticiário do início de janeiro, dão ideia da sobrecarga: apenas em oncologia havia, em meados de janeiro de 2023, cerca de 1,5 mil pessoas aguardando para ser atendidas. Em ortopedia, eram mais de mil e, em cardiologia, 200 pessoas. Segundo a superintendência do hospital, além da quantidade de pacientes na espera, chama atenção também a gravidade dos casos.

Essa situação não é isolada. Muitos locais de atendimento médico das redes pública e privada em todo o Brasil enfrentam o mesmo problema. A pandemia de Covid-19 afastou as pessoas dos hospitais, adiou o agendamento de consultas e, por consequência, fez crescer as filas de espera – além de agravar algumas patologias.

Diante dessa situação, a diretoria do HC de Campinas dará início a um projeto-piloto de matriciamento, envolvendo 20 municípios da região metropolitana. A ideia é monitorar a capacidade de atendimento dos hospitais nas cidades vizinhas, como forma de evitar encaminhamentos sem necessidade para o HC, que atua como referência em atendimento terciário e quaternário, principalmente.

O uso da telemedicina também irá facilitar aos profissionais de saúde das diversas instituições que mantenham contato entre si. À distância, médicos especialistas do HC da Unicamp vão capacitar os profissionais das cidades inseridas no projeto e oferecer suporte para contrarreferenciar pacientes já atendidos em Campinas para unidades básicas de saúde e hospitais nas suas cidades de origem. Dessa forma, o hospital ficará menos sobrecarregado, focando sua atuação nos casos de média e alta complexidade.

O objetivo da iniciativa é garantir atendimento de qualidade aos internados e às pessoas em tratamento, como forma de diminuir o sofrimento de quem espera por uma vaga. É sob essa perspectiva que o pesquisador e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Chao Lung Wen enxerga o futuro da telemedicina no Brasil. Segundo ele, que é chefe da disciplina de Telemedicina da FMUSP e presidente da Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde (CBTMs), a prática contribui para a humanização dos serviços de saúde.

“A telemedicina ganhou força durante a pandemia de Covid-19. A ferramenta tornou-se essencial para garantir o acesso à saúde”, pontua Chao, pioneiro da especialidade no Brasil. Mas enfatiza: “A telemedicina é muito mais do que oferecer consultas online”. O trabalho que a Unicamp está se propondo a fazer, voltado a desafogar o atendimento hospitalar, corrobora o que diz Chao.

Integrante da equipe de transição na área da saúde do governo do estado de São Paulo, Chao afirma que é fundamental que o sistema de saúde seja híbrido e que possa me-

lhorar com o uso dos recursos digitais. Para ele, é preciso que a saúde digital esteja bem estruturada até 2025.

Em maio do ano passado, o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou a Resolução nº 2.314/2022, que define e regulamenta a telemedicina no Brasil. A crise sanitária por causa da pandemia de Covid-19 acelerou o processo, mas o tema já vinha sendo discutido no país.

Telemedicina e suas aplicações

Chao ressalta que essa resolução do CFM é restrita a médicos. A telemedicina, esclarece, é o exercício da medicina por meio de tecnologias digitais para atendimento/assistência, educação/pesquisa, promoção de saúde e prevenção de doenças. Dessa forma, engloba vários serviços, como teleconsulta, telediagnóstico, telecirurgia e a teletriagem médica.

Já o termo telessaúde é mais abrangente e envolve todas

as áreas ligadas à saúde além da medicina, como enfermagem, psicologia, farmácia, entre outras. Cada profissão, por meio de seus conselhos, deverá definir regras próprias para atuar com a tecnologia.

“Não podemos esquecer que, por lei, cada autarquia de fiscalização precisa zelar pela qualidade do exercício profissional dentro das diversas áreas”, diz Chao. “As resoluções são o mecanismo que os conselhos têm para fiscalizar e assegurar que seus profissionais estejam atuando dentro da ética. Para garantir a qualidade, existem as auditorias.”

Diante da realidade de países com populações que envelhecem rapidamente, como é o caso do Brasil, a telemedicina vem ganhando cada vez mais espaço. Ela tem sido tema de eventos e gerado diversos debates. Em outubro do ano passado foi realizada na capital paulista a quarta edição do Global Summit Telemedicine & Digital Health, pro-



“ A telemedicina é muito mais do que oferecer consultas online.

movida pela Associação Paulista de Medicina em parceria com o Transamérica Expo Center de São Paulo.

Na ocasião, Claudio Lottenberg, presidente do Instituto Coalizão Saúde e do Conselho de Administração do Hospital Israelita Albert Einstein, afirmou que a revolução digital é um marco transformador para a saúde. “Cabe a todos os envolvidos conduzir essa revolução em prol dos pacientes, médicos, pesquisadores e estudantes de medicina”, disse.

Para o executivo, o cenário aponta para muitas possibilidades e é extremamente desafiador. “O envelhecimento da população e o aumento da ocorrência de doenças crônicas, além do risco de futuras pandemias, são obstáculos

que precisam ser superados, assim como o ciclo de as pessoas se tratarem somente após adoecerem e irem ao hospital”, disse Lottenberg.

Sobre esse aspecto, o médico Chao é taxativo quanto às possibilidades do uso da tecnologia. “Temos que olhar essas questões da promoção de saúde e prevenção de doenças (mudanças de hábitos para diminuir o risco de doenças) com muita atenção. Elas devem ser a prioridade na atuação, tanto da telemedicina quanto da telessaúde, até 2030, em especial nas áreas ligadas ao envelhecimento.”

Em grandes centros urbanos, a telemedicina precisa se consolidar como recurso fundamental para otimizar o atendimento, evitando agravamento das doenças. Mais do que isso, segundo Chao, ela também deve ser utilizada na prevenção e no controle de uma série de patologias. A seu ver, a tecnologia pode colaborar para a implementação de linhas de cuidado. “A teleconsulta não é o mais importante nesse contexto: o mais importante é que, ao atender uma

PESQUISA TIC SAÚDE 2022

No início de dezembro de 2022, foram divulgados alguns resultados da TIC Saúde 2022. Realizada anualmente desde 2013 pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br), essa pesquisa busca analisar o estágio de adoção de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) em estabelecimentos de saúde brasileiros, com indicadores relacionados a instituições e profissionais de saúde. As entrevistas ocorreram entre abril e outubro de 2022, ouvindo 2.127 gestores em todo o território nacional. Também foram entrevistados 1.942 profissionais da área de saúde.

A pesquisa constatou que a teleconsulta já foi utilizada para atender pacientes por 33% dos médicos e 26% dos enfermeiros no país. Os indicadores mostram um crescimento significativo no uso de tecnologias pelos profissionais de saúde, comparado com o cenário anterior à pandemia. Um desses avanços se deu no acesso a dados dos pacientes que estão disponíveis por meio ele-

trônico. No caso específico dos enfermeiros, houve grande crescimento em anotações de enfermagem (de 52% em 2019 para 81% em 2022); histórico e anotações clínicas do paciente (de 62% para 85%) e imagens de exames radiológicos (de 42% para 65%). Entre os médicos, os maiores aumentos foram na disponibilidade de lista de medicamentos prescritos ao paciente (de 74% em 2019 para 85% em 2022); nos principais motivos que levaram o paciente ao atendimento (de 77% para 85%) e nas anotações de enfermagem (de 69% para 79%).

Segundo Alexandre Barbosa, gerente do Cetic.br, “com a maior adoção de sistemas eletrônicos pelos estabelecimentos de saúde, observamos em 2022 que os profissionais passaram a ter mais acesso a dados dos pacientes no formato eletrônico, o que pode impactar de forma positiva a assistência em saúde”.

Telessaúde

A pesquisa constatou ainda um avanço na utilização das ferramentas de telessaúde: em 2019, o monitoramento

peessoa, eu implemente uma linha de cuidados ao longo do tempo em relação a ela, com o objetivo de resolver seus problemas de saúde e garantir que não haja recorrência.”

Na regulamentação da especialidade, explica Chao, foram definidas pelo CFM sete modalidades de serviço na telemedicina, e a teleconsulta é apenas uma delas. As outras são: teleinterconsulta, telediagnóstico, telecirurgia, telemonitoramento, teletriagem e teleconsultoria. Entre essas, ele ressalta que, numa população envelhecida, o telemonitoramento é provavelmente o mais importante. “Trata-se de um processo no qual eu poderei acompanhar o paciente periodicamente, vou saber como está evoluindo porque tenho conhecimento do seu processo clínico, físico, mental, emocional”, assegura. Em muitos casos, diz ele, o paciente idoso não está sozinho. Ele tem alguém que o acompanha e que pode passar ao médico informações básicas, como temperatura, peso, pressão arterial e nível de glicemia, facilmente aferidas no âmbito doméstico.

“De posse desses dados, eu posso dar um retorno rápido, verificando se há algo alterado e orientando-o sobre como proceder. Isso agiliza o atendimento, evitando o agravamento das doenças e suas complicações”, explica Chao. A telemedicina, segundo ele, poderá resolver, de certa maneira, um problema frequente nos atendimentos do SUS: “A pessoa faz um exame, mas, por vezes, demora meses para conseguir levar o resultado ao médico e receber orientação. Isso agrava os quadros. Com o telemonitoramento, em 30 dias, no máximo, eu consigo dar retorno e instruções ao paciente”.

A telemedicina, na visão dos especialistas, deve abarcar essa linha de cuidado, que tem, inclusive, um impacto econômico importante. “Quando não damos a devida atenção a um paciente que já estamos acompanhando, o sistema de saúde desperdiça dinheiro, pois muito do tratamento se perde com essas demoras”, destaca.

Claudio Lottenberg também apontou essa questão em

remoto de pacientes, por exemplo, era realizado por somente 16% dos enfermeiros. Em 2022, passou a ser utilizado por 29% deles. Entre os médicos, a prática cresceu de 9% para 23% no mesmo período. Também nos serviços de teleconsultoria (contato entre profissionais da área para sanar dúvidas) houve um aumento de 26% para 34% entre os enfermeiros, e de 26% para 45% entre os médicos. A prescrição médica em formato eletrônico já está sendo realizada por 68% desses profissionais. No entanto, a assinatura das prescrições continua sendo feita, em ampla maioria (71%), de forma manual.

Os dados desta 9ª edição da TIC Saúde indicam que há uma contínua ampliação do uso de computador e internet nos últimos anos, mesmo nos estratos que apresentaram maiores disparidades, como nos estabelecimentos de saúde públicos. As Unidades Básicas de Saúde registraram aumento tanto no uso de computadores (passando de 94% em 2021 para 97% em 2022) quanto no acesso à internet (de 92% para 97%, em 2022). Isso significa dizer que, em um universo de 43 mil UBS, so-

mente 1,3 mil não possuíam esses dois recursos.

Novas tecnologias

A pesquisa também investigou o uso de novas tecnologias por 120 mil estabelecimentos de saúde. Foi observado que a principal fonte de informações sobre os pacientes continuam sendo os dados próprios dos estabelecimentos, sejam os provenientes de fichas cadastrais, formulários e prontuários (76%), sejam os fornecidos por dispositivos inteligentes e sensores (74%). A inteligência artificial é utilizada por cerca de 3,5 mil estabelecimentos de saúde e está mais presente nos estabelecimentos privados (cerca de 3,2 mil), enquanto os recursos de robótica são utilizados por cerca de 4,7 mil (3,3 mil destes são privados).



Para acessar a pesquisa,
escaneie o código ao lado

“ Com o apoio da tecnologia, a atenção ao doente é mais dinâmica, rápida, facilita e oferece mais qualidade de vida [...]”

sua fala durante o Global Summit Telemedicine & Digital Health. “Outra variável-chave em que a telessaúde se mostra eficiente é ao reduzir custos. Ao melhorar a logística e ampliar o acesso, a economia é uma consequência natural e bem-vinda”, disse. A seu ver, a telemedicina, o atendimento remoto e o autocuidado têm um grande potencial para se popularizar. “Com as ferramentas de saúde digital – que vão desde aplicativos a prontuários digitais, incluindo programas de diagnóstico com inteligência artificial, entre outras –, os profissionais da saúde podem fazer mais com menos. Elas permitem a coleta e a análise de dados de forma otimizada, assim como a intervenção e a tomada de decisões de maneira mais rápida e precisa – um ganho para todos”, enfatizou Lottenberg.

Na prática geriátrica

Na realidade do dia a dia dos consultórios geriátricos, a telemedicina é aceita como um recurso extremamente importante. “Vejo a especialidade como algo essencial, capaz de produzir muitos ganhos na relação médico e paciente”, avalia a geriatra e paliativista Luciana Louzada, médica coordenadora da equipe de geriatria do Hospital São Camilo e diretora da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo. A regulamentação do uso da telemedicina foi muito bem recebida pela especialista. “Antes disso não podíamos utilizar o recurso de vídeo para atender um paciente. Fazíamos a orientação por telefone ou mensagem – ou seja, de forma incompleta. No geral, conforme o caso, eu precisava referenciar o paciente para o atendimento presencial em alguma unidade de saúde”, afirma. “Se houvesse a possibilidade da telemedicina, talvez esse paciente não precisasse disso, pois, em muitas situações, ter contato visual com a pessoa é essencial para

definir o diagnóstico e as prescrições.”

Em casos de pacientes demenciados, com alteração de comportamento, explica Luciana, é muito importante que o médico veja como ele está se comportando para ajustar a medicação, por exemplo. Mas ela pontua que, em certos casos e em algumas situações, apenas os pacientes que o profissional já conhece podem ser atendidos à distância. “Quando já é meu paciente, o atendimento não perde qualidade, porque eu já conheço sua história, converso com os cuidadores, vejo como ele está e, aí sim, consigo orientá-lo corretamente”, esclarece.

Na clínica médica e no consultório, casos como esses ganharam muito mais agilidade com o emprego da telemedicina. Uma consulta presencial mobiliza cuidados especiais, pois frequentemente é preciso que alguém acompanhe o paciente – em geral, mais de uma pessoa. “Com o apoio da tecnologia, a atenção ao doente é mais dinâmica, rápida, facilita e oferece mais qualidade de vida, pois evita desgastes e despesas com o deslocamento.” Para a especialista Luciana, as pessoas que, pelos mais diversos motivos, dependem de apoio para se deslocar são as que mais poderão se beneficiar da teleconsulta, desde que esse recurso seja utilizado com o devido cuidado. “Como tudo, é preciso que seja adequadamente regulamentado”, explica.

Já no caso de idosos que são acompanhados por cuidadores, é usual que as taxas de glicemia e a pressão arterial já sejam rotineiramente aferidas em casa. Numa consulta à distância, o médico pede apoio dos acompanhantes para obter essas e outras informações, o que é um modo de tornar o atendimento mais eficaz e seguro. Mas todos os especialistas deixam claro que nem sempre a teleconsulta substitui uma consulta presencial. “Se há uma queixa de problemas de memória, por exemplo, e a pessoa não pode ir logo ao consultório, eu ofereço uma teleconsulta. Procuro entender o que o paciente tem, mas esse atendimento tem apenas um caráter de triagem: analiso o caso, peço exames e já agendo um retorno presencial”, esclarece a geriatra.

A pandemia mostrou a necessidade e a utilidade desse recurso, que veio para ficar, na opinião da médica. Segundo ela, a teleconsulta não afasta o paciente do consultório – pelo contrário, o aproxima. “A pessoa iria demorar mais tempo para ter contato com o médico. Com a teleconsulta,

o cuidado se tornou mais dinâmico”, acredita. A banalização do uso do recurso não preocupa a especialista. Como qualquer ferramenta, precisa ser usada com critério e indicação. “Se ela for usada da maneira como foi proposta, não há por que acontecer um uso inadequado”, afirma.

Luciana considera que a interconsulta também é um recurso importante. “O médico generalista pode precisar da opinião de um especialista – ele recebe os resultados de um exame de imagem e precisa discutir com um radiologista, por exemplo. A tecnologia facilita a discussão do caso”, diz.

Preparando o futuro

A telemedicina poderá incluir também as cirurgias à distância. Mas, segundo Chao, o mais importante é que ela reduza a jornada de sofrimento do paciente. “Até o aperfeiçoamento das cirurgias feitas remotamente, haverá ainda um intervalo grande e, nesse tempo, devemos pensar no cuidado domiciliar conectado”, explica. Segundo o pesquisador, até 2025 devem ser lançados robôs de telepresença. A gigante Amazon, afirma ele, lançou um modelo chamado Astro para teleacompanhamento domiciliar.

Por isso, ele repete que é preciso que a saúde digital seja adequadamente estruturada e regulamentada até 2025. O professor destaca a importância dos aperfeiçoamentos nas telecomunicações com o uso de recursos tecnológicos assistenciais. O uso da inteligência artificial doméstica somada à utilização de estações de telessaúde em bairros ou condomínios (interligadas aos hospitais) para permitir um acompanhamento contínuo da saúde das pessoas é parte da grande revolução que se espera da telemedicina. “Há uma tentativa de fazer com que isso exista no âmbito da prevenção, como forma de garantir o acompanhamento do doente e evitar que os quadros evoluam”, explica.

Com relação à população idosa, a telemedicina pode ser uma potente estratégia para evitar doenças, dadas as possibilidades que ela oferece. A prevenção de demências, segundo o especialista, é uma delas. “O estímulo ao exercício via telemedicina contribui para o controle ou prevenção da hipertensão, que tem relação com a demência”, diz. Segundo o pesquisador, o mesmo se aplica ao cuidado com a saúde auditiva: “A cada 10 decibéis de redução de acuidade auditiva aumenta em 27% o risco de instalação de de-

mência”, afirma Chao.

Outro exemplo é a casa do idoso, que deve atender a requisitos de ergofuncionalidade, como forma de evitar acidentes. “Tudo isso é prevenção e pode ser feito com o uso das tecnologias. O telemonitoramento deve ser integrado, e outras áreas podem atuar em conjunto, como arquitetura e design de interiores”, ressalta Chao. Para ele, a questão central é humanizar o atendimento. “É desumano fazer um paciente se sacrificar durante horas para se deslocar de sua casa até o Hospital das Clínicas de São Paulo, por exemplo, sendo que, com a telemedicina, ele poderia ter um atendimento de qualidade, sem necessidade dessa viagem, feita em condições difíceis.”

E no caso de idosos que não dispõem de um celular próprio ou que têm dificuldade de lidar com as novas tecnologias? Chao responde que, em geral, essas pessoas vão até as consultas acompanhadas por um cuidador, profissional ou familiar. “É o mesmo caso: a teleconsulta terá de contar com o acompanhamento de alguém, seja para ligar o dispositivo, seja para auxiliar no contato com o médico”, explica.

Na sua opinião, os hospitais deveriam começar a implantar, sem exceção, teleambulatorios que ofereçam apoio remoto a quem teve alta, por, pelo menos, duas semanas. Esse é o período de maior fragilidade: se a pessoa não for bem acompanhada, corre o risco de o organismo descompensar e precisar passar por uma nova internação. “Isso é prevenção, política pública de saúde: criar uma força-tarefa de telemonitoramento pós-alta domiciliar, com equipe móvel de visita home care, como forma de evitar a reinternação desnecessária”, aponta Chao. “É preciso pensar na tecnologia, mas também nos objetivos dos nossos cuidados.” No caso do envelhecimento populacional, uma diversidade de situações novas surge e, de acordo com Chao, a telemedicina terá de dar conta dessas questões.

Por fim, há um outro grande desafio: incorporar a telemedicina na graduação, nas faculdades de medicina. “A barreira é a falta de educação, não de tecnologia”, afirma. Por ano, diz, são formados 80 mil médicos sem conhecimento dessas novas tecnologias. “Se nós não formarmos residentes com esse conhecimento, não teremos como orientar a população sobre o que são a telemedicina e a telessaúde, e pouco avançaremos”, finaliza. **A**

Enfermagem gerontológica e o cuidado à pessoa idosa com foco na formação profissional



MARIA CÉLIA DE FREITAS Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental (EERP-USP). Pós-doutorado (EEAN/UFRJ). Docente associada da graduação e pós-graduação da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora da linha de pesquisa Cuidado clínico de enfermagem à pessoa idosa e as práticas educativas do GRUPEESS/UECE. Coordenadora do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica/ABEn-Nacional.



ANGELINA MONTEIRO FURTADO Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (PPCCLIS/UECE). Membro da linha de pesquisa Cuidado clínico de enfermagem à pessoa idosa e as práticas educativas do GRUPEESS/UECE. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí/Campus Amílcar Ferreira Sobral (UFPI/CAFS).

Imagem: divulgação

O mundo assiste a um aumento significativo da população idosa. Esse evento preocupa sociedade, governantes e, especialmente, profissionais da saúde, com vistas a buscar estratégias para promoção da saúde e prevenção de agravos. As preocupações são resultantes do advento das condições crônicas e/ou degenerativas.

Nesse contexto, é relevante que ações de saúde pública voltadas a um envelhecimento ativo e saudável da população combinem os cuidados do adoecimento com o estímulo ao distanciamento de comportamento propenso a risco (PAGENOTTO, 2022).

Entre as profissões da saúde, a enfermagem, em espe-

cial a enfermagem gerontológica, preocupada com a manutenção da autonomia e da independência da pessoa idosa, busca estratégias de promoção da saúde para manter um envelhecimento ativo e saudável da população, segundo proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020, que declarou a Década do Envelhecimento Saudável em 2021-2030 (OPAS, 2020).

Para atender a essa perspectiva, a enfermagem investe na formação de profissionais cômicos de suas responsabilidades éticas para o exercício do cuidado técnico-científico, compreendendo a complexidade das alterações próprias do processo de envelhecimento e exercendo esse

cuidado conforme as demandas de cada pessoa idosa.

Na formação de profissionais de enfermagem, a construção do corpo de conhecimento é fundamentado em bases científicas e humanas, com vistas ao exercício do cuidado atento à individualidade da pessoa idosa para a promoção da saúde, para a prevenção de doenças e para a reabilitação da saúde, e para o cuidado com o indivíduo, a família e a comunidade (RODRIGUES, et al, 2018). Considerando ainda que o cuidado à pessoa idosa impõe ao enfermeiro o conhecimento das políticas dirigidas a esse estrato populacional e das mudanças decorrentes do envelhecimento, a formação desse profissional deve se ancorar nos pilares do saber-saber, saber-conviver, saber-fazer e, sobretudo, saber-ser, com o objetivo de ampliar seus horizontes de saberes para planejar o cuidado eficaz.

Nesse sentido, no artigo 5º da Resolução nº 3 do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, de 7 de novembro de 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem estabelecem a necessidade de formar enfermeiros dotados de conhecimentos e habilidades específicas para atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, expressões e fases evolutivas (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, a enfermagem assume o protagonismo na organização dos serviços de saúde, tanto por sua representatividade quantitativa quanto pelas funções a ela atribuídas em seu cotidiano, uma vez que, além de participar ativamente do processo de cuidar, também lhe tem sido designada a função de gerenciar processos e serviços (BRASILEIRO; GONÇALVES; TARGINO, 2014).

Nas discussões sobre o cuidado ao idoso, o enfermeiro poderá ainda dirimir preconceito, mitos e estereótipos sobre a velhice e planejar estratégias fundamentadas na realidade dessa população. O enfermeiro em formação deve adquirir conhecimento para ter pensamentos críticos e fazer juízos clínicos e intervenções, segundo as necessidades e as demandas individuais das pessoas idosas, atentando também para as políticas voltadas a essa população.

Portanto, para Freitas e Guedes (2019) a preocupação com a formação do enfermeiro para o cuidado da pessoa

idosa se inicia na graduação, onde são estimuladas e ofertadas oportunidades para pensar a realidade das pessoas idosas brasileiras por meio dos conteúdos e das práticas, seguidos pelos modos de cuidado. Esse aprendizado é ampliado pelas discussões e pela relevância da atenção nos dias atuais, além de sensibilizar o estudante para o exercício da gestão do cuidado a pessoas idosas e serviços.

Pavarini et al (2005) afirmam que as disciplinas dos currículos da graduação com foco na gerontologia e geriatria correspondem, respectivamente, ao conjunto de ciências, técnicas e saberes cujo objeto de estudo é o envelhecimento; Prado e Sayd (2006) destacam a prevenção e o tratamento das doenças decorrentes do processo de envelhecer e velhice. Tanto a geriatria quanto a gerontologia têm o intuito de capacitar o profissional para atender às demandas físicas, emocionais e socioculturais dessa população, melhorando a qualidade de vida e saúde do idoso e da sua família (CARDIM, 2009).

Para tanto, as instituições de ensino devem preparar os futuros profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, para conhecer a realidade social e de saúde do idoso, focando na promoção da saúde, na redução da dependência e na potencialização da autonomia, favorecendo uma melhor qualidade de vida (MARTINS et al, 2007).

Nesse exercício de cuidado à pessoa idosa, o enfermeiro utiliza a consulta de enfermagem, fundamentada em teorias e linguagem específicas – ou seja, implementa o processo de enfermagem, favorecendo a implantação de um planejamento de cuidado e de contínuas avaliações de resposta às ações realizadas.

Para fortalecer e sensibilizar os estudantes em formação e egressos, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) organizou em 2009-2010 o Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica (DCEG), dedicado a desenvolver eventos e publicações, bem como estimular discussões apontando a relevância da preparação do profissional para o exercício de cuidado à pessoa idosa em qualquer contexto da prática clínica.

O DCEG propõe algumas metas, entre elas o estímulo à criação de seccionais em outros estados do país, bem como a organização de seus membros. A Figura 1 mapeia as se-



Fonte: Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica

Figura 1 – Mapa das seções regionais do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem (DCEG/ABEn).

ções regionais brasileiras do departamento (ABEn, 2022).

Além dessas ações, o DCEG também estimula a especialização em gerontologia. O enfermeiro com especialização em gerontologia preocupa-se com as ferramentas necessárias ao cuidado tanto do idoso quanto da família e comunidade, investindo em educação permanente e cuidados efetivos.

Desse modo, almeja-se que o enfermeiro egresso, independentemente da função que desempenha, seja competente e habilitado para o exercício do cuidado diante das condições de saúde e doença da pessoa idosa, em consonância com a família e a equipe multidisciplinar. Espera-se também que o profissional participe de todas as inovações dirigidas aos idosos, ressaltando seu compromisso com o gerenciamento e/ou o cuidado direto ao idoso. Esse cuidado poderá ocorrer em forma de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação da pessoa idosa nos ambientes

da atenção primária da saúde, instituições de longa permanência, instituições hospitalares e no âmbito familiar.

Considera-se como enfermagem gerontológica o estudo científico do cuidado de enfermagem ao idoso, caracterizado como ciência aplicada, com o propósito de utilizar os conhecimentos do processo de envelhecimento para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto de funcionamento do idoso (DUARTE et al, 1997).

Para tanto, a enfermagem gerontológica atua em diferentes campos, tais como: educação permanente, cuidado, assessoria e/ou consultoria, planejamento e gerenciamento de serviços, entre outros. Ela é atualmente um dos campos promissores dentro da enfermagem.

Em todos os contextos de ação, a enfermagem gerontológica enfatiza a promoção da saúde da população idosa,

reiterando especialmente as ações propostas pela OMS, com foco na Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030). Além disso, empreende esforços continuados com grupos de idosos ativos e saudáveis e seus familiares, visando a manutenção da autonomia e independência, bem como o cuidado de idosos nas condições de riscos da síndrome de pré-fragilidade e/ou fragilidade.

Por conseguinte, a formação do enfermeiro para o cuidado da pessoa idosa deve ser pautada e alinhada no conhecimento dos aspectos fisiológicos e psicossociais, valorizando a qualificação permanente e incentivando o desenvolvimento de pesquisas e ensino sobre o processo do envelhecimento, velhice e pessoa idosa, para promover o cuidado seguro na tomada de decisão para o planejamento das ações de enfermagem.

Refletir sobre a formação de enfermeiros para o cuidado à pessoa idosa revela-se extremamente meritório, visto que o crescimento dessa população é realidade e exige profissionais com competência e habilidade para o planejamento de ações que visem à promoção da saúde, considerando a individualidade de cada idoso. **A**

Referências bibliográficas

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). Metas do Departamento. Disponível em: <https://www.abennacional.org.br/site/enfermagem-gerontologica/>. Acesso em: 03 out.2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Resolução CNE/CES nº3, de 7 de nov. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 30 ago.2022.

BRASILEIRO, F.S.; GONÇALVES, E.F.; TARGINO, M.G. Novas perspectivas para a responsabilidade social universitária: reflexão sobre o projeto de educação popular e apoio à saúde da família – Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Rev FSA, v.11, n.3, p. 208-29. 2014. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/505>. Acesso em: 30 ago. 2022.

CARDIM, M.F.M. A gerontologia como ferramenta de enfrentamento da mudança do perfil populacional. Rev Kairós, v.12, Número Especial 4, p. 71-82.ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2009v12iEspecial4p%25p>. Acesso em: 30 ago. 2022.

DUARTE, Y. A. de O.; DIOGO, M. J. D.; RODRIGUES, R. P. Enfermagem gerontogeriatrica nos cursos de graduação: do panorama atual a uma proposta de ensino. São Paulo, 1996, Mineo. 20 p.

FREITAS, M.C.; GUEDES, M.V.V. Desafios na formação de enfermeiros para a gestão do cuidado à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde. In: ALVAREZ, A. M. et. al. PROENF Programa de Atualização em Enferma-

gem: Saúde do Idoso: Ciclo 2/organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2019.

MARTINS, J.J.; SCHIER, J.; ERDMANN, A.L.; ALBUQUERQUE, G.L. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. Rev Bras Geriat Gerontol, v.10, n.3, p. 371-82. 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICA DE SAÚDE (OPAS). Década do Envelhecimento Saudável nas Américas. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>. Acessado em: 02.de outubro de 2022.

PAGENOTTO, M.L. Um giro pela GERP.22. Aptare - Geriatria e Gerontologia para especialidades clínicas, edição 43, p.16-24, Mai-Jun-Jul, 2022. Disponível em: https://issuu.com/dinamoeditora/docs/aptare_ed43_sem_anuncios. Acesso em:30 ago. 2022.

PAVARINI, S.C.L.; MENDIONDO, M.S.Z.; BARHAM, E.J.; VAROTO, V.A.G.; FILIZOLA, C.L.A. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? Texto Contexto Enferm, v.14,n.3,p.398-402.2005.

PRADO, S.D; SAYD, J.D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. Ciênc Saúde Coletiva, v.11, n.2, p.491-501.2006.

RODRIGUES, R.A.P et. al. O ensino de enfermagem gerontológica nas instituições públicas brasileiras de ensino superior. Acta Paulista de Enfermagem [online], v. 31, n. 3, p. 313-320.2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800044>. Acesso em:30 ago. 2022.

Interdição de pessoas idosas



PÉROLA MELISSA VIANNA BRAGA Advogada com mestrado em Direito Civil pela PUC/SP; professora universitária na área de Direito da Pessoa Idosa na pós-graduação em gerontologia do Hospital Israelita Albert Einstein; professora e coordenadora geral da Especialização em Gerontologia da Universidade do Vale do Paraíba (Univap); autora do livro *Curso de Direito do Idoso* (Ed. Grupo Gen/Atlas) e de outras quatro obras na mesma temática.

Imagem: divulgação

Introdução

No Brasil, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde¹ cerca de 1,2 milhão pessoas vivem com alguma forma de demência e 100 mil novos casos são diagnosticados por ano. Em todo o mundo, o número chega a 50 milhões de pessoas. Segundo estimativas da Alzheimer's Disease International, os números poderão chegar a 74,7 milhões em 2030 e a 131,5 milhões em 2050, devido ao envelhecimento da população.

Essa projeção indica que, daqui a três décadas, metade dos idosos brasileiros poderá desenvolver algum tipo de doença que lhes prejudique a autonomia e a independência. Isso significa que temos que aprender a conviver com a possível perda de capacidade civil de significativa parte de nossos membros sociais.

À medida que a longevidade da população brasileira cresce, surgem novos desafios sociais, como a questão da perda da plena capacidade de gestão da própria vida e de autocuidado de pessoas idosas com algum tipo de doença incapacitante. Quando uma pessoa idosa precisa ser interdita? O que é curatela? O que é tomada de decisão apoiada? Qual a diferença entre curador e procurador? Qual a importância da atuação dos médicos na trajetória entre a lucidez e a incapacidade de seus pacientes? Essas são dú-

vidas recorrentes que afligem familiares e profissionais que atuam na área do envelhecimento. Este artigo pretende tratar apenas da interdição de pessoas idosas (60+), de forma objetiva e sem preconceitos, considerando o envolvimento entre o médico, o paciente idoso e seus familiares.

Pelo Código Civil, toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil – essa é a regra geral. A incapacidade é sempre a exceção. O Código Civil foi alterado pela Lei 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) para restringir a incapacidade total apenas para os menores de 16 anos (essa condição termina com a maioridade, aos 18 anos).

Assim, a partir da Lei 13.146 de 2015, o Código Civil passou a considerar apenas como parcialmente incapazes: os maiores de 16 e menores de 18 anos; os ébrios habituais e os viciados em tóxico; os pródigos e aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade.

Portanto, as pessoas adultas de qualquer idade que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade deverão ter a proteção do processo de interdição. Durante esse tipo de processo judicial, tais pessoas são chamadas de interdítandas(os) e, terminado o processo, sendo realmente necessária a curatela, de interdítas(os).

Nesse sentido, idosos com doenças neurodegenerativas que apresentem deterioração cognitiva média ou avançada, perda da memória ou uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e alterações comportamentais que se agravam ao longo do tempo e que afetem sua capacidade de entendimento, autoproteção, autocuidado e expressão de vontade devem ser interditados como forma de evitar que sejam enganados, expropriados de seus bens ou negligenciados em suas necessidades.

Ressalta-se que não é o diagnóstico da doença em si que gera a necessidade de interdição, mas a análise concreta dos sintomas do paciente e seu impacto no dia a dia. Podemos usar como exemplo um empresário de 75 anos que tem doença de Alzheimer em estágio intermediário. Ele tem patrimônio e, mesmo assim, demonstra ou relata estar com dificuldades financeiras; não consegue entender com clareza as operações bancárias; conversa aparentemente bem, mas efetiva maus negócios; e demonstra vulnerabilidade perante terceiros que o enganam. Essa pessoa precisa de proteção e deve ser interditada.

Outro exemplo seria o de um idoso de 90 anos com doença de Alzheimer em estágio avançado. Ele mora na zona rural com os filhos, está bem cuidado, não tem patrimônio ou rendimentos próprios, mas vive corretamente assistido pelos filhos, convive com a família e não sai sozinho. Por que interditar-lo? Se ele tivesse aposentadoria ou algum benefício previdenciário, precisaria de interdição para ser representado perante o órgão de previdência. Na ausência desses benefícios, não há motivo para esse procedimento.

O processo de interdição

O processo de interdição é uma medida de proteção extraordinária para pessoas adultas (de qualquer idade) que não tenham capacidade de entendimento, de discernimento ou que tenham expressivo comprometimento para a clara expressão de suas vontades. Uma pessoa pode ter 100 anos e não precisar de interdição. Outra pode ter 40 e precisar. A interdição de pessoas idosas não decorre da idade e sim da existência de uma causa incapacitante que gere a necessidade de proteção judicial.

A interdição é sempre um procedimento exclusivamente judicial (não pode ser feito em cartórios ou de forma particular) e só deve ocorrer em casos comprovados de incapacidade de gestão da vida civil. A Lei 13.146/2015 restringiu seus limites ao estabelecer que o procedimento deve ser sempre proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso e somente afetará os atos relacionados aos direitos patrimonial e negocial, não alcançando o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

O processo de interdição está previsto a partir do artigo 747 do Código de Processo Civil e tem estrutura rígida para evitar irregularidades e situações injustas. Ele pode ser proposto pelo cônjuge ou companheiro; pelos parentes; pelo representante da entidade em que o interditando se encontra abrigado; e pelo Ministério Público.

O autor da ação precisa especificar os fatos que demonstram a incapacidade do interditando para administrar seus bens e, se for o caso, para praticar atos da vida civil, bem como o momento em que a incapacidade começou. O Código de Processo Civil, em seu artigo 750, determina que o autor da ação deverá juntar laudo médico para fazer prova de suas alegações ou informar a impossibilidade de fazê-lo. Nos casos de urgência justificada, o juiz poderá nomear um curador provisório ao interditando para a prática de determinados atos, enquanto o processo continua. Sua decisão será baseada nos documentos apresentados e, principalmente, na declaração médica trazida ao processo, que deve ter o maior número de detalhes possível, em especial a data do início do tratamento ou do diagnóstico da doença que causou a incapacidade. Esse documento pode ser emitido por qualquer médico, preferencialmente pelo que já assiste o paciente e conhece seu histórico.

Posteriormente o juiz determinará a produção de prova pericial para avaliação da capacidade do interditando para praticar atos da vida civil. Essa perícia pode ser realizada por médicos e/ou equipe composta por expertos com formação multidisciplinar. São profissionais peritos, de confiança do juiz, nomeados no processo. Esse laudo é pericial, diferentemente do primeiro (trazido pelo autor), e

indicará especificadamente, se for o caso, os atos para os quais haverá necessidade de curatela, e se ela será definitiva ou temporária.

Para evitar ilegalidades, o interditando tem sempre o direito de se defender, de contratar advogados, de juntar laudos que comprovem sua capacidade e de se comunicar diretamente com o juiz, em entrevista. É assegurado o emprego de recursos tecnológicos capazes de permitir ou auxiliar o interditando a expressar suas vontades e preferências e a responder às perguntas formuladas. Quando o interditando estiver acamado ou hospitalizado, o juiz irá até ele em diligência. Se houver testamento vital ou declaração previamente formulada (diretiva antecipada de vontade) informando quem ele gostaria ou não que o representasse em caso de incapacidade, esse documento também será considerado.

Portanto, o processo judicial se chama interdição. O resultado dele gera a curatela (tipo de representação legal para pessoas com incapacidade). O representante da pessoa parcialmente incapaz, nomeado pelo juiz e fiscalizado pela Ministério Público em suas ações, é denominado curador.

Vale ressaltar que curador não se confunde com procurador. O curador é o representante legal de pessoas parcialmente incapazes, nomeado pelo juiz do processo de interdição. Sua autoridade estende-se à pessoa e aos bens do incapaz que se encontrar sob sua responsabilidade. O curador presta contas (de forma periódica e contínua) de suas ações ao mesmo juiz que o nomeou e ao Ministério Público e só pode vender bens do incapaz através de alvará judicial. Cabe a ele buscar tratamento e apoio apropriados ao interdito, pois existem situações reversíveis, de tal forma que, se o interdito recuperar sua autonomia, ainda que de forma parcial, a curatela pode ser alterada, diminuída ou até eliminada.

Já o procurador² é aquele que representa pessoas totalmente lúcidas e capazes através de uma procuração com poderes específicos. A pessoa escolhida age em nome do mandante, ou seja, teoricamente faz o que o outro (mandante/outorgante) pediu que fizesse em seu nome. A pro-

curação assinada por uma pessoa incapaz não tem validade e não deve ser aceita por terceiros, pois pode configurar fraude. No caso de idosos incapazes, é totalmente proibido o uso de procurações e a representação só pode ocorrer através da curatela.

Tomada de decisão apoiada

O Estatuto da Pessoa com Deficiência também trouxe outro caminho de proteção, chamado tomada de decisão apoiada (TDA), que consta do artigo 1783-A do Código Civil. Enquanto a interdição gera a curatela, que é uma forma de representação legal, a tomada de decisão apoiada gera uma forma de assistência. É um mecanismo por meio do qual a pessoa com deficiência pode escolher duas ou mais pessoas de sua confiança para ajudá-la a tomar algumas decisões.

Esse procedimento também é exclusivamente judicial, indicado nos casos em que o interessado é capaz de manifestar a sua vontade (estando, portanto, lúcido), mas reconhece alguma dificuldade para conduzir sozinho determinados atos da vida civil. No caso de pessoa idosa com deficiência (como, por exemplo, aquela na fase inicial do Alzheimer) mas com capacidade cognitiva ainda preservada, ela escolhe duas ou mais pessoas de sua confiança que possam lhe prestar apoio para a tomada de decisões nos atos da vida civil. Os apoiadores devem ser pessoas idôneas. A pessoa com deficiência e os apoiadores devem apresentar termo em que constem os limites do apoio a ser oferecido e os compromissos dos apoiadores, inclusive o prazo de vigência do acordo e o respeito à vontade, aos direitos e aos interesses da pessoa que devem apoiar.

O pedido de tomada de decisão apoiada será requerido pela própria pessoa a ser apoiada (visto que ela tem capacidade civil), com indicação expressa das pessoas aptas a prestar auxílio. Antes de se pronunciar sobre esse pedido, o juiz, assistido por equipe multidisciplinar, após oitiva do Ministério Público, ouvirá pessoalmente o requerente e as pessoas que lhe prestarão apoio.

E por fim, qual a importância da atuação dos médicos na trajetória entre a lucidez e a incapacidade de seus pacientes? A resposta é vasta e complexa, mas é certo que,

além da emissão do laudo inicial que fundamenta o processo de interdição, o médico e as equipes multidisciplinares exercem participação crucial para a efetiva garantia dos direitos de pessoas idosas com incapacidade já existente ou perspectiva de futura incapacidade ou grau de dependência, devido ao diagnóstico de uma doença que tenha esses prováveis resultados.

A relação médico-paciente é composta por uma interação que envolve confiança, comunicação terapêutica e responsabilidade. Nesse aspecto, o conhecimento e, principalmente, a divulgação de informações corretas aos pacientes e seus familiares podem fazer profunda diferença na vida das pessoas idosas com algum tipo de dependência.

De forma preventiva, os profissionais devem explicar sobre a possibilidade e a importância da elaboração de diretivas antecipadas de vontade. Isso para que a própria pessoa possa definir, enquanto ainda é lúcida, sobre os limites de seus tratamentos futuros (quando, e se, perder a capacidade de se comunicar e estiver fora de possibilidades terapêuticas) e possa nomear seus representantes de

saúde que, em caso de futura impossibilidade de expressão de vontade, serão ouvidos como suporte para as decisões a serem tomadas por terceiros.

Se já existe a incapacidade, também compete aos médicos a devida orientação ao paciente e aos seus familiares para que o processo de interdição seja providenciado da forma adequada e no tempo certo, de modo a evitar prejuízos de todas as ordens.

Interdição, quando usada de forma correta, é proteção. Uma pessoa idosa que não está completamente lúcida fica extremamente vulnerável a golpes financeiros e expropriações patrimoniais. Além disso, fica suscetível a estelionatos sentimentais e relações abusivas decorrentes da falta de discernimento e ausência de sentido de autopreservação. Muitas vezes, os abusos, as negligências e os abandonos ocorrem pelos próprios familiares e, nesse caso, cabe uma denúncia às autoridades, lembrando que é sempre possível a qualquer cidadão usar o Disque100 para relatar (sem se identificar) violações de direitos de que tenha conhecimento. **A**

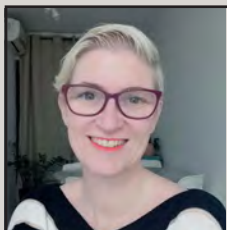
Referências bibliográficas

1. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/21-9-dia-mundial-da-doenca-de-alzheimer-e-dia-nacional-de-conscientizacao-da-doenca-de-alzheimer-2/> Acesso em 22/09/22.
2. BRAGA, Pérola Melissa V. Manual dos Direitos da Pessoa Idosa. São Paulo: Saraiva, 2017. Pag.304.

Vídeos sugeridos

1. 
2. 

As ILPI e o desafio no custeio das atividades à luz dos balizadores legais



ARIANE ANGIOLETTI Advogada, presidente da Comissão do Direito da Pessoa Idosa da OAB/SC, membro da Frente Nacional de Fortalecimento das ILPI.

Imagem: divulgação

Introdução

O envelhecimento populacional nos traz discussões sobre o impacto do aumento de pessoas idosas na sociedade e que apresentam a necessidade de cuidados. Nossa organização de políticas públicas, a partir da Constituição Federal de 1988, impôs que parte do atendimento às vulnerabilidades sociais ficasse restrita ao atendimento da assistência social.

Como resultado, o orçamento para atendimento das demandas sociais é executado de maneira isolada e sem articulação com ações integradas, que poderiam promover o melhor aproveitamento dos recursos através de um planejamento mais abrangente e ampliado.

No que tange ao acolhimento de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social, financeira ou de saúde, o custeio está restrito ao orçamento da assistência social, o que impõe dificuldades no cumprimento das exigências legais, especialmente pela vedação da utilização dos recursos a uma parte das despesas que são vitais para as instituições de acolhimento, como o pagamento de equipe de cuidados (enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutrição etc.).

O recurso destinado pelo Poder Público por pessoa idosa acolhida atendida pela assistência social não cobre os custos básicos unitários gerados por aquele residente. E ainda há o desafio das ILPI privadas que atendem parte da população idosa por valores que não cobrem os custos para manter o mínimo do padrão exigido pelo Estatuto do Idoso

(Lei nº 10.741/2003), pela RDC Anvisa 502/2021 e demais normativas que tratam do atendimento à pessoa idosa.

Neste artigo, o objetivo é discutir a possibilidade do custeio do acolhimento de pessoas idosas em ILPI tanto pelo orçamento da assistência social quanto por aquele disponível para o atendimento na saúde.

1. Atendimento à pessoa idosa pela rede de assistência social

O atendimento à população idosa é uma garantia constitucional, estabelecido no artigo art. 5º e seus incisos da Constituição Federal, que assegura, entre tantos direitos, a dignidade da pessoa humana. O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) no seu artigo 2º reafirma o direito à população idosa de todos os acessos necessários para uma vida digna e plena. Já o artigo 3º obriga a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público a assegurar o acesso aos direitos das pessoas idosas.

Em que pese a obrigação imposta à família em oferecer e garantir os meios para assegurar a dignidade da pessoa idosa, o Estatuto da Pessoa Idosa impõe o Estado como garantidor da proteção à vida e à saúde pela efetivação das políticas públicas sociais em seu artigo 9º.

Já o artigo 33 do mesmo estatuto determina que a assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgâni-

ca da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.

Quando analisados os amparos legais da assistência social no Brasil, verifica-se na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei n° 8742/1993) que a “assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”.

Além disso, a Política Nacional do Idoso vem para consolidar as previsões da Constituição Federal e da LOAS, estabelecendo as ações governamentais para a garantia dos direitos dos idosos. O mesmo texto legal dispõe sobre a necessária articulação entre as políticas públicas, os órgãos e entidades públicos para prestar serviços e ações voltados para a pessoa idosa, criando alternativas para atendimento e atenção às necessidades desse grupo etário, tais como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, atendimentos domiciliares e outros serviços.

Observa-se que a atuação dos entes governamentais na defesa dos direitos e garantias da pessoa idosa está fundamentalmente concentrada na área da assistência social, especialmente quando se trata de pessoas idosas que necessitam de acolhimento em entidade por vulnerabilidade, seja financeira, social ou familiar.

O Conselho Nacional da Assistência Social emitiu a Resolução n° 109/2009, na qual está a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, determinando como objetivo da assistência social para a população idosa o desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social. Havendo necessidade do acolhimento institucional, o serviço será enquadrado como Serviços da Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

Sabe-se que a função primeira da assistência social é a prevenção dos riscos sociais e o fortalecimento dos vínculos familiares e, quando não for possível a prevenção ou a reestruturação familiar, financeira ou social, é possível pro-

ceder à institucionalização da pessoa idosa em uma ILPI.

É o que estabelece o artigo 37 do Estatuto do Idoso quando define que a pessoa idosa tem direito a moradia digna em família natural ou substituta e, quando desacompanhado de familiares e quando desejar, em instituição pública ou privada.

Destaca-se que a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOBRH/SUAS, publicada em 2006, assim define a composição da equipe de referência nas ILPI: coordenador, cuidadores sociais, assistente social, psicólogo, profissionais para atividades socioculturais, limpeza, cozinha e lavanderia.

Essa limitação no corpo funcional impõe um desafio para as ILPI conveniadas com o Poder Público: o recurso oriundo da assistência social deve ser destinado ao pagamento das funções determinadas, não contemplando o maior centro de custo da ILPI, que é a folha de pagamento dos serviços de cuidados, tais como cuidadores, profissionais da enfermagem, nutricionistas, entre outros.

O desencontro entre o custeio pelo orçamento da assistência social e as exigências realizadas com relação aos serviços de saúde é uma das origens da discussão sobre a natureza híbrida dos serviços prestados pelas ILPI.

2. Atendimento à pessoa idosa pela rede de atendimento de saúde

O atendimento à população idosa pela rede da saúde é um direito constitucional e de alcance universal, fundamentado na Constituição Federal (art. 230) e no Estatuto da Pessoa Idosa (art. 1° e 2°). Nos artigos 196 e 197 define-se a saúde um direito de todos e dever do Estado, cabendo ao Poder Público a regulamentação, a fiscalização e o controle da execução das políticas públicas para a saúde. O atendimento à saúde também está descrito na LOAS como uma obrigatoriedade de articulação entre as políticas públicas e as esferas do Poder Executivo.

Com relação à saúde da pessoa idosa, verifica-se no artigo 10° da Política Nacional do Idoso (Lei n° 8.842/94) a consolidação das previsões da Constituição Federal e da LOAS, que compete aos órgãos e entidades públicos a garantia de assistência à saúde da pessoa idosa nos diversos

níveis do Sistema Único de Saúde, desenvolvendo programas e ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do idoso, adotando e aplicando normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde, entre outros serviços alternativos.

O artigo 8º da portaria que regulamenta a Política Nacional do Idoso dá autorização legal para a destinação de recursos da saúde para as ILPI quando afirma que “os ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a política nacional do idoso”. Além disso, é possível identificar entre as diretrizes da regulamentação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa o item 3.2, que define que, conhecida a condição de fragilidade, considerando os recursos locais, o atendimento domiciliar deve ser premissa.

No item 3.4, *alínea “a”*, diz o Provimento que os recursos para assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa deverão ser pactuados com os estados, o Distrito Federal e os municípios e que os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso.

A Lei nº 8.080/1990 aponta nos incisos do artigo 7º que as ações e os serviços públicos e privados de saúde (contratados ou conveniados) devem considerar o artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Ainda é possível verificar a previsão do atendimento domiciliar e a internação domiciliar no artigo 19-I pelo Sistema Único de Saúde.

Com relação ao atendimento domiciliar, o artigo 3º, inciso V, do Estatuto da Pessoa Idosa determina como prioridade a manutenção da pessoa idosa em sua família, exceto aqueles que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência.

De outro lado, a Portaria nº 5/2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, destaca os seguintes artigos que conceituam o serviço e atenção domiciliar, no artigo 532:

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

A mesma portaria indica a atenção domiciliar para pessoas que, em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade no qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Pois bem, o Estatuto da Pessoa Idosa traz em seu artigo 15, inciso IV, a determinação sobre o atendimento domiciliar, **INCLUSIVE** para idosos abrigados e acolhidos.

(...) atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural (...)

§ 6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo ser-

viço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde – SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária.

A RDC nº 502/2021 torna ainda mais urgente o debate sobre a função híbrida da ILPI entre o atendimento de assistência social e da saúde, já que se trata de uma norma emanada no âmbito da saúde, que determina a estrutura, os serviços e as formas de atendimento oferecidos à pessoa idosa de um serviço que está tipificado na assistência social.

Ao mesmo tempo em que indica questões sanitárias, exige serviços e atendimento da assistência social, a RDC 502/2021 conceitua as ILPI como um local de caráter residencial, exige que a instituição elabore, a cada dois anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde, indicando “os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário”.

Ou seja, mesmo que a própria atuação do governo em suas três esferas vincule o acolhimento em ILPI através da ação e orçamento da alta complexidade da assistência so-

cial, é possível justificar o custeio do acolhimento pelo orçamento da saúde, ao considerar que: 1) as ILPI são o domicílio dos idosos residentes; 2) as políticas públicas da saúde aventam a possibilidade do atendimento domiciliar daqueles que necessitem; 3) o custo financeiro para o acolhimento para atendimento de baixa complexidade na saúde (podendo ser equiparada aos programas de saúde da família) numa ILPI é menor que a sua manutenção hospitalar e mesmo em atendimento residencial, dependendo do quadro de saúde.

Considerações finais

Neste artigo o objetivo foi apresentar os institutos normativos sobre o caráter domiciliar das ILPI, sendo possível o custeio do acolhimento pelo orçamento da saúde, dentro das políticas de atendimento da população no seu domicílio.

A construção de uma política pública de cuidados é urgente, assim como é urgente que se discutam as ILPI não somente como um local de acolhimento e atendimento de saúde, mas também de promoção do envelhecimento saudável e da prevenção do surgimento e avanço de comorbidades. A mudança passa, necessariamente, por entender a ILPI como o domicílio das pessoas idosas que ali residem. **A**

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Resolução nº 109/2009 que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.
- BRASIL, Governo Federal. Lei nº 10.741/2003 que dispõe o Estatuto do Idoso
- BRASIL, Governo Federal. Lei nº 8.842/1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e Cria o Conselho Nacional do Idoso.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528/2006 que determina a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa,
- BRASIL. Conselho Nacional da Assistência Social. RESOLUÇÃO nº 33/2012 que aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS.
- BRASIL. Governo Federal. Constituição Federal.
- BRASIL. Governo Federal. Lei nº 9.921/2019, consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa.
- BRASIL. Lei nº 10.741/2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso.
- BRASIL. Ministério da Assistência Social. Lei nº 8742/1993, que dispõe sobre a Organização do Serviço de Assistência.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 5/2017, que normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA nº 2.528/2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Caderno de Orientações Técnicas Sobre os Gastos no Pagamento dos Profissionais das Equipes de Referência do SUAS/ Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. 2016.
- RESOLUÇÃO Nº 109/2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Colegiada nº 502/2021.

Harmonia entre as gerações em destaque

O Fórum Internacional da Longevidade mostrou que integrar jovens e pessoas idosas é benéfico para as duas partes, porém ainda faltam políticas que incentivem essa parceria

Por **Silvia Sousa**

O Rio de Janeiro foi palco de mais uma edição do Fórum Internacional da Longevidade, promovido pelo Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR). Em sua 10ª edição, o evento reuniu especialistas de diferentes áreas para realizar rodas de conversas em torno do tema central “Harmonia entre as gerações”. “Precisamos pensar um mundo mais longo e com mais harmonia”, disse Alexandre Kalache, presidente do ILC-BR e copresidente da Age Friendly Foundation. Com uma população idosa que cresce desproporcionalmente ao número de nascimentos, a proposta de unir as gerações traz benefícios para os dois lados.

Presente no evento, o jornalista Fernando Aguzzoli Peres, ponto focal temático em Comunicação e Envelhecimento no ILC-BR, deu um depoimento emocionante falando sobre a troca de amor e cuidado que manteve com a avó, mesmo sendo acometida pela doença de Alzheimer, e como o interesse dela em conhecer a sua vida foi importante. “Minha avó sempre quis saber sobre o meu mundo para poder fazer parte da minha vida. Ela tinha interesse pela minha vida. Essa reserva de afeto é muito importante. Tanto que, em algum momento, nós nos tornamos os melhores amigos”, contou Aguzzoli, que participou do painel sobre Família e Aposentadoria. Já Conceição Evaristo, escritora e doutora em Letras da Universidade Federal Fluminense, deu a sua visão da importância dessa intergeracionalidade pelo seu ponto de vista, como avó. “O jovem potencializa o velho. O

que me mantém com vigor é o diálogo que tenho com meus filhos, com meus netos, com vocês que estão aqui presentes. Essa aprendizagem me potencializa e é uma maneira de cultivar a ancestralidade”, declarou a escritora.

Essa troca precisa existir e não há mais como fugir desse assunto, principalmente porque o crescimento acelerado da população idosa e o declínio da mais jovem são uma realidade. De acordo com Julia Ferre, do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas (ONU), existem projeções que indicam que até 2050 o número de pessoas com 65 anos ou mais tende a ser o dobro do número de crianças com menos de 5 anos de idade e igual às daquelas com menos de 12 anos. Somente 27 anos separam 2023 de 2050. “Temos uma necessidade de integrar as pessoas com mais idade em nossas sociedades”, afirmou José Ricardo Jauregui, presidente da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria.

Permeando esse tema, outros assuntos foram levantados durante o fórum. Um deles foi a importância de o mercado de trabalho fomentar essa troca entre as gerações. E também, claro, de oferecer mais oportunidades de trabalho para a população 50+. Mórris Litvak, CEO da Maturi, plataforma que reúne oportunidades de trabalho para pessoas maduras e faz a capacitação de idosos que queiram empreender, explicou que, embora as empresas declarem interesse em compor seu quadro de colaboradores com mais pessoas 50+, na vida real isso praticamente não existe. “O

preconceito etário no mercado de trabalho é muito forte. As empresas dizem que não têm preconceito, mas também não contratam”, explica Mórris Litvak.

Se não há contratações, o que dizer então da integração entre as gerações? Muito pouco é feito para que haja uma troca entre esses dois perfis de colaboradores. “Jovens gestores e trabalhadores mais velhos apreciam essa interação, mas faltam políticas dentro das empresas para incentivar essa relação. E é nessas brechas que entram o preconceito e o estereótipo de que o idoso não tem nada mais para agregar”, alertou Eduardo Danilo Schmitz, doutor em educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que pesquisou o tema trabalho entre os mais velhos. Para ele, integrar essas pessoas significa criar ambientes propícios para que os mais jovens e os idosos trabalhem juntos, criando uma atmosfera em que a pessoa 50+ se sinta confiante para ser quem ela é, sendo respeitada nas suas limitações e valorizada pela sua experiência, pelo que pode agregar dentro da corporação.

Cidades mais preparadas e moradias dignas

Além do mercado de trabalho, o seu entorno também precisa se preparar para esse idoso. Mariana Alves do Nascimento, pesquisadora do envelhecimento e da longevidade com foco em envelhecimento urbano, conta que se interessou pelo tema justamente quando observou que a avó, que viveu a vida toda no mesmo bairro, estava perdendo as suas referências. Aquele entorno, com suas mudanças, já não era um ambiente que lhe agradava. Pelo contrário, se tornou hostil. Assim, ela passou a ficar cada vez mais dentro de casa, reclusa. Como a avó de Mariana, outros tantos idosos passam pela mesma situação. Resolvê-la não envolve parar o progresso e as mudanças provocadas por ele, mas sim pensar as cidades de maneira a acolher essas pessoas. Embora pareça uma preocupação atual, há 20 anos, com o próprio Kalache atuando pela ONU, já se levantava essa questão com a criação do Protocolo de Vancouver e, posteriormente, com o lançamento o Guia das Cidades Amigas da Pessoa Idosa.

Marcos André Pinto



À esquerda, Alexandre Kalache, presidente do ILC-BR; à direita, painéis sobre os temas Ciência e LGBTQIA+

No Brasil ainda são poucas as cidades que têm o interesse real em se preparar para essas pessoas. Kalache lembra que tornar uma cidade amiga do idoso é mais do que arrumar calçada – é preparar a cidade como um todo, para que ela seja mais inclusiva e acessível para esse público. Uma das cidades que vêm caminhando nesse sentido é São José do Rio Preto, no interior paulista, que por meio da Secretaria Municipal da Saúde está colocando em ação o programa Cidade Amiga para Todas as Idades. A ideia surgiu em 2016 e, desde então, uma série de iniciativas vêm sendo tomadas no sentido de preparar a cidade. Para ser assertivo, a primeira ação do programa foi justamente ouvir os idosos. “Não é mais possível não considerar as pessoas com vulnerabilidade. É nossa responsabilidade entender que a cidade é de todos. Porém, temos um desafio: deixar de ver a cidade como um fragmento e passar a olhar com ações transversais. E o idoso tem que ser escutado sempre”, conta Amena Ferraz, da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto.

Preparar as cidades respinga em outro tema que também foi discutido no Fórum, que é a moradia com qualidade de vida e que seja acessível ao idoso, além de proporcionar seu convívio com outras pessoas de gerações diferentes.

Segundo a gerontóloga Inês Rioto, que realizou uma pesquisa sobre as moradias para pessoas idosas e organizou o livro *Morar 60 Mais – Revolucionando a Moradia em Face da Longevidade*, os espaços que preservam a intergeracionalidade são importantes pois evitam que os idosos fiquem sozinhos e desenvolvam doenças como a depressão. E mais: os mais jovens ainda se beneficiam, pois podem usufruir do conhecimento daquela pessoa mais velha.

Liga ibero-americana de combate ao idadismo

Outro assunto discutido no Fórum foi o combate ao idadismo, o preconceito em relação à idade. Embora o termo se refira a qualquer faixa etária, é na população idosa que ela é mais frequente e, conseqüentemente, mais danosa. O idoso é visto, muitas vezes, sem capacidade de realizar qualquer atividade, improdutivo, um peso para a família e é até mesmo excluído e esquecido. Para reverter esse cenário surgiu a ideia da criação da Liga Ibero-Americana de Combate ao Idadismo, movimento iniciado por Alexandre Kalache em abril de 2021 na ocasião do lançamento do movimento Stop Idadismo, de Portugal. A ideia é trazer para os países ibero-americanos a seriedade com que o idadismo é tratado também na Europa, promovendo a conscientização sobre esse tipo de discriminação, além de desenvolver a capacidade de detectá-lo em nós mesmos, em outras pessoas e nas instituições e atuar em sua desconstrução. “A proposta é que todos se tornem ativistas. Todos temos que ser contra o idadismo”, afirma Kalache.

Segundo José Carreira, presidente do movimento Stop Idadismo em Portugal, a liga tem um papel muito importante porque se propõe também a desenvolver uma sociedade menos preconceituosa em relação às pessoas mais velhas. “Uma cidade não pode ser amiga do idoso se não investir na inclusão dos mais velhos. Queremos chamar a atenção para a necessidade de mais políticas públicas para esse envelhecimento com qualidade de vida e com participação cívica”, diz Carreira. Além disso, unir as gerações é um caminho para também combater esse preconceito. “Precisamos reinventar a maneira de envelhecer, falar de respeito, de oportunidades, de trabalho. Essa é uma luta de todas as gerações. Lutamos por um mundo melhor, de cuidado, de mais justiça e oportunidades para todos”, alertou Silvia Gascon, do ILC-Argentina.

Marcos André Pinto



A escritora Conceição Evaristo fala sobre ancestralidade

Cultura, comunidade LGBTQIA+, saúde, educação

O Fórum ainda tratou outros assuntos de igual importância, como o case da Escola Superior de Desenho Industrial (ESDI), no Rio de Janeiro, que traz no seu DNA a intercambialidade entre as gerações. Desde que surgiu, em 1962, vem promovendo a sucessão na sua direção e do seu corpo docente a partir dos próprios alunos.

Já o coreógrafo Ivaldo Bertazzo comandou o painel de arte e cultura, mostrando a importância de trabalhar a motricidade durante toda a vida. Segundo ele, há um foco muito grande de desenvolvimento da motricidade na infância e na puberdade, porém, isso acaba se perdendo. Resultado: na velhice sentem-se as consequências desse tempo inativo e a necessidade de trabalhar na perda. Bertazzo alerta: “Não precisamos chegar a isso para começar”.

A intergeracionalidade também foi discutida na área de saúde, apontando para a necessidade de preparar os profissionais a treinar a escuta ativa para conhecer melhor o idoso e basear seu atendimento não só tratando a doença, mas considerando suas particularidades, sua história de vida e o relato do que ele sente e sabe.

A comunidade LGBTQIA+ também foi destaque no painel mediado pelo médico geriatra Milton Crenitte, coordenador do Ambulatório de Sexualidade da Pessoa Idosa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Além de falar da necessidade de quebrar tabus, o painel tratou da importância de dar visibilidade às pessoas dessa comunidade quando passam dos 50 anos de idade.

A escritora Conceição Evaristo discorreu sobre ancestralidade e a importância de guardar essa história cultural para os mais jovens. Ela finalizou o evento recitando o poema *Do velho ao jovem*, de sua autoria, emocionando os presentes:

Do velho ao jovem

Na face do velho
 as rugas são letras,
 palavras escritas na carne,
 abecedário do viver.

Na face do jovem
 o frescor da pele
 e o brilho dos olhos
 são dúvidas.

Nas mãos entrelaçadas
 de ambos,
 o velho tempo
 funde-se ao novo,
 e as falas silenciadas
 explodem.

O que os livros escondem,
 as palavras ditas libertam.

E não há quem ponha
 um ponto final na história
 Infinitas são as personagens...
 Vovó Kalinda, Tia Mambene,
 Primo Sendó, Ya Tapuli,
 Menina Meká, Menino Kambi,
 Neide do Brás, Cíntia da Lapa,
 Piter do Estácio, Cris de Acari,
 Mabel do Pelô, Sil de Manaíra,
 E também de Santana e de Belô
 e mais e mais, outras e outros...

Nos olhos do jovem
 também o brilho de muitas histórias.
 e não há quem ponha
 um ponto final no rap
 É preciso eternizar as palavras
 da liberdade ainda e agora...

Realização



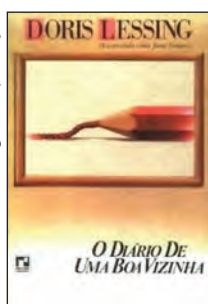
grupo bradesco seguros



➡ **POR MARÍLIA BERZINS**

Assistente social; professora, especialista e mestre em gerontologia; doutora em saúde pública; presidente do OLHE – Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento; conselheira titular do Conselho Estadual do Idoso-SP Assistente Social

Imagens: reprodução



*O DIÁRIO DE UMA
BOA VIZINHA –
Doris Lessing*

A escritora britânica Doris Lessing escreveu, em 1983, o romance *O Diário de Uma Boa Vizinha*. O conteúdo do livro é simples, e o antagonismo das duas personagens me chamou muito a atenção. De um lado, Jane Somers, 50 anos, protagonista e narradora, que trabalha numa revista sofisticada, bem-sucedida; de outro, a idosa Maudie, que vive sozinha e solitária nos seus relacionamentos sociais.

Maudie tem um temperamento ácido, desagradável e que retrata muitas velhices. Jane rompe essa cadeia de isolamento e começa a se relacionar com ela, inclusive com atos de cuidado físico, cuidados com sua casa e roupas e, sobretudo, fazendo-lhe companhia. Destaca-se que “boa vizinha” é um sistema de voluntariado presente no território que cuida de idosos. Jane não era uma “boa vizinha” que se enquadra na descrição do serviço existente, mas uma pessoa que via no oposto uma existência e uma carência afetiva com a qual ela aprende a se importar. Ela se abriu para ir ao encontro de Maudie, que lhe ensina a viver e a se tornar uma pessoa melhor.

A leitura de *O Diário de uma Boa Vizinha* impactou muito a minha formação gerontológica. O livro serviu-me como inspiração na concepção do Programa Acompanhante de Idosos (PAI) e me provoca a pensar nas diversas velhices e suas heterogeneidades.



*DIÁRIO DA GUERRA DO PORCO –
Adolfo Bioy Casares*

Mais um diário, desta vez com o nome de *Diário da Guerra do Porco*. O romance ficção é uma das mais importantes obras do célebre escritor argentino Adolfo Bioy Casares (1914-1999), que escreveu essa preciosidade em 1969. O autor narra a história de Isidro Vidal, um senhor aposentado que passa as noites jogando cartas com os amigos, com quem mantinha seus relacionamentos sociais. Após um dos encontros, o grupo presencia a morte de um velho, assassinado por um bando de jovens.

O episódio revela uma onda de perseguição aos velhos de Buenos Aires. Em meio à violência – real e simbólica –, o protagonista é surpreendido pelo amor de uma mulher mais jovem. O livro deixa o leitor tenso e inconformado e provoca uma reflexão sobre a velhice, a violência estrutural e social, a pobreza, a sociedade contemporânea e nos apresenta a pauta do idadismo. Os velhos são mortos pelos mais jovens simplesmente porque são velhos. O nome do livro usa a figura dos porcos, “cierros” em espanhol, porque esses animais só comem, bebem e engordam, vivendo às custas dos seus donos sem fazer nada. Foi essa a associação que os jovens fizeram em relação aos aposentados e as pessoas mais velhas. Eles viviam às custas do Estado, recebendo suas aposentadorias, não trabalhavam e só consumiam os servi-



*Mais de 10 anos
de excelência
em cuidado*



ATENDIMENTO DOMICILIAR E ACOMPANHAMENTO HOSPITALAR

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

FALE CONOSCO



(11) 99746 8949
(11) 98578 7474



cuidadores



cuidadoresbr02

(11) 5081 6662
(11) 3257 0723

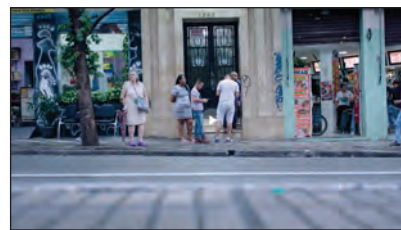
cuidadores@uol.com.br

www.cuidadoresbr.com.br

ços públicos e, por isso, não serviam para nada. Eles eram um peso para a sociedade, segundo o pensamento dos mais jovens, que resolveram então exterminar e matar os velhos, declarando “guerra”.

O livro nos conta uma sucessão de mortes, humilhações e agressões sofridas pelos velhos de Buenos Aires. Terríveis perseguições. Na verdade, a guerra é unilateral. Os jovens atacam os velhos, que não têm recursos para se defender. Do relato do livro aos tempos em que vivemos muita coisa aconteceu. Hoje, o segmento idoso no Brasil está organizado com pauta, lideranças e já sabe o que quer para si e para o Brasil. O enfrentamento ao idadismo está na pauta para o envelhecimento digno. Já sabemos dizer não às diversas formas de violência de que as pessoas idosas são vítimas. A leitura do livro e as reflexões que ele nos permite fazer me ajudam muito na discussão do tema da violência contra a pessoa idosa, sobre como viver e envelhecer com dignidade.

nificância. É a resposta que não conta o tempo para quem chegou antes ou depois, mas porque nos encontramos no meio da jornada, da caminhada, da vida que vale a pena viver. *Estamos todos no meio, quem chegou e quem faz tempo que veio.* Por isso, a velhice não é só o tempo Chronos, é o tempo Kairós, ou o tempo vivido. A velhice é o tempo único e oportuno no tempo contado por dias, meses e anos. Por fim, a música nos convida a um belíssimo debate sobre intergeracionalidade. Ela nos provoca a conversar com os mais jovens e os jovens com os mais velhos, afinal de contas, estamos todos no meio desta vida, ninguém no fim ou no começo.



SÉRIE ENVELHECER

Trata-se de uma série de filmes produzida pelo SESC em 2019, que reflete sobre o envelhecimento das pessoas no século XXI e como elas podem ter o controle disso, evitando reduzir essa fase da vida a incertezas, tensões e exclusões e permitindo que ela seja um tempo de bem-estar e realizações. A direção é de Cláudia Erthal e Paulo Markun. São 13 episódios com média de 50 minutos de duração. Cada episódio conta com personagens reais e o diálogo com especialistas.

Excelente produção, conteúdo, fotografia e reflexões para profissionais, estudantes da gerontologia e pessoas idosas. Os temas dos episódios são: Envelhecer; Valor da Experiência; Preconceito; Finitudes; Velhice Hoje; Velhice Amanhã; Saberes; Trabalho; Ausências; Direitos e Deveres; Autonomia; Moradas; e Sexualidade. É um passeio sobre a velhice, o envelhecimento e a longevidade com base numa reflexão crítica, moderna, atual e pertinente com a gerontologia e seus fundamentos.

adriana.calcanhotto.com



VELHOS E JOVENS – Adriana Calcanhotto

Os compositores dessa música são Arnaldo Antunes e Péricles Cavalcanti. A intérprete é Adriana Calcanhotto no álbum *Senhas*, de 1992, onde explora toda a sua emoção e sonoridade na interpretação dessa canção, que afirma que estamos todos no meio desta vida. Ninguém no início ou no fim. Estamos todos no mesmo lugar, estamos no tempo presente da nossa existência.

É uma reflexão sobre a vida e a velhice, porque a vida não é delimitada pelo tempo Chronos, o tempo corrido, mas sim pelo tempo Kairós, que é o tempo oportuno, que faz um acontecimento ser especial, memorável, não em seus números, mas em sua sig-



CBGG2023

**XXIII CONGRESSO BRASILEIRO
DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
23 A 25 DE MARÇO DE 2023**

Expo Center Norte | São Paulo | SP

**Dos 5 Is aos 5 Ms:
da evolução
de conceitos
à inovação
do cuidado**

PROGRAME-SE PARA ESSA
OPORTUNIDADE ÚNICA!

**JUNTE-SE A NÓS NESSE EVENTO QUE REUNIRÁ
GRANDES NOMES DA GERIATRIA E GERONTOLOGIA
NACIONAIS E INTERNACIONAIS, EM BUSCA DE CIÊNCIA,
INOVAÇÃO E CONHECIMENTO.**

O CBGG acontece de 23 a 25 de março
no Expo Center Norte em São Paulo.



Aproveite para
realizar a sua inscrição
com desconto



SAIBA MAIS SOBRE O CONGRESSO NO SITE: **WWW.CBGG2023.COM.BR**

NOVO

Colágeno⁵
& Ômega 3

Nutrição
avançada para
adultos

50+

6 em 1



Imunidade¹



Energia²



Ossos³



Músculos⁴



Articulações⁵



Visão⁶



NÃO CONTÉM GLÚTEN

 **Nestlé**
HealthScience®

1. O ferro, zinco, vitamina C, D, A, B6 e B12 auxiliam no funcionamento do sistema imune. 2. A biotina, cálcio, ferro e vitaminas B12, B6 e C auxiliam no metabolismo energético. 3. O cálcio e a vitamina D auxiliam na formação de ossos e dentes. 4. As proteínas auxiliam na formação dos músculos e ossos. 5. Os peptídeos bioativos de colágeno hidrolisado com peso molecular médio de 3kDa podem contribuir para a manutenção da saúde das articulações. 6. A vitamina A, riboflavina e zinco auxiliam na visão.