

SALA DE LEITURA
ESTUDOS RECOMENDADOS
POR ESPECIALISTAS

MEU ACERVO
DICAS SOBRE ENVELHECIMENTO
E CULTURA

CUIDADOS PALIATIVOS
SAIBA O QUE É
O MOVIMENTO HOSPICE



ano X • edição 44
ago | set | out 2022



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

COLÓQUIO

Vicente Faleiros, da comissão de políticas públicas da SBGG, fala sobre violência contra a pessoa idosa

CASOS E SOLUÇÕES

O que considerar no tratamento do paciente imigrante



Distribuição exclusiva
para a classe médica

CAPA
Políticas públicas de enfrentamento ao Alzheimer:
entenda por que esse tema é tão urgente

Apsen

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



- 6 COLÓQUIO**
Violência contra o idoso: uma conversa com **Vicente Faleiros**, presidente da comissão de políticas públicas da SBGG
- 10 SALA DE LEITURA**
Uma seleção de estudos recomendados por especialistas
Ana Paula Maeda
- 12 CAPA**
Políticas públicas de enfrentamento ao Alzheimer: um tema urgente
- 18 CUIDADOS PALIATIVOS**
O movimento hospice **Camila Brajato Guanais Velludo**
- 22 FN-ILPI**
Políticas públicas e ILPI: como agem o Estado e a sociedade civil?
Alexandre de Oliveira Alcântara e Karla Cristina Giacomin
- 28 ESPECIAL AAIC**
Novidades em Alzheimer: veja o que deu o que falar na AAIC 2022
- 36 MEU ACERVO**
Dicas valiosas sobre envelhecimento e cultura
Ivete Berkenbrock
- 38 CASOS E SOLUÇÕES**
Uma discussão sobre casos dignos de nota **Marcel Hiratsuka**

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
Elizabete Viana de Freitas
Emilio Moriguchi
Fânia Cristina dos Santos
João Carlos Barbosa Machado
João Senger
João Toniolo Neto
Julio Cesar Moriguti
Karla Giacomini
Maurício de Miranda Ventura
Maysa Seabra Cendoroglo
Milton Luiz Gorzoni
Naira Hossepian Hojaij
Nereida Kilza da Costa Lima
Omar Jaluul
Paulo Renato Canineu

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

COLABORADORES

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

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

GERONTOLOGIA

Editora clínica:

Valmari Cristina Aranha Toscano

CONSELHO EDITORIAL

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

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

Aptare
GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Coordenação editorial e edição

Lilian Liang

Projeto gráfico e direção de arte

Luciana Cury

Revisão

Patrícia Villas Bôas Cueva

Revisão de referências
bibliográficas

Maria Cláudia Pestana

Marketing e comercial

Debora Alves

Pré-impressão e impressão

Gráfica Elyon

Tiragem

6.000 exemplares

Imagem de capa

iStock Photos

Jornalista responsável

Lilian Liang (MTb 26.817)

ISSN 2316-1434

Contatos

EDITORIAL:

Lilian Liang

lilian@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

(11) 9-8585-8356

COMERCIAL:

Debora Alves

debora@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição:

Alexandre de Oliveira Alcântara, Camila Brajato Guanais Velludo, Ivete Berkenbrock, Karla Cristina Giacomini, Marcel Hiratsuka, Maria Lígia Pagenotto e Sílvia 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

Uma década de informação

Parece que foi ontem, mas neste mês a revista *Aptare* completa 10 anos de existência.

Estava numa fase de incertezas quando resolvi criá-la. Tinha dedicado os últimos dois anos à cobertura de oncologia, mas sem muito brilho nos olhos. Também, pudera! Havia passado os dois anos anteriores na África do Sul, cobrindo aids nos países africanos de língua portuguesa – uma experiência que havia mudado completamente minha visão de mundo, das pessoas, da vida. Qualquer investida que viesse depois teria pouca chance de ser tão incrível como aquela.

Pelo menos era o que eu pensava, até me enveredar pelo envelhecimento, de uma maneira não exatamente planejada. Nos meus anos à frente de uma revista de oftalmologia, havia entrevistado uma oftalmogeriatra que trabalhava com pacientes longevos na Unifesp. Era um projeto inovador, que havia repercutido muito na época. Seu nome era Marcela Cypel.

Entrei em contato com ela, que imediatamente se prontificou a conversar comigo. “O problema é que estou de repouso por causa da minha segunda gravidez. Mas você é bem-vinda para vir à minha casa.” Passa-

mos horas conversando. E eu fui me encantando com o que ela me contava sobre o envelhecimento. Percebi que a cobertura de geriatria e gerontologia poderia me proporcionar a mesma realização como jornalista que a cobertura de aids: um misto de jornalismo e ativismo e, principalmente, a possibilidade de ouvir e contar histórias.

Foi com essa conversa que a *Aptare* começou a tomar forma. Ela chegou à sua versão final graças à orientação sábia e generosa dos professores João Toniolo Neto e Cláudia Fló. Esse *power trio* foi responsável pelo que se tornaria o meu grande projeto de vida.

Ao longo desses dez anos, tenho tido o prazer de assistir de camarote à evolução da discussão sobre o envelhecimento no Brasil. Saímos de notas esporádicas e tímidas na imprensa para colunas periódicas em jornais de grande circulação. Saímos de piadinhas de mau gosto envolvendo idosos para manuais que sugerem novas expressões que não perpetuem o idadismo. Saímos de um modelo que despreza o profissional 60+ para outro que acolhe a experiência dessa mesma pessoa. O idoso que ficava à margem da sociedade hoje entende a importância de seu protagonismo. Sou

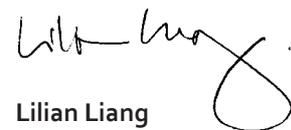
otimista e comemoro os passos dados nessa década. E gosto de acreditar que a *Aptare* vem contribuindo, de alguma maneira, para um debate mais amplo, diverso e democrático do tema.

Nem tudo são flores, claro. Há muito a se desbravar ainda, mas o momentum criado dificilmente será interrompido. A longevidade ganhou espaço, visibilidade e adeptos, e nosso desejo é que isso continue reverberando. E a *Aptare* está aí para ajudar nesse movimento.

Dez anos, minha gente. Quem diria? Eu, que vim parar na cobertura do envelhecimento por causa das incertezas, hoje tenho certeza de que é a essa causa que quero me dedicar pelas próximas décadas. Convido você, querido leitor, a comemorar com a gente essa data tão especial. É por causa de vocês que a *Aptare* continua existindo.

Muito amor, carinho e gratidão a todos vocês!

Boa leitura!



Lilian Liang
Editora

A realidade sobre A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Ao contrário do que se pensa, essa violência não vem somente das relações interpessoais, mas é estrutural e cometida pelas condições sociais

Por **Silvia Sousa**



Arquivo pessoal

VICENTE DE PAULA FALEIROS Presidente da comissão de políticas públicas da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Ainda que muitos não enxerguem essa realidade, em média 14% da população acima de 60 anos sofre algum tipo de violência

Esse número é realmente assustador. E ainda temos que considerar a imensa subnotificação que existe. A violência contra a pessoa idosa é uma realidade na sociedade e, por mais que muitos a identifiquem apenas como agressão física, a violência se manifesta das mais diversas maneiras. Todos os dias os idosos passam por algum tipo de agressão no país em que vivemos – desde a falta de um corrimão em uma escada ou o atendimento inadequado em um serviço de saúde, passando pelo preconceito etário (idadismo) até as agressões físicas e psicológicas. O pior é que a maioria

dos agressores são filhos e filhas (60% dos casos), seguidos pelos netos (8% das ocorrências), segundo mostram as pesquisas. O que ocasiona isso tudo é a falta de conscientização desses indivíduos, que não enxergam em suas atitudes atos agressivos, e a falta de conhecimento dos idosos, que não reconhecem o que estão passando. Ou, se reconhecem, não querem ou não sabem como denunciar.

O Brasil já dispõe de leis que tratam especificamente desse assunto. Segundo o Estatuto da Pessoa Idosa, “expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado”,

é crime passível de pena. O documento também estabelece que “os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária”. No entanto, fazê-la valer ainda é um trabalho difícil, seja pela dificuldade de fiscalização, seja pela subnotificação.

A conscientização acerca do assunto é um primeiro passo para que ele seja debatido de uma forma que gere mudanças. Em 2006 foi criado o Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa pela Organização das Nações Unidas (ONU), em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Rede Internacional de Prevenção de Abusos contra Idosos. A data foi criada para sensibi-

lizar a sociedade para o combate das diversas formas de violência cometidas contra a população 60+.

Para entender um pouco mais sobre esse assunto, convidamos para esse bate-papo Vicente de Paula Faleiros, especialista em violência contra o idoso no Brasil, professor titular aposentado da Universidade de Brasília e presidente da comissão de políticas públicas da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Ele conta o que precisa ser feito como política pública para ajudar essa população e como cada profissional de saúde tem responsabilidade sobre o cuidado com o idoso.

Aptare – Como podemos definir a violência contra a pessoa idosa?

Vicente Faleiros – A violência precisa ser contextualizada. Em geral, ela envolve uma relação de poder, dominação, opressão ou negação dos direitos e da autonomia de decisão para impor uma relação de força. Eu costumo chamar essa relação de estrutura das supremacias – principalmente da supremacia branca e da masculina, que acontece, na maior parte das vezes, no ambiente intrafamiliar. Hoje a maior parte das vítimas dessa população ainda são as mulheres. Porém, o que vemos é que a violência contra a pessoa idosa não vem somente das relações interpessoais – aquelas que envolvem familiares ou pessoas próximas –, mas é estrutural e cometida pelas condições sociais. O idadismo, preconceito em relação à idade, por exemplo, é uma forma de violência porque é uma relação de poder. Então, o idoso é visto como improdutivo, sem co-



O LUGAR DA PESSOA IDOSA NA FAMÍLIA TEM QUE SER UM ESPAÇO DE DIÁLOGO AFETUOSO [...]

nhecimento, sem poder sobre si mesmo, perdendo seu poder de fala e o direito de expressar seus desejos. Ele é colocado em um lugar de exclusão, porque não tem a juventude a seu favor. Além disso, no capitalismo contemporâneo, também é violência considerar a pessoa idosa como desfasada, fora das condições de competitividade, incapaz de aprender novas tecnologias ou até de conviver com outras pessoas. Tudo isso podemos colocar como violência contra a pessoa idosa.

Aptare – Quais são as principais características da violência intrafamiliar?

Faleiros – A violência intrafamiliar é aquela que acontece dentro de casa e que, muitas vezes, está vinculada à história da família. Podemos destacar quatro ocorrências que aparecem com mais frequência quando falamos de violência intrafamiliar. A primeira é a negligência. É o tipo de ocorrência mais comum nos canais de denúncias, representando de 70% a 80% dos casos. Podemos considerar como negligência o abandono e a falta de cuidado com a pessoa idosa. Por exemplo, negar companhia, negar alimentação adequada, negar acesso a atendimento médico, deixar a pessoa sem higiene adequada, e o abandono, que é a falta total de cuidados. Depois disso, temos a violência psicológica, presente em 55% das ocorrências.

Ela se caracteriza por meio de ameaças, xingamentos, tratamento áspero, como mandar calar a boca ou desdenhar da opinião dela em determinados assuntos. Ou então exigir da pessoa idosa uma funcionalidade normal quando ela já apresenta alguma dificuldade ou deficiência. Um exemplo é o momento das refeições. A pessoa idosa se alimenta mais lentamente, então o responsável por ela ordena que coma mais rápido. O mesmo acontece na hora do banho, apressando a pessoa, que já não tem a mobilidade de outrora. Em terceiro lugar, aparece a violência financeira, com 41% das ocorrências, que é quando se retira, por exemplo, o cartão bancário da pessoa, obrigando-a a pagar as contas de toda a casa e não permitindo que ela saia para comprar o que deseja. Ela não tem o poder de escolher o que fazer com o seu próprio dinheiro. E esse tipo de violência vem se intensificando muito com o aumento do desemprego. Também há o problema do consumo de drogas. Quem tem esse tipo de dependência pressiona o idoso fisicamente, psicologicamente e financeiramente para manter o seu vício. Em quarto lugar está a violência física, que é a agressão, presente em 26,5% das ocorrências.

Aptare – Quantas denúncias são recebidas por ano pelo Disque Denúncia?

“ AS DENÚNCIAS SÃO APENAS A PONTA DO ICEBERG. A SITUAÇÃO É MUITO MAIS GRAVE QUE ISSO.

Faleiros – As denúncias são apenas a ponta do iceberg. Temos 37 milhões de idosos no país e recebemos cerca de 40 mil denúncias por ano. A situação é muito mais grave que isso. Percebemos essa disparidade nas conversas informais que temos. Sabemos que há idosos sofrendo, mas eles têm medo de denunciar porque exporão os filhos ou os netos. Além disso, eles toleram a agressão, pois sabem que dependem dessas pessoas para a sua subsistência. Outro fator é que dificilmente os idosos identificam como violência o que estão passando. Para ter uma ideia, nas pesquisas que conduzo, eu nunca pergunto se o idoso está sofrendo violência, porque muitas vezes eles não identificam o que estão passando como violência. Em vez disso, eu falo de maus-tratos, que inclui todos esses tipos de ocorrências de que já falei e até mesmo a falta de um convite para sair, a obrigatoriedade de cuidar do cachorro enquanto todos vão viajar, a responsabilidade de cuidar dos netos. Também temos uma subnotificação muito grande nos casos que envolvem idadismo, porque esse preconceito é tão enraizado que o idoso tem dificuldade para dizer “não”, “quem manda em mim sou eu”, “o dinheiro é meu”. O idadismo é tão forte que o idoso não entende que ele manda nele mesmo.

Aptare – Como as políticas públicas podem atuar para proteger esses idosos?

Faleiros – O artigo 4 do Estatuto do Idoso diz que toda pessoa idosa tem direito a dignidade. Mas ainda precisamos de políticas públicas específicas para denunciar e fazer o monitoramento das denúncias. Vemos que a violência está muito ligada a estrutura social, como falta de escolaridade, desemprego e distribuição de renda. Uma delas seria a política de transferência de renda, pois, à medida que a família tem renda suficiente, dá-se também mais condições para a pessoa idosa cuidar de si mesma com seu próprio dinheiro. Hoje o que acontece é que a maioria vive da aposentadoria de um salário mínimo, que ainda é compartilhada com outros membros da família para o pagamento das contas básicas – água, luz, aluguel, gás, alimentação – ou para sustentar o consumo elevado de algum parente. E isso gera violência psicológica e física, muitas vezes. Também precisamos investir nas políticas de saúde para ter mais estrutura para atender essas pessoas, já que 80% dos idosos dependem do SUS. E mais: preparar mais nossos profissionais de saúde. Há uma lei que os obriga a notificar casos de agressão. Mas o que percebemos é que eles não são preparados na sua formação para identificar esses sinais, que às vezes são

muito sutis. Tristeza, choro e a maneira de falar podem demonstrar que estão sofrendo, e os profissionais têm que ficar atentos. Os profissionais de saúde estão preparados para prescrever medicamentos, dietas, exames, mas não ouvem as condições da pessoa idosa. Isso também é violência. Por isso, os centros de convivência de idosos são tão importantes. Nesses espaços eles falam muito de constrangimentos a que são submetidos e de outras coisas por que estão passando, identificando-se uns com os outros. Também é um espaço em que essa população pode denunciar e ser acolhida, pois muitas vezes ela nem sabe como denunciar. Também é preciso regularizar a profissão do cuidador. Isso tem que ser colocado como prioridade.

Ainda precisamos investir em delegacias direcionadas exclusivamente à atenção ao idoso e em uma política de cuidados na rede de proteção para ter mais acesso à informação. Porque hoje quem denuncia muitas vezes é outro familiar ou um vizinho que acompanha a situação. E investir em escolas e universidades para que estudem mais o envelhecimento e ofereçam disciplinas optativas direcionadas à cultura do envelhecimento, pensando em preparar melhor os futuros profissionais. Para completar, as políticas têm que pensar em disponibilizar meios de dar melhor qualidade de vida para essa população. Isso inclui acesso a atividades de lazer, a atividades físicas (caminhada, natação, entre outras), a condições de alimentação adequada e a acessibilidade. A pre-

venção possibilita melhores condições de envelhecimento.

Aptare – A violência contra os idosos aumentou na pandemia?

Faleiros – Nós observamos que houve uma tendência de aumento de casos de violência ocasionados pela pressão econômica. Também podemos dizer que houve um aumento de violência pelo descuido com toda aquela história de prioridade das UTIs. Isso foi uma violência gigantesca com a população com mais de 60 anos. A orientação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia para o acesso aos cuidados intensivos era priorizar as condições físicas e sociais das pessoas e analisar as comorbidades. Uma simples escolha pela idade não pode ser um critério de exclusão. O Estado deveria ter oferecido aos idosos as mesmas condições de cuidado, como acesso a oxigênio e internação em UTI. Nesse contexto violento em que vivemos, as Instituições de Longa Permanência da Pessoa Idosa (ILPI) foram fundamentais, porque elas protegeram o idoso. Tivemos também uma mobilização grande da população para pressionar o acesso à vacinação. Infelizmente começamos muito tarde. Essa defasagem prejudicou a população idosa e a colocou em um risco muito grande. Isso é uma forma de violência. Também temos que considerar que a pandemia gerou ainda mais desemprego, e sabemos que esse é um dos fatores do aumento da violência contra os idosos dentro de casa. É um assunto bastante sério e que precisa ser considerado.

Aptare – Como a sociedade enxerga a violência contra o idoso?

Faleiros – Há uma invisibilidade na violência contra a pessoa idosa, porque considerá-la incapaz, improdutivo, por exemplo, já é algo naturalizado. Isso leva a uma visão negativa e à exclusão do prazer. Acredita-se que ela não precisa mais se divertir, passear, viajar, encontrar pessoas queridas. Em muitas sociedades, a velhice está ligada à sabedoria. Na nossa, a sabedoria está mais ligada a conhecer novas tecnologias do que à experiência de vida. A juventude tem terror da velhice porque acredita que é uma fase de decadência. Portanto, de modo geral, nega-se a velhice. O Brasil ainda precisa se preparar para essa realidade. No Japão, por exemplo, 25% da população está na faixa etária considerada idosa e essas pessoas não são excluídas, mas sim incorporadas à sociedade. Outros países também seguem esse modelo. O que precisamos é encarar a velhice como um setor da economia. Há enormes oportunidades de serviços para essa população. Mas aqui, infelizmente, não se pensa dessa maneira. Estatísticas do IBGE mostram que em 2060 atingiremos o mesmo patamar do Japão. Portanto, precisamos investir mais em políticas públicas e procurar meios de incorporar os idosos dentro do sistema. A cultura do envelhecimento é um assunto que precisa ser debatido por toda a sociedade. É preciso alertar para essa realidade, pois nada é mais previsível que o envelhecimento.

Aptare – De que maneira a família pode intervir quando desconfiar de

uma violência com a pessoa idosa?

Faleiros – Assim como os profissionais de saúde devem ficar atentos para denunciar casos de violência, qualquer pessoa pode fazer isso. Como falamos, a maioria das agressões se dá dentro de casa e vem de filhos e filhas ou netos. Porém, quando um terceiro envolvido sabe o que está ocorrendo, ele precisa procurar os órgãos de segurança e denunciar. Infelizmente, assim como acontece com a violência contra a mulher, a violência contra a pessoa idosa é naturalizada. E isso tem que acabar. Não podemos mais aceitar esse tipo de violência na nossa sociedade. O lugar da pessoa idosa na família tem que ser um espaço de diálogo afetivo, de respeito e de acolhimento. Pergunte o que ela gosta, o que ela quer fazer, o que sente vontade de comer, o que ela quer assistir na TV, o que ela quer vestir. Ao contrário do que pensam, a pessoa idosa é capaz de se adaptar às mudanças – basta que ela entenda essa mudança de hábito. Muitas vezes, ela é vista como chata, repetitiva, mal-humorada. Mas nós temos que desconstruir essa visão e basear a relação no diálogo, respeitando a autonomia da pessoa idosa. Sabemos que essa população tem suas fragilidades, mas a autonomia é fundamental e precisa ser baseada nessas condições. As pessoas idosas têm necessidades diferentes e a família deve dialogar muito para que todos os membros entendam isso e se adequem para garantir melhores condições para elas. Todos nós temos que entender o envelhecimento para acolher da melhor maneira possível as pessoas idosas. ▲

#nutrição

POR ANA PAULA MAEDA

Nutricionista, especialista em gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e mestre em saúde pública pela USP. Atualmente é gerente assistencial do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte de São Paulo – CRI Norte e membro da comissão do concurso de Título de Especialista em Gerontologia da SBBG.

PREVALENCE OF PROTEIN INTAKE BELOW RECOMMENDED IN COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS: A META-ANALYSIS ACROSS COHORTS FROM THE PROMISS CONSORTIUM



A menor ingestão de proteínas em idosos está associada a perda de massa e força muscular. O objetivo desse estudo foi fornecer uma estimativa combinada da prevalência geral de ingestão de proteínas abaixo do recomendado entre idosos residentes na comunidade, tanto na população idosa em geral quanto em subgrupos específicos.

Uma metanálise foi realizada usando dados de quatro coortes (Holanda, Reino Unido, Canadá e EUA) e quatro pesquisas nacionais (Holanda, duas da Finlândia e Itália). Nesses estudos, os dados sobre a ingestão de proteínas e energia de homens e mulheres com idade ≥ 55 anos foram obtidos por um questionário de frequência alimentar, recordatórios de 24 horas administrados em dois ou três dias, ou diários alimentares administrados em três dias. A ingestão de proteína abaixo do recomendado foi baseada na ingestão dietética recomendada de 0,8 g/kg de peso corporal. Os valores de corte de 1,0 e 1,2 foram aplicados em análises adicionais. As prevalências também foram examinadas para subgrupos de acordo com sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), escolaridade, apetite, estado de vida e perda de peso recente.

A amostra do estudo foi composta por 8.107 idosos. A prevalência geral combinada de ingestão de proteínas abaixo do recomendado foi de 21,5% (intervalo de confiança de 95%: 14,0–30,1), 46,7% (38,3–55,3) e 70,8% (65,1–76,3) usando o valor de corte de 0,8, 1,0 e 1,2, respectivamente. Maior prevalência dessa baixa ingestão foi observada entre as mulheres, indivíduos com maior IMC e indivíduos com inapetência. A prevalência diferiu apenas marginalmente por idade, nível educacional, condição de vida e perda de peso recente.

Esse estudo mostra que em idosos da comunidade a

prevalência de ingestão de proteínas estava abaixo da recomendação atual de 0,8 g/kg (14–30%) e aumenta para 65–76% de acordo com um valor de corte de 1,2 g/kg de peso corpóreo. A recomendação dos autores é que investigações mais aprofundadas sejam realizadas para avaliar o impacto da ingestão proteica abaixo do recomendado.

THE ROLE OF MUSCLE MASS GAIN FOLLOWING PROTEIN SUPPLEMENTATION PLUS EXERCISE THERAPY IN OLDER ADULTS WITH SARCOPENIA AND FRAILTY RISKS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-REGRESSION ANALYSIS OF RANDOMIZED TRIALS



Nessa revisão sistemática foram investigadas as associações entre ganho de massa muscular e a eficácia da suplementação proteica e a prática de exercício resistido no envelhecimento, sarcopenia e fragilidade. Uma análise ampla de banco de dados on-line foi realizada para identificar ensaios controlados buscando a eficácia da suplementação proteica mais exercícios resistidos em idosos com sarcopenia ou fragilidade. Os ensaios incluídos foram analisados por meio de metanálise e avaliação de risco de viés. Dezenove ensaios foram incluídos considerando exercícios resistidos e a suplementação com whey protein, leucina e caseína. Houve aumento na massa magra com exercício resistido e suplementação proteica.

Cabe destacar que os resultados apareceram a partir de três meses do uso da suplementação, e foram melhores quando houve o aumento do prazo dessa suplementação.

Quando analisada a massa muscular esquelética apendicular, observou-se que a suplementação também foi efetiva quando a oferta foi por um tempo maior. A suplementação teve evidência com exercício resistido para ganho de força de membros inferiores e para deambulação.

Os achados sugerem que o ganho de massa magra após suplementação proteica e exercício resistido contribui sig-

nificativamente para a eficácia da intervenção em termos de força muscular e mobilidade em pacientes idosos com alto risco de sarcopenia ou fragilidade.

THE COMBINED EFFECT OF ANEMIA AND DYNAPENIA ON MORTALITY RISK IN OLDER ADULTS: 10-YEAR EVIDENCE FROM THE ELSA COHORT STUDY



Anemia e dinapenia podem ocorrer de maneira simultânea. Separadamente, ambas as condições aumentam o risco de mortalidade com o avançar da idade. No entanto, não há evidências epidemiológicas sobre o efeito

combinado dessas duas condições na mortalidade de idosos. Esse trabalho investigou a combinação de anemia e dinapenia no aumento do risco de mortalidade e possíveis diferenças de gênero.

Foi realizado um estudo de acompanhamento de dez anos envolvendo 5.310 idosos do English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). De acordo com o diagnóstico de anemia (concentração de hemoglobina < 13,0 g/dL em homens e < 12,0 g/dL em mulheres) e dinapenia (força de preensão < 26 kg para homens e < 16 kg para mulheres), os indivíduos foram categorizados como “não anêmico/não dinapênico”, “dinapênico”, “anêmico” e “anêmico/dinapênico”. O desfecho foi mortalidade por todas as causas durante o período de acompanhamento.

Foram computados 984 óbitos durante o seguimento (63,7% em não anêmicos/não dinapênicos, 22,8% em dinapênicos, 7,5% em anêmicos e 6,0% em anêmicos/dinapênicos). Dos principais achados, observou-se que a combinação de anemia e dinapenia estava associada significativamente a um risco aumentado de mortalidade em homens e mulheres após dez anos de seguimento. Essa associação era independente de fatores socioeconômicos, estado de saúde e comorbidades. Anemia em homens e dinapenia em mulheres também foram fatores de risco para mortalidade. Esses achados trazem como conclusões que a coexistência de anemia e dinapenia aumenta o risco de mortalidade, destacando a necessidade de identificação precoce, prevenção e tratamento dessas condições para reduzir suas complicações e o risco de mortalidade.

DYNAPENIA, ABDOMINAL OBESITY OR BOTH: WHICH ACCELERATES THE GAIT SPEED DECLINE MOST



O objetivo desse trabalho foi investigar se a combinação de dinapenia e obesidade abdominal é pior do que essas duas condições separadamente em relação ao declínio da velo-

cidade da marcha ao longo do tempo.

Foi realizado um estudo longitudinal envolvendo 2.294 indivíduos com 60 anos ou mais sem limitação de mobilidade (velocidade da marcha >0,8 m/s) que participaram do English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). A dinapenia foi determinada como força de preensão <26 kg para homens e <16 kg para mulheres. A obesidade abdominal foi determinada como uma circunferência da cintura >102 cm para homens e >88 cm para mulheres. Os participantes foram divididos em quatro grupos: sem dinapenia/sem obesidade abdominal (SD/SOA); apenas obesidade abdominal (OA); apenas dinapenia (D); e dinapenia/obesidade abdominal (D/OA). Modelos lineares mistos foram usados para analisar o declínio da velocidade da marcha (m/s) em função da dinapenia e do estado de obesidade abdominal durante um período de acompanhamento de oito anos.

Os resultados mostraram que, ao longo do tempo, apenas os indivíduos D/OA apresentaram maior declínio da velocidade da marcha (-0,013 m/s por ano, IC 95%: -0,024 a -0,002; P < 0,05) em relação aos indivíduos SD/SOA. Nem a dinapenia nem a obesidade abdominal isoladas foram associadas com diminuição da velocidade da marcha.

O estudo concluiu que a obesidade abdominal dinapênica está associada ao declínio acelerado da velocidade da marcha e é, portanto, uma importante condição modificável que deve ser abordada na prática clínica por meio de treinamento aeróbico e de força para a prevenção de incapacidade física em idosos.

COMENTÁRIO DA AUTORA

Estamos com resultados muito importantes de estudos robustos retratando o déficit de proteína em idosos de países desenvolvidos. Sabendo do impacto da desnutrição proteico-calórica e, principalmente, da deficiência proteica em idosos e seu desdobramento na sarcopenia e fragilidade, é bem provável que em estudos conduzidos no Brasil sejam observados resultados semelhantes ou piores aos encontrados – daí a importância de não analisar pela média os dados de consumo de proteína da população idosa, e sim por adequação às recomendações atuais. É importante ressaltar que o tempo de suplementação e a combinação com exercícios resistidos trazem eficácia para os resultados.

Por outro lado, devemos ressaltar a importância da prevenção e do tratamento precoce. Dinapenia, obesidade abdominal e anemia têm fatores modificáveis que podem ser tratados para reduzir o risco de agravos à saúde do idoso e sua mortalidade.

Política pública de enfrentamento ao Alzheimer: um tema urgente

Especialistas alertam para a necessidade de o Estado acolher integralmente pessoas com demência e seus cuidadores

Por **Maria Lígia Pagenotto**

Desde 1976 o médico Gilberto Natalini atende pessoas, voluntariamente, em um serviço de saúde oferecido por uma igreja católica no bairro de Cangaíba, zona leste de São Paulo. Há um grupo que frequenta o lugar há tempos – ele já cuidou de várias gerações de uma mesma família, em alguns casos. Segundo ele, cerca de 70% dos frequentadores têm mais de 60 anos.

Vereador na Câmara Municipal de São Paulo por cinco mandatos, Natalini conta que acompanhou, ao longo dos anos à frente desse serviço, vários pacientes envelhecerem, expondo, assim, uma série de fragilidades e necessidades.

Foi trabalhando com esse público que ele afirma ter se sensibilizado, especialmente, pela causa das demências. “Vi algumas famílias se desesperando por ter alguém diagnosticado com Alzheimer”, diz. O “desespero”, acredita, vem muito da desinformação sobre a doença, situação que aflige os envolvidos, a começar pelos profissionais da saúde.

“Diagnósticos tardios, falta de apoio, falta de conhecimento sobre como lidar com esse idoso assustam todos”, explica. Foi a partir dessa experiência, e de muitas outras na área da saúde e como vereador, que Natalini abraçou o tema e se empenhou em construir com o GRAZ (Grupo de Alzheimer) o Projeto de Lei Alzheimer, sancionado na íntegra em janeiro de 2021 pelo então prefeito de São Paulo Bruno Covas, como Lei nº 17.547.

Um projeto coletivo

A lei foi uma grande conquista para pacientes e familiares que enfrentam o enorme desafio de lidar com a doença de Alzheimer e outras demências. À frente do GRAZ, na coor-

denação, está Lina Menezes, jornalista especializada no assunto, coautora do livro *Direito do Paciente com Alzheimer* e ativista da causa. O GRAZ congrega profissionais especialistas no segmento, grupos de pacientes e familiares.

As discussões sobre o projeto – o primeiro no país a tratar de políticas públicas eficientes para o enfrentamento do Alzheimer – tiveram início em 2018. Ele foi aprovado em dezembro de 2020 – em meio ao pior momento da pandemia de Covid-19 – por todas as comissões da Câmara Municipal de São Paulo. Isso, segundo Natalini, demonstra sua urgência no contexto atual.

“O projeto é fruto de muitas mãos, e quem trouxe as demandas foram os grupos do Alzheimer”, pontua. Com a lei sancionada, é hora agora de lutar para a sua implementação. “Há muito trabalho pela frente e temos confiança de que avançar no acolhimento eficaz e humanizado das pessoas diagnosticadas com demências e de seus familiares é um propósito comum de todos os profissionais, entidades e governos envolvidos”, diz Lina.

Segundo a jornalista, em todo o processo de construção da lei foram utilizadas evidências científicas, com o devido acompanhamento dos recentes avanços na área, dando atenção às necessidades de pacientes, familiares e cuidadores. “A premissa envolve o cuidar do conteúdo para cuidar de gente”, afirma a jornalista, que é também diretora do projeto Tudo sobre Alzheimer, iniciativa da consultoria Faz Muito Bem Longevidade, Saúde e Bem-Estar.

Entre os profissionais médicos envolvidos com a legitimação do tema estão os neurologistas Ricardo Nitrini e Paulo Bertolucci. “Acreditamos que implementar e validar este

grande programa num ambiente com a complexidade do município de São Paulo poderá resultar num modelo que servirá de referência para outras cidades do país”, diz Nitri- ni, fundador e coordenador do Grupo de Neurologia Cogni- tiva e do Comportamento (GNCC), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP).

Por ocasião da sanção da lei, Bertolucci, coordenador do Núcleo de Envelhecimento Cerebral (Nudec), da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), afirmou: “Dar segurança aos profissionais em re- lação às novas técnicas e aos procedimentos para a melho- ria no atendimento às demências por meio de treinamento continuado é essencial”.

Experiência com a psoríase

Natalini explica que a Lei Alzheimer foi elaborada de forma semelhante à Lei nº 15.987, de 2014, que instituiu no muni- cípio de São Paulo uma rede de atenção a pessoas com psoríase. A lei resultou na criação de um protocolo de atendi- mento a pacientes com psoríase, com direito assegurado ao tratamento da doença na rede pública municipal de saúde.

“A luta foi para que a psoríase, que era desconhecida por

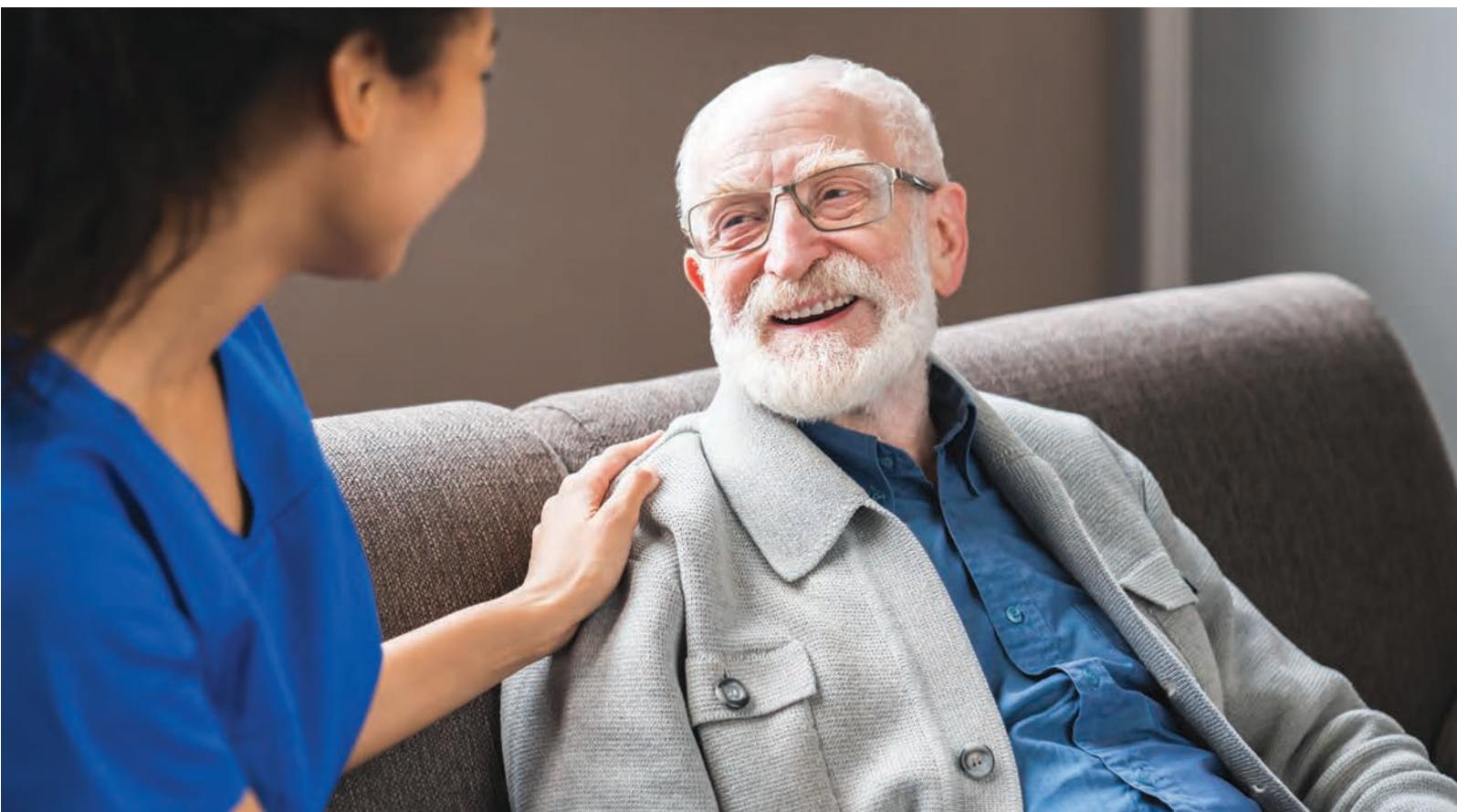
muitos médicos, fosse tratada de forma adequada”, explica. Alguns profissionais, por não entenderem o problema, re- ceitavam medicação que acabava por piorar a doença.

Para avançar, foi preciso investir em formação. Atual- mente, diz Natalini, há na capital paulista cinco centros de referência para treinamento de profissionais e para atendi- mento de pacientes com psoríase – e muita coisa mudou no cenário. Com a Lei Alzheimer a lógica é a mesma: é pre- ciso ressaltar, segundo ele, que a questão das demências é um assunto de saúde pública.

Envelhecimento populacional

O Brasil está envelhecendo, e o que está sendo feito por essa parcela da população? Dados divulgados em julho pelo IBGE mostram que, entre 2012 e 2022, o número de pesso- as com menos de 30 anos no país caiu 5,4%, enquanto hou- ve aumento em todos os grupos acima dessa faixa etária.

Segundo noticiou a Agência IBGE, o mais recente levanta- mento demonstra que pessoas com 30 anos ou mais pas- saram a representar 56,1% da população total em 2021. Esse percentual era de 50,1% em 2012, início da série his- tórica da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios



Contínua – Características Gerais dos Moradores. Além disso, em 1950 só 2,4% dos brasileiros tinham mais de 65 anos; estima-se que esse número chegue a 10% em 2022.

Os grupos que trabalham com o tema das demências ressaltam que é urgente que o país se prepare para o envelhecimento e suas consequências. O neurologista Nitrini é categórico ao afirmar que essa preocupação precisa fazer parte das políticas de saúde pública no Brasil. “O país não tem infraestrutura para acolher pessoas idosas durante o dia, o que acaba por sobrecarregar familiares que, muitas vezes, precisam parar de trabalhar para conseguir cuidar de alguém com perda cognitiva”, observa.

Na opinião do especialista, caso nada seja feito, em médio prazo essa situação irá acarretar problemas sociais intrincados e profundos, já que muitas pessoas terão de abandonar seus empregos para dar atenção aos idosos.

Diagnóstico precoce

A lei sancionada busca dar conta dessa complexidade. Ela propõe uma linha de cuidado para enfrentar o Alzheimer e outras demências, o que inclui treinar profissionais para identificar a doença e diagnosticá-la de forma precoce.

A questão da identificação precisa é desafiadora, pois exige formar profissionais da saúde com essa competência. O diagnóstico precoce contribui para que o idoso tenha um acompanhamento adequado diante do problema. Os familiares, por sua vez, se fortalecem, com mais suporte e atenção, e conseguem proporcionar mais qualidade de vida à pessoa com demência. “Hoje há médicos que não sabem o que fazer diante da demência e prescrevem calmantes ao paciente, o que é um erro”, diz Natalini.

Nitrini cita alguns números que evidenciam a urgência da implementação da lei. Segundo ele, a prevalência das demências é de 2% entre indivíduos na faixa dos 65 a 69 anos, mas essa porcentagem dobra a cada cinco anos. Assim, entre os 70 e 75 anos de idade, a proporção de pessoas com demência na população já é de 4%.

Ele resalta que em países como o Brasil, onde o nível de escolaridade é mais baixo, os sintomas da doença se tornam evidentes mais cedo, quando comparado com países onde a escolaridade média é mais alta. “Quem avançou mais nos estudos dispõe de um vocabulário melhor e consegue contornar os problemas de linguagem, pois a flexibilidade mental que a escolaridade proporciona auxilia”, explica.

Uma pessoa com reserva cognitiva maior tolera melhor as agressões e se mantém funcional por mais tempo, de acordo com Nitrini. “Atividades intelectuais e físicas geram também substâncias na nossa circulação que atuam no cérebro, melhorando o seu funcionamento”, atesta, afirmando que um dos pilares da lei está na promoção da atividade física direcionada a essa população.

Adiamento da demência

Atualmente, não é possível impedir o aparecimento das demências, mas o neurologista resalta que é possível postergar seu surgimento. “Com cuidado adequado, uma pessoa que poderia ter demência aos 70 anos pode vir a tê-la aos 80, 85, 90 anos – ou nem vir a ter, porque talvez venha a falecer antes”, explica Nitrini.

O adiamento da instalação da síndrome demencial significa a diminuição de custos para todos, dizem os especialistas. Mas, para isso, é preciso investir em medidas preventivas eficazes na promoção de um envelhecimento saudável. “Essa ideia precisa chegar a todos. É importante que as pessoas compreendam o que isso significa”, afirma.

O projeto de Lei Alzheimer contempla esse ponto, trabalhando com unidades de saúde e profissionais que atuem de forma a modificar alguns fatores que podem contribuir para o aparecimento das demências, tais como hipertensão arterial, dislipidemias, obesidade, diabetes, tabagismo, alterações vasculares e abuso de álcool. Segundo Natalini, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) já têm, por exemplo, grupos de atividades físicas voltados para idosos. Elas também investem em medidas para prevenção de obesidade, no controle da hipertensão e do tabagismo.

Metodologia unificada

O projeto de Lei Alzheimer prevê que todas essas medidas sejam unificadas em uma linha de cuidado. Esse é o diferencial. “A lei vem para orientar, cria regras, condutas e protocolos, para que todos ajam de acordo com a mesma metodologia no enfrentamento das demências, desde a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento medicamentoso com médico de família e não medicamentoso, o que inclui integração social do paciente, apoio psicológico, fisioterapia, cuidado em casa, com a família, ou internação, se for o caso”, observa o ex-vereador. Vale pontuar que, pelo projeto de lei atual, familiares e/ou cuidadores também devem es-

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 ADESAO

30 CÁPSULAS R\$ 119,00



60 CÁPSULAS R\$ 209,00

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

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

Produto isento de registro conforme RDC 27/2010.



tar incluídos nesses cuidados.

Outro ponto essencial é a formação de profissionais por meio de cursos e palestras, para que atuem com excelência e não se apavorem diante do diagnóstico. Quem irá cuidar desses idosos são equipes de saúde da família do município. Hoje, segundo Natalini, existem cerca de 1,6 mil equipes que precisam ser treinadas.

A lei também contempla a atuação de equipes multidisciplinares, visando à melhoria no atendimento para a diminuição de intercorrências clínicas, hospitalizações e custos, reduzindo também o nível de estresse de quem cuida. Por isso, prevê o apoio e o treinamento a cuidadores, ensinando abordagens no tratamento não medicamentoso e medicamentoso, para diminuir o impacto das alterações comportamentais e das complicações no curso da doença.

Também está prevista pela legislação a disseminação de informações sobre as demências para a sociedade em geral. “É preciso investir em campanhas educativas, falar em prevenção de demência e dar explicações sobre a doença, a fim de desmistificá-la”, enfatiza Natalini.

Compressão da morbidade

Na questão das abordagens não farmacológicas, que foi incluída na legislação, o GRAZ conta com o apoio de Ceres Eloah Ferreti, enfermeira com pós-doutorado pela FMUSP, doutora em ciências e mestra em neurociências pela Unifesp, além de pesquisadora do GNCC e integrante da coordenação do GRAZ.

Sobre a lei de âmbito municipal e o plano de atenção às demências, ela afirma: “É fundamental apoiarmos condutas não medicamentosas no atendimento às pessoas com Alzheimer e outras demências. Vários estudos já comprovaram que ações de baixo custo, direcionadas à educação na atenção primária aos cuidadores e profissionais, podem prevenir muitas complicações e doenças, além de reduzir os gastos no sistema de saúde”.

Para que a pessoa com demência viva com qualidade por um tempo maior, Ceres cita a teoria da compressão da morbidade, segundo a qual o aparecimento de doenças crônicas e suas complicações pode ser “empurrado para a frente”, o que significa assegurar mais qualidade para o paciente com Alzheimer.

“Na lei municipal, contribuimos com o doutor Natalini na inclusão de medidas que possam impactar nesse senti-

do”, afirma. Dessa forma, sua equipe sugeriu desde protocolos para medidas que promovam o controle da pressão arterial na população em geral, por exemplo, até o trabalho de prevenção de saúde em escolas. A ideia é que, desde muito cedo, crianças e adolescentes compreendam o que é a senescência, saibam quais as doenças mais comuns na velhice e tenham noções básicas de prevenção e tratamentos.

Ceres criou o primeiro protocolo de enfermagem em demência no Brasil e, atualmente, está revisando essas diretrizes numa abordagem multidisciplinar, não farmacológica, ampliando serviços, com base no que de melhor existe, segundo ela, nos modelos assistenciais centrados no paciente. Um dos exemplos que ela cita é o do Chile, onde há um protocolo mais parecido com o que propõe a Organização Mundial da Saúde (OMS) para Alzheimer e outras demências. “No Brasil, sofremos demais com a falta de estrutura para atendimento da pessoa com demência”, pontua. Ela ressalta, no entanto, que o país já faz muita coisa, dentro das possibilidades e das dificuldades que enfrenta.

Plano Nacional de Demência

São essas lacunas que a lei municipal pretende preencher. Quando estiver implementada a Lei Alzheimer, toda a rede pública municipal de saúde funcionará de forma sistemática e articulada, integrando as UBSs ao Centro Especializado em Alzheimer e outras Demências – também previsto para ser criado pela lei – e unindo saberes e abordagens.

“O local deve ser fonte de acolhimento, irradiação de conhecimento e atendimento aos pacientes e suas famílias”, explica Natalini. No momento, segundo ele, a prefeitura está levantando o que já existe disponível na rede de atenção ao Alzheimer. “Não há muita coisa e a rede ainda não está preparada, mas a lei vem para organizar o sistema e receber a linha de cuidados para as pessoas com Alzheimer e outras demências. Já fizemos essa sistematização com diabetes e hipertensão no passado e, mais recentemente, São Paulo fez com o enfrentamento da Covid-19”, diz.

Além da lei de São Paulo, cidade que, segundo Natalini, será pioneira na implantação dessa linha de cuidado, existe, em âmbito federal, uma proposta do senador gaúcho Paulo Paim, que prevê um plano de ação similar ao apresentado por Natalini. É possível que esse projeto municipal sirva de base para um futuro plano nacional de demência, como proposto pela OMS, acredita Ceres. Ela afirma que o

GRAZ pode contribuir com a construção desse modelo.

Em novembro, o Senado aprovou um substitutivo – de autoria do senador fluminense Romário – ao projeto que institui a Política Nacional de Enfrentamento à Doença de Alzheimer e Outras Demências (PL 4.364/2020). Segundo a agência de notícias do Senado, “a matéria determina que o poder público oriente e conscientize os prestadores de serviços de saúde públicos e privados acerca das doenças que ocasionam perda de funções cognitivas associadas ao comprometimento da funcionalidade, bem como a identificação de seus sinais e sintomas em fases iniciais”.

Na justificativa do projeto do senador Paulo Paim, ele destaca que o Brasil tem aproximadamente 800 mil cidadãos com demência ainda não diagnosticada, e essas doenças demandam uma carga intensa e prolongada de cuidado, envolvendo praticamente toda a família e causando adoecimento dos cuidadores diretos.

“Cerca de 60% dos cuidadores entram em forte estresse, 42% em ansiedade e 40% em depressão. Atualmente, as demências são as doenças que mais apresentam custos. Em 2018, o custo estimado em todo o mundo foi de 1 trilhão de dólares. A demência, assim, não apenas afronta a dignidade do paciente, mas também a de sua família e dos profissionais que atuam nesses cuidados.”

Dados da federação internacional Alzheimer’s Disease International citados por Paim apontam que 139 milhões de pessoas serão afetadas por alguma demência em 2050, um número que pode ser ampliado em razão da Covid-19. “A cada três segundos, alguém no mundo desenvolve alguma demência. No Brasil, 1,5 milhão de brasileiros sofrem de demência, em sua maioria Alzheimer”, disse o senador. O texto segue em apreciação pela Câmara dos Deputados.

O papel da sociedade civil

Natalini ressalta a importância da sociedade civil organizada para que as leis sejam de fato implementadas e cumpridas. Os grupos de ativistas, como o GRAZ e a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), são fundamentais nesse processo. “São eles que fazem com que esses avanços se consolidem”, afirma o médico.

O ex-vereador vê com otimismo a situação: acredita que, dentro de um ano, a lei já estará implementada na cidade de São Paulo. A legislação é uma ferramenta importante, segundo ele, porque empodera o gestor para que faça

o que está previsto, cumprindo protocolos e prazos. “E a realidade da vida, com o envelhecimento, vai exigir que isso caminhe a passos largos”, ressalta.

Nitrini também vê com otimismo e esperança a criação desses protocolos com base na nova lei. E pede celeridade no processo de implementação. “Nossa sociedade tem que cuidar melhor das pessoas que envelhecem, especialmente as que envelhecem com déficit cognitivo.” Infelizmente, pontua, “mais de 10% das pessoas com demência no Brasil estão largadas à própria sorte, sofrendo violências de todos os tipos, passando por privações, e muitas pessoas nem sequer conhecem seus direitos”.

Sobre isso, ele lembra que a jornalista Lina Menezes, do GRAZ, é autora do livro *Direitos do Paciente com Alzheimer*, em que discorre, de forma prática, sobre os direitos que podem fazer muita diferença na vida do paciente e seus cuidadores. O manual conta com a participação da neurologista Ana Luisa Rosas e da advogada especialista em saúde Vivian Erlichman.

A enfermeira Ceres também enfatiza a vulnerabilidade do idoso brasileiro – 75% dos idosos no Brasil procuram atendimento médico público. Há uma faixa muito grande dessa população vivendo nas grandes periferias, abaixo da linha da pobreza, um grupo que cresceu muito com a pandemia de Covid-19. “O que pretendemos com essa legislação é melhorar um serviço que já existe, embora em pequena proporção, e colaborar com a construção de algo que irá favorecer o idoso com nível socioeconômico mais baixo”, diz a pesquisadora.

Ela finaliza elogiando o projeto de Natalini, tanto pela visão ampliada do problema como pela disposição em atuar na prevenção, com pessoas que estão na fase anterior aos sintomas da demência. O ideal, ressalta Ceres, é começar a cuidar desses, ou daqueles que têm demência leve. “A medicação que temos disponível no Brasil atua com muito mais eficácia no início do processo do que numa fase mais tardia. As abordagens não farmacológicas, combinadas com fármacos no tempo certo, ajudam muito no enfrentamento do problema – assim como a estimulação cognitiva, o controle do diabetes e de outros fatores.”

O fato é que a questão do Alzheimer, segundo os especialistas citados, precisa ser incluída como prioridade na agenda pública do país, assegurando uma vida longa, com saúde e direitos a toda a população idosa. **A**

O movimento HOSPICE



CAMILA BRAJATTO GUANAIS VELLUDO Médica geriatra pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; especialista em geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG); especialização em medicina paliativa pelo Instituto Paliar; coordenadora da equipe de cuidados paliativos da Prevent Senior.

Imagem: divulgação

O hospice é muito mais do que um local, é uma filosofia de cuidado. Ela vem de um movimento mundial focado na assistência a pacientes de todas as idades, portadores de enfermidades ameaçadoras da vida (oncológicas ou não oncológicas) e que se encontram em uma fase avançada da doença, necessitando da atenção holística que envolve os pilares do equilíbrio no ser humano: o físico, o emocional, o social e o espiritual – conceito que se alinha ao significado dos cuidados paliativos. Pela dificuldade de tradução do termo hospice para alguns idiomas, o termo “cuidados paliativos” surgiu em 1975, numa reunião de especialistas no Canadá. O conceito revisado pela Organização Mundial da Saúde em 2017 orienta que os cuidados paliativos sejam oferecidos aos pacientes em qualquer fase da doença ameaçadora da vida, não somente na fase avançada e no final de vida.

A palavra “hospice” deriva do latim “hospitium”, que significa hospitalidade, e originou outros termos, como “hospício”, “hospital”, “hotel” e “hotelaria”. São locais construídos para o recebimento humanizado e acolhedor de pessoas que, muitas vezes, estariam em alguma condição de fragilidade (EEP/FMUSP, 2018).

Os hospices foram iniciados há séculos na Europa e, a partir do século IV, sabe-se que esses estabelecimentos albergavam cristãos em peregrinação. Relatos antigos mostram que esses locais eram dirigidos por religiosos cristãos e tinham caráter de acolhimento ao viajante, que lá recuperava suas forças para seguir em sua jornada. O início do movimento hospice moderno foi marcado pela fundação do St. Christopher’s Hospice, em 1967, no sul de Londres, por Cicely Saunders (1918-2005), concretizando a prática do cui-

dado que ela já praticava anos antes: a assistência a pacientes em fase final de vida (Floriani, 2010).

Hospice: qualidade de vida e de morte

Os hospices são, portanto, locais especializados em assistência aos pacientes que recebem cuidados paliativos e que se encontram em uma fase avançada de doença incurável, sem tratamento modificador ou cuidados intensivos que possam mudar seu curso, e que possivelmente evoluirão para fase final de vida de maneira natural durante sua internação. Os hospices também oferecem cuidado aos familiares de pacientes.

O ambiente de um hospice deve ser acolhedor. A hotelaria do local deve sugerir um ambiente leve, o mais próximo possível de uma estrutura domiciliar – muitos hospices permitem que paciente e familiares decorem o lugar, contribuindo para que eles se sintam em casa. Sabe-se que geralmente nessa fase da vida os pacientes desejam estar em suas residências, mas isso nem sempre é possível, seja pela falta de acesso a esse tipo de assistência em domicílio, seja pela complexidade de sintomas decorrentes da progressão natural das doenças avançadas, o que não sustenta o óbito domiciliar. Dessa maneira, tais espaços são primordiais para a continuidade do cuidado, que deve ser focado no paciente que está partindo e nos familiares que estão perdendo seu ente querido, fato que muitas vezes é rodeado de sofrimento, perdas e luto. O tempo de permanência num hospice pode variar de dias a meses, o que justifica a necessidade de um local diferenciado, que consiga construir um bom vínculo de confiança entre equipe, paciente e sua rede de apoio.

É desafiador cuidar da família tão bem como se cuida dos pacientes. Por isso, é importante que haja centros de convivência e atividades especiais voltadas diretamente para familiares e cuidadores, tais como escuta ativa, troca de experiências, abordagem do estresse do cuidador. Uma capela ecumênica e ambientes externos como jardins para um contato mais próximo com a natureza também podem ajudar na abordagem da espiritualidade e complementar ainda mais esse local.

A equipe atuante em hospices deve ser multidisciplinar e especializada, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais. Times mais robustos incluem também terapeutas ocupacionais e capelania. O ideal é que todos tenham formação em cuidados paliativos, o que não é tão simples assim. Embora o treinamento e a educação continuada de equipes já existentes em hospitais de transição, reabilitação e retaguarda sejam cada vez mais comuns para receber esse perfil de pacientes de maneira adequada, um dos principais obstáculos é a falta de profissionais preparados para esse contexto no mercado de trabalho, em especial após a pandemia. Na prática, faz muita diferença que a equipe seja especializada ou tenha um treinamento específico, pois não é somente assistência humanizada que faz parte do cuidado hospice. Existem inúmeras técnicas envolvidas, como o tratamento da dor de difícil controle e outros sintomas físicos; manejo de situações de sofrimento psicoemocionais mais complexas,

como depressão e ansiedade; estratégias e competências para cuidado diante do sofrimento existencial e espiritual intenso; assistência na intermediação de conflitos, em especial aqueles que envolvem objetivos de tratamento, futilidade terapêutica, conflitos entre familiares ou entre as equipes de assistentes; estratégias para autocuidado e cuidado com a equipe; e, ainda, o manejo de sintomas refratários que possam indicar sedação paliativa (ANCP, 2018). Apesar de esse conteúdo não estar presente na formação dos profissionais de saúde no Brasil na maioria das vezes, os cuidados paliativos começam a ganhar espaço na graduação e hoje são uma área de atuação reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB), com aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) para que os programas tenham dois anos de duração a partir de 2023, e seguem evoluindo rumo à especialização (ANCP, 2022).

A humanização do cuidado engloba empatia, respeito, paciência e comunicação compassiva, que funcionam como pilares para que o hospice possa atingir seu objetivo. Diferenciais como liberdade nos horários de visitas, incluindo visitas especiais como de crianças e pets, oferta liberada de alimentos desejados pelo paciente (às vezes até sua própria confecção), visita de líderes religiosos, práticas de medicina integrativa como reiki, meditação, massagens e acupuntura, estão muitas vezes incluídos na rotina. Tudo é feito levando em conta a segurança dos pacientes e observando as normas e a disponibilidade de cada local. A espiritualidade e a religiosidade, além dos cuidados após a morte, respeitando os rituais desejados, também devem receber atenção especial.

Toda a equipe deve conhecer os pacientes e seus familiares. Quando abordamos o sofrimento de alguém, é imprescindível saber sua biografia e entender o contexto social em que está inserido, para que se disponibilize um tratamento individualizado, com objetivo de adiar a perda da independência e da autonomia do paciente no decorrer da doença até a fase final da vida. Com esse conhecimento também se possibilita instituir a abordagem ao luto para os familiares de maneira precoce, com detecção de fatores que possam prejudicar seu enfrentamento.

Hospice no Brasil

De acordo com o Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil, divulgado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos em outubro de 2018, existem pelo menos 2,5 mil hospi-



Cicely Saunders, fundadora do moderno movimento hospice

tais com mais de 50 leitos no Brasil e, desses, menos de 10% disponibilizam uma equipe de cuidados paliativos. Comparando com um levantamento de 2016 sobre o número de equipes nos EUA, o Center for Advanced Palliative Care encontrou mais de 1,8 mil equipes atuando em hospitais, cobrindo mais de 90% dos hospitais norte-americanos com mais de 50 leitos. O mesmo documento da ANCP mostra que foram cadastrados 117 serviços de cuidados paliativos no Brasil, dos quais oito são hospices (5%). Nos EUA, a National Hospice Palliative Care Organization divulgou em seu relatório de agosto de 2020 que em 2018 havia 4.639 hospices certificados, registrados e ativos pela Medicare, indicando um aumento de 13,4% desde 2014 (ANCP, 2018; NHPCO, 2020).

Não somente os pacientes, mas também muitos profissionais de saúde ainda sofrem com o desconhecimento e o preconceito em relação aos cuidados paliativos e à filosofia hospice. Muitos os entendem como um sinônimo de “não há nada mais a ser feito”. Na cultura ocidental também há dificuldade de se encarar e falar sobre a morte como um evento natural da vida, discutir as escolhas desse momento, que podem estar descritas no testamento vital (diretivas antecipadas de vontade acompanhadas da escolha de um procurador de saúde, para tomadas de decisões quando há perda da autonomia). Estar em um leito hospice pode ser uma escolha desse momento repleto de necessidades e sofrimento. Esses fatores afastam a sociedade tanto dessa filosofia de cuidado quanto da aceitação, da procura e das transferências para os leitos hospices. Atualmente, a maioria dos pacientes elegíveis é assistida em hospitais gerais e apenas em alguns poucos casos com equipes de cuidados paliativos envolvidas. Infelizmente, a maioria dos pacientes não tem acesso a esse perfil de assistência.

O leito hospice deve ser valorizado e incentivado pela qualidade de cuidado que é proporcionada ao paciente e pela capacidade de oferecer tudo que ele realmente precisa nos momentos finais de vida. Em hospitais gerais, por exemplo, muitas vezes os pacientes são submetidos a exames complementares, dispositivos invasivos como sondas e acessos, medicamentos e procedimentos que não trazem o benefício esperado e podem resultar em iatrogenias, obstinação terapêutica ou mesmo distanásia, com prolongamento de sofrimentos desnecessários para o paciente e todos os envolvidos em seu cuidado.

Muito se falou sobre cuidados paliativos durante a pandemia. A Covid-19 é uma doença ameaçadora da vida que trouxe sofrimento não apenas para pacientes e familiares, mas também para as equipes de saúde, por ser desconhecida, geradora de sintomas de difícil controle, complicações e sequelas, além de questões relacionadas a um luto inédito e grande sofrimento pelo afastamento e isolamento que impôs. Em diversos serviços públicos e privados foram criadas políticas de saúde, protocolos de elegibilidade de cuidados paliativos, protocolos para manejo de sintomas e de fase final de vida, sempre respeitando conceitos bioéticos e jurídicos de nosso país. Ampliou-se o número de leitos hospice para os pacientes elegíveis, que claramente não se beneficiariam da assistência em hospitais gerais, com planejamento de cuidados baseados em condições clínicas, valores e biografia, apoio da decisão compartilhada e busca por cuidados especializados. Firmou-se, então, um movimento que já vem se instalando há alguns anos, visando a adequação de recursos, acompanhado por uma melhora da qualidade de cuidado para os pacientes elegíveis a essa filosofia.

Apesar de ainda longe do ideal, é possível dizer que, pelas conquistas já feitas até aqui, estamos no caminho certo para o aumento do número de hospices no Brasil, embora ainda haja muito a ser feito para acelerar o processo. Quanto mais intensa e efetiva a educação continuada em cuidados paliativos e na filosofia hospice para todos, incluindo os profissionais de saúde, e mais detalhados os estudos de viabilidade econômica e qualidade de cuidado, mais embasamento técnico teremos para melhorar esse número.

Vale lembrar que somente 10% da população terá uma morte repentina. Isso significa que 90% das pessoas terão a oportunidade de se preparar para o processo de morte. O maior desafio é iniciarmos uma revolução cultural em nosso país, discutindo com mais naturalidade os cuidados paliativos, a finitude, as diretivas antecipadas de vontade, derubando tabus e enfatizando que sempre há o que se fazer, mesmo para os pacientes nos últimos dias de vida. Poder se hospedar em um hospice no final da vida ou poder proporcionar esse cuidado aos pacientes deve ser considerado um privilégio, que hoje é para poucos no Brasil (EPEC, 2020).

Um hospice não pode acrescentar dias à vida de alguém, mas certamente pode acrescentar vida aos dias de muitos pacientes que estiverem sob seus cuidados (adaptado de Cora Coralina). **A**

Referências bibliográficas

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). ANCP e Cuidados Paliativos no Brasil (recurso eletrônico) <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil>> Acessado em 27 de julho de 2022.
2. FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R.; Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.17, supl.1, jul. 2010, p.165-180. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/GBPNNCRyLb69gZX8ppXpK-PR/?format=pdf&lang=pt>> Acessado em 25 de julho de 2022.
3. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de Cuidados Paliativos no Brasil. São Paulo, p. 1-29, 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wpcontent/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf> Acessado em 27 de julho de 2022.
4. Os Cuidados Paliativos no Brasil. (recurso eletrônico) Portal Hospitais Brasil, on-line, 17 de Janeiro 2018. Disponível <<https://portal-hospitaisbrasil.com.br/os-cuidados-paliativos-no-brasil/>> Acessado em 27 de julho de 2022.
5. ANCP. Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>> Acessado em 27 de julho de 2022.
6. <https://eephcfmusp.org.br/portal/online/cuidados-paliativos-tratam-vida-nao-morte/>.
7. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Rumo à especialidade: publicada matriz de 2 anos para residência em medicina paliativa (recurso eletrônico) <<https://paliativo.org.br/blog/rumo-especialidade-publicada-matriz-2anos-residencia-medicina-paliativa>>Acessado em 27 de julho de 2022.
8. Cuidados paliativos tratam da vida, e não da morte (recurso eletrônico) Sua saúde- Escola de Educação Permanente FMUSP, on line, 17 de dezembro de 2018 <<https://eephcfmusp.org.br/portal/online/cuidados-paliativos-tratam-vida-nao-morte/>> Acessado em 27 de julho de 2022.
9. EMANUEL, L.L., et al. Module 12 Last Hours of Living EPEC: Education in Palliative and End-of-life care for oncology. The EPEC Project Chicago, 2002.
10. CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012.
11. CHERNY, N. I. et al (org.). Oxford textbook of palliative medicine. Oxford university Press. 2015.
12. National Hospice Palliative Care Organization (NHPCO) Facts and Figures, 2020 EDITION Published August 20, 2020.



-  Acompanhamento domiciliar de idosos
-  Enfermagem domiciliar
-  Atendimento médico
-  Psicologia
-  Emergência móvel
-  Carro adaptado para cadeirante
-  Nutrição
-  Fisioterapia
-  Ambulância para simples remoção
-  Fonoaudiologia
-  Serviço de monitoramento
- * Verificar disponibilidade dos serviços por estado.

Uma verdadeira
rede de proteção ao idoso

Rio de Janeiro

 (21) 2577-1717

 www.saidrio.com

São Paulo

 (11) 3590-0033

 www.saidsp.com

Belo Horizonte

 (31)3045-5628

 www.saidbh.com

Políticas públicas e ILPI: como agem o Estado e a sociedade civil?



KARLA GIACOMINI Médica geriatra, doutora em ciências da saúde (Fiocruz Minas); coordenadora da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI; vice-presidente do Centro Internacional de Longevidade – Brasil. E-mail: contato@frente-ilpi.com.br



ALEXANDRE DE OLIVEIRA ALCÂNTARA Promotor de Justiça da 1ª Promotoria de Justiça do Idoso e da Pessoa com Deficiência de Fortaleza, Estado do Ceará; professor da Escola Superior do Ministério Público do Estado do Ceará; doutor em ciências jurídicas e sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Direito na Universidade Federal Fluminense – UFF. E-mail: alexandre.alcantara@mpce.mp.br

Imagem: divulgação

1. Introdução

Na perspectiva dos direitos das pessoas idosas, o artigo 230 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) afirma que a família, a sociedade e o Estado *têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida*. No âmbito infraconstitucional, a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994), e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003), reafirmam essa partilha de responsabilidades. Apesar das leis, permanece o desafio de efetivação dos direitos para o segmento populacional idoso – grupo demográfico que mais cresce no país (IBGE, 2022). E, no Brasil, o

amparo prometido pela Constituição Federal vem sendo cumprido de forma muito árdua pelas famílias, e em menor proporção pela sociedade, ficando o Estado Brasileiro o maior devedor dessa promessa.

Entre o Censo IPEA 2008-2010 (CAMARANO, 2008 a, b, c, d, e) e o Censo da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI (LACERDA et al., 2021), houve um acréscimo de 146,0% no número total de Instituições de Longa permanência para Idosos (ILPI)¹, mas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o aumento foi de 7,0%. E, embora as famílias busquem no mercado o que o Estado não oferece, até o presente não contam com qualquer benefício fiscal. Por outro lado, é a família que vai para o banco dos réus, enquanto a sociedade tolera a oferta irrisória de

1. As ILPI são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar e em condições de liberdade, dignidade e cidadania.

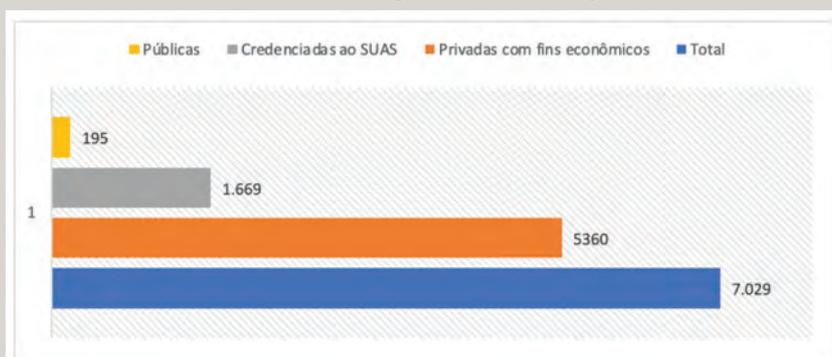
ILPI públicas existentes no país, conforme demonstra o levantamento realizado pela FN-ILPI (LACERDA et al., 2021): (Gráfico 1).

Dessa forma, 97,2% das ILPI são privadas – com ou sem fins econômicos. E apenas 2,8% do total de ILPI são públicas – 90% delas, municipais. Entre as credenciadas aos SUAS, 88,3% são filantrópicas (privadas sem fins econômicos), o que aponta a colaboração da sociedade na oferta de cuidados institucionais. As ILPI ligadas ao mercado – privadas com fins econômicos – representam 73,5% do total de instituições do país.

Uma ILPI, independentemente de sua natureza jurídica, oferece cuidados de longa duração e é fonte de emprego e renda. E, embora do ponto de vista de atividade econômica (CNAE) a descrição de uma entidade de acolhimento pressuponha “a realização de atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares”, inexistem mecanismos de financiamento e de gestão compartilhada entre as diferentes políticas públicas envolvidas. Assim, as ILPI tangenciam as políticas de assistência social, trabalho, habitação, saúde, mas faltam informações sobre de quem cuidam, como cuidam, quanto custa esse cuidado. Esse desconhecimento revela uma vez mais a omissão do poder público e tem reflexos na falta de padrão de qualidade.

Neste artigo, discutiremos a responsabilidade do poder público em garantir estruturas de acolhimento para pessoas idosas que demandam cuidados, especialmente quando em situação de vulnerabilidade social.

Gráfico 1 – Distribuição das ILPI, segundo a natureza jurídica



Fonte: elaborado pelos autores, com base em Lacerda et al. 2021

2. As ILPI no contexto do direito fundamental à moradia e à assistência aos desamparados

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) em seu artigo 6º estabelece que *são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a MORADIA, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a ASSISTÊNCIA AOS DESAMPARADOS, na forma desta Constituição.*

Portanto, a necessidade de o Estado brasileiro ofertar serviços públicos de acolhimento (moradia) para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social é um direito social, com fundamento constitucional. Infelizmente, a negação do acesso desse direito atinge milhões de brasileiros, representada no grave déficit habitacional para pessoas de todas as idades. Segundo estudo realizado pela Fundação João Pinheiro (2021), o déficit habitacional no Brasil cresceu e chegou a 5,876 milhões de moradias em 2019. O estudo divide esses mais de 5 milhões de domicílios faltantes em três categorias: a) habitação precária: 1.482.585; b) coabitação: 1.358.374; c) ônus excessivo com aluguel urbano: 3.035.739. Os estados com maiores déficits habitacionais, em número total de domicílios, estão localizados nas regiões Norte e Nordeste do país: Amapá (17,8%), Roraima (15,2%), Maranhão (15,25%), Amazonas (14,82%) e Pará (13,55%). Eis o contexto habitacional brasileiro onde se coloca a luta por moradias, incluindo residências coletivas como as ILPI públicas.

Na falta do interesse e do compromisso público, há relatos de numerosas ILPI não regulamentadas em todo o país (CAMARANO & BARBOSA, 2016). As ILPI privadas, filantrópicas ou não, assumem essa lacuna (JACINTO et al., 2020), mas enfrentam dificuldades na gestão de pessoal e dos custos relativos a cuidados em saúde.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº 109/2009), as contratações de pessoal seguem a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS, ratificada e reconhecida pela Resolução CNAS nº 17/2011. Essa norma elenca as categorias profissionais de nível superior

dos serviços socioassistenciais e de gestão do SUAS, mas não prevê quaisquer profissionais com formação vinculada às especificidades da política pública de saúde, exceto assistente social e psicólogo. Portanto, o SUAS veda contratações de profissionais diferentes daquelas especificadas, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, entre outras categorias.

Recentemente, foi aprovado o PL 2564/2020 (BRASIL, 2020), que institui o piso salarial nacional do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira, que aguarda a sanção do presidente da República. Essa aprovação está deixando os gestores de ILPI muito preocupados com a sustentabilidade e a qualidade do serviço. O piso salarial de enfermeiros significará o aumento de despesas nas ILPI, mas demitir profissionais de enfermagem para reduzir custos e substituí-los por cuidadores de idosos significa aumentar ainda mais a fragilidade do cuidado nesses espaços. Por outro lado, não custa lembrar que o presidente da República vetou integralmente a lei que regulamentava a profissão de cuidadores.

Por isso, para intervir nesse cenário confuso é preciso trazer este debate para toda a sociedade, assumindo o risco social do cuidado (CAMARANO, 2010) por meio de políticas públicas que respondam ao desafio de envelhecer em um país tão desigual. Infelizmente, esse debate ainda está ausente dos planos de governo dos políticos, bem como dos conselhos de direitos das pessoas idosas e daqueles das políticas públicas de assistência social, saúde, habitação, cidades, entre outras.

3. Sem oferta pública de vagas institucionais, como agir?

No Brasil, já são 35 milhões de brasileiros com 60 anos e mais e a expectativa é de que passemos dos atuais 4,2 milhões de pessoas com 80 anos e mais para 13,8 milhões de brasileiros em 2050 – 62,4% serão mulheres (IBGE, 2022). A demanda por acolhimento institucional de idosos também deve continuar crescendo no país, principalmente nas cidades maiores. Essa situação deveria ser acompanhada por políticas públicas. Nesse sentido, estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2011) alerta:

“Sempre vão existir idosos totalmente dependentes, com carência de renda, que não constituíram família ou vivem uma situação familiar conflituosa, ou seja, que precisam de um abrigo e de cuidados não familiares. O pertencimento a uma instituição pode representar uma alternativa de amparo, proteção e segurança. Portanto, é importante que, entre outros fatores, haja uma mudança de percepção com relação a residência em instituições e que as ILPI sejam parte da infraestrutura básica de qualquer cidade”.

Como agir? A resposta da Constituição Federal de 1988 foi transformar a atuação do Ministério Público (MP): de uma instituição com atuação preponderante na esfera penal e de “fiscal da lei” no processo civil, para assumir um complexo elenco de atribuições para atuar na garantia dos direitos fundamentais. A Constituição define o MP como “*instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis*” (art.127, CF). Portanto, competem ao MP a defesa do patrimônio público, histórico, turístico, artístico e paisagístico; a defesa do meio ambiente, do consumidor; a defesa dos serviços essenciais como educação, saúde e de grupo de vulneráveis, como idosos, crianças e adolescentes, de pessoas com deficiência; e a defesa dos direitos humanos em geral etc.

A atuação do Ministério Público

À guisa de contribuição, vamos compartilhar uma experiência da atuação do MP no estado do Ceará no âmbito das ILPI. O Ceará tem 189 municípios, mas conta com apenas três ILPI públicas, sendo duas municipais (Acopiara e Apuairés) e uma estadual, em Fortaleza, mantida pela Secretaria Estadual da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos (SPS). Essa ILPI pública de maior porte tem capacidade máxima de 75 vagas, 100% ocupadas e com uma grande fila de espera. Assim, o município de Fortaleza tem se valido dos serviços de uma outra ILPI, essa de natureza filantrópica, com maior capacidade – máximo de 200 residentes –, cujas vagas sempre estão plenamente preenchidas em virtude da elevada procura e de a instituição receber pessoas idosas de todos os graus de dependência. Salienta-se que, atualmente, a ILPI filantrópi-

ca não está admitindo novos residentes, principalmente aqueles com grau de dependência II e III, que requeiram assistência em todas as atividades para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo. Essa situação atinge ainda mais as pessoas idosas que precisam de acolhimento e estão em situação de risco e/ou não possuem recursos para arcar com uma ILPI privada. As demais ILPI filantrópicas e privadas existentes no estado do Ceará não estão dando conta da demanda, havendo uma fila de espera em todas as instituições fiscalizadas pelo MPCE.

Desde 2011, o MPCE tem atuado para que o município de Fortaleza ofereça serviço público de acolhimento em ILPI para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social. Tramita na 3ª Vara da Fazenda Pública a Ação Civil Pública (processo nº: 0144663-17.2011.8.06.0001) (ESAJ, 2011) que objetiva a implantação de ILPI pública em Fortaleza. Em 2017, foi firmado um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) entre o MPCE e o município de Fortaleza, por meio do Secretário Municipal do Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome (atual SDHDS), no qual o município se comprometeu a implantar uma ILPI pública, de 2018 a 2030, em cada uma das sete Secretarias Executivas Regionais. Infelizmente, o município não cumpriu o TAC, o que vem gerando um grave prejuízo para a política pública de assistência social e para a população de Fortaleza, pois, se o cronograma estivesse sendo cumprido, já deveriam existir três ILPI municipais em funcionamento. O TAC aguarda homologação judicial, estando nos autos da referida ação civil pública em tramitação na 3ª Vara da Fazenda Pública (MPCE, 2021).

Em razão dessa grave omissão, também no município de Fortaleza observa-se aumento da oferta de ILPI pela iniciativa privada. Infelizmente, em 2021 o MPCE precisou ajuizar ações civis públicas requerendo a interdição de quatro dessas instituições, em razão da precariedade dos cui-

dados prestados². Em uma delas³, a fiscalização do MPCE registrou a ocorrência de graves violações de direitos humanos das pessoas idosas residentes, com fortes indícios de maus-tratos seguidos de morte de pelo menos duas idosas. Após pedido de instauração de inquérito policial pelo MP e de representação de prisão preventiva e busca e apreensão formulados pela Delegacia Especializada, a Justiça decretou a prisão da gestora da instituição, caso que teve forte repercussão na imprensa e nas mídias sociais.

Esses exemplos de interdição, quando chegam à sociedade, reforçam o preconceito contra as ILPI, mas não têm levado à reflexão sobre como modificar essa situação. A necessidade de aumentar a oferta pública de ILPI é real e presente. Por outro lado, é fundamental que o caráter residencial, de convivialidade e a abertura para a comunidade sejam favorecidos e estimulados (VILLA-LOBOS et al., 2021), bem como uma atuação integrada das diferentes políticas ao longo de todo o processo de cuidado, com a participação do residente e de seus familiares.

Entretanto, até o presente, no Brasil a política de saúde participa apenas da fiscalização sanitária, mas não do financiamento nem do cuidado sistemático dentro das instituições, mesmo quando se trata de ILPI credenciada ao SUAS. Por sua vez, a política de assistência social tampouco reconhece a existência de ILPI privadas, mesmo quando estas assistem populações socialmente vulneráveis que estão ali por não terem acesso a vagas públicas ou por estarem em dificuldades financeiras ou de toda ordem, precisando do apoio da sociedade e, por que não, do Estado. E, embora colocada no capítulo “Habitação” do Estatuto do Idoso, essa política não se apresenta para apoiar reformas ou construções nesse segmento.

4. Poderia ser diferente?

Sim. Poderia e será.

2. Listagem das Instituições de Longa Permanência para Idosos de Fortaleza em Processo de Interdição/Fechamento. Disponível em <http://www.mpce.mp.br/caocidadania/projetos-caocidadania/ilpis/> acessado em 24.07.2022.

3. Após ação do MPCE, Justiça interdita Instituição para Idosos em Fortaleza que possuía condições inadequadas de abrigo. Disponível em <http://www.mpce.mp.br/2022/04/12/apos-acao-do-mpce-justica-interdita-instituicao-para-idosos-em-fortaleza-que-possuia-condicoes-inadequadas-de-abrigo/> acessado em 24.04.2022.

Em 2021, o MPCE, por meio da 1ª Promotoria de Justiça de Defesa do Idoso e da Pessoa com Deficiência e do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Cidadania (CAOCIDADANIA), pensou em uma estratégia diferente para promover a proteção e a melhoria da qualidade de vida de idosos institucionalizados: apresentá-los a partir do olhar de quem vive lá e mostrar um lado mais humanizado e verdadeiro.

Para enfrentar os estigmas associados ao processo de institucionalização é preciso desconstruir preconceitos – da sociedade e do poder público – em relação a esse tipo de moradia que oferece proteção e cuidado à pessoa idosa. O MP organizou uma exposição fotográfica para apresentar o cotidiano das pessoas idosas residentes em ILPI de todo o Ceará, reconhecendo a legitimidade e a importância dessa modalidade assistencial para a população idosa.

A exposição fotográfica *Memórias de Permanência* foi promovida pelo MPCE em parceria com a Associação Ce-

rense Pro Idosos (ACEPI) e com a curadoria da artista Eliane Lobo Martins. A exposição revela que por trás de cada instituição há inúmeras histórias de vida, que vão muito além de um compartilhamento de moradia, muitas delas inimagináveis. A exposição está disponível no site da FN-ILPI e pode ser acessada pelo QR code ao final da matéria.

5. Considerações finais

Assegurar cuidado ao longo do curso da vida dos residentes na ILPI é uma responsabilidade que precisa ser compartilhada entre a família, a sociedade e o Estado e ser continuamente avaliada pelas políticas públicas e pelos envolvidos: a equipe, a rede sociofamiliar e a pessoa idosa (VILLA-LOBOS et al., 2021).

A lógica governamental de compreender a ILPI privada como uma entidade que não deve receber apoio de políticas públicas é injusta, pois desconhece o seu papel de em-



Imagens da exposição fotográfica *Memórias de Permanência*

preendimento social. Discriminar as instituições privadas significa desproteger um universo significativo de ILPI que, genuína e materialmente, são de natureza social, ainda que de maneira formal sejam consideradas privadas com fins econômicos e muitas delas se encontrem deficitárias financeira e estruturalmente, como observado ao longo da atuação da FN-ILPI.

A sociedade precisa se organizar e se conscientizar de que uma política nacional de cuidados continuados interessa a pessoas de todas as idades. **A**



Para ver todas as imagens da exposição, acesse o QR code ao lado.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Senado Federal. Constituição. Brasília (DF), 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Série fontes de referência. Legislação, n. 53, p. 42, 2003.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE | Projeção da população [Internet]. 2022 [citado 18 de julho de 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
- CAMARANO, Ana Amélia. 2008a. Características das instituições de longa permanência para idosos - Região Centro-Oeste. Brasília, DF: IPEA.
- . 2008b. Características das instituições de longa permanência para idosos – Região Nordeste. Brasília, DF: IPEA.
- . 2008c. Características das instituições de longa permanência para idosos – Região Norte. Brasília, DF: IPEA.
- . 2008d. Características das instituições de longa permanência para idosos – Região Sudeste. Brasília, DF: IPEA.
- . 2008e. Características das instituições de longa permanência para idosos - Região Sul. Brasília, DF: IPEA.
- LACERDA, Tatiana Teixeira Barral de et al. Geospatial panorama of long-term care facilities in Brazil: a portrait of territorial inequalities. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 15, p. 1-8, 2021.
- DÉFICIT HABITACIONAL NO BRASIL – 2016-2019. Disponível em <https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/habitacao/RelatorioDeficitHabitacionalnoBrasil20162019v1.0.pdf>.
- JACINTO AF, ACHTERBERG W, WACHHOLZ PA, DENING T, DENING KH, DEVI R, et al. Using international collaborations to shape research and innovation into care homes in Brazil: a white paper. *J Nurs Home Res*. 2020; 6:109-13. <https://doi.org/10.14283/jnhrs.2020.28>.
- CAMARANO, Ana Amélia; BARBOSA, Pamela. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando. Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC, organizadores. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, p. 479-514, 2016.
- CNAE. Classificação Nacional de Atividades Econômicas. Versão CNAE 2.0. Disponível em: https://cnae.ibge.gov.br/?option=com_cnae&view=estrutura&Itemid=6160&chave=&tipo=cnae&versao_classe=70.0&versao_subclasse=9.1.0. Acesso em: 20 de jan. de 2022.
- CAMARANO, A. A. (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.
- BRASIL. Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, Resolução de nº 109 do Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS. Brasília, 2009.
- Resolução, C. N. A. S. nº 17/2011, que ratifica a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social–NOB-RH. SUAS e reconhece as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social–SUAS.
- Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei 2564/2020. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Brasília (DF): Senado Federal; 2020. [citado 2021 Mai 17]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/matéria/141900>.
- Comunicado do Ipea - 2011 - Maio - nº 93- Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=8571 acessado em 24.07.2022
- Disponível em <https://esaj.tjce.jus.br/cpopg/show.do?processo.codigo=010000VRM0000&processo.foro=1&referencia.codigo=01001VA350000&referencia.foro=1> acessado em 24.07.2022.
- MPCE requer da Prefeitura de Fortaleza criação urgente de lares públicos para idosos. Disponível em <http://www.mpce.mp.br/2021/02/05/mpce-requer-da-prefeitura-de-fortaleza-criacao-urgente-de-lares-publicos-para-idosos/> acessado em 24.07.2022.
- VILLAS-BOAS, PJE, ABDALLA, C, CARVALHO, AS, GIACOMINI KC. (Ed.) Manual: qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para idoso – Belo Horizonte (MG): 2021 Disponível em: <http://www.frentenacionalilpi.com.br>.

DOENÇA DE ALZHEIMER sob a ótica da saúde pública

Trabalhos apresentados na AAIC® 2022 mostram que condições socioeconômicas adversas e discriminação racial têm forte impacto na incidência de doença de Alzheimer

Novas pesquisas relatadas na Alzheimer's Association International Conference® (AAIC®) 2022 cobriram a amplitude da pesquisa sobre Alzheimer e demência, incluindo a biologia básica do envelhecimento e do cérebro, fatores de risco e estratégias de prevenção, cuidados e convivência com a doença.

A AAIC® é o principal fórum anual para apresentação e discussão das últimas pesquisas sobre Alzheimer e demência. A conferência deste ano ocorreu virtualmente e pessoalmente em San Diego, entre os dias 31 de julho e 4 de agosto, e atraiu mais de 9,5 mil participantes e mais de 4 mil apresentações científicas.

“Com investimentos recordes em pesquisa pública e privada, é um momento emocionante para a pesquisa sobre Alzheimer e demência”, disse Heather M. Snyder, vice-presidente de relações médicas e científicas da Alzheimer's Association. “Os pesquisadores estão avançando em nossa compreensão da doença, explorando biomarcadores, descobrindo possíveis maneiras de reduzir o risco e trabalhando para levar tratamentos e ferramentas de diagnóstico promissoras para testes clínicos.”

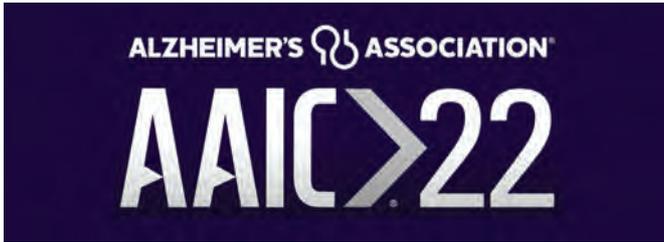
A seguir, alguns tópicos que foram destaque durante a conferência. Nos boxes em cinza, um apanhado sobre a temática; na sequência, os estudos detalhados.

BAIXO STATUS SOCIOECONÔMICO NA INFÂNCIA, BAIXOS SALÁRIOS PERSISTENTES ASSOCIADOS A RISCO DE DEMÊNCIA E DECLÍNIO DE MEMÓRIA ACELERADO

A privação socioeconômica, incluindo desvantagens da vizinhança e salários baixos persistentes, está associada a maior risco de demência, menor desempenho cognitivo e declínio mais rápido da memória, de acordo com vários estudos relatados na AAIC® 2022.

O status socioeconômico (SES) – refletindo tanto medidas sociais e econômicas da experiência de trabalho de uma pessoa quanto o acesso econômico de um indivíduo ou família a recursos e posição social – tem sido associado a saúde e bem-estar físicos e psicológicos. Pesquisas que examinam seu impacto na cognição estão crescendo, e as principais descobertas apresentadas incluem:

- Indivíduos que passam por alta privação socioeconômica – medida por meio de renda/riqueza, taxas de desemprego, posse de carro/casa e superlotação das famílias – têm muito mais probabilidade de desenvolver demência em comparação com indivíduos de melhor nível socioeconômico, mesmo com alto risco genético.
- Recursos de baixa qualidade na comunidade e dificuldade para pagar as necessidades básicas foram associados a menores pontuações em testes cognitivos de negros e latinos.
- O status socioeconômico mais alto dos pais foi associado ao aumento da resiliência aos efeitos negativos do marcador ptau-181, melhor função executiva basal e declínio cognitivo mais lento na velhice.
- Em comparação com os trabalhadores que ganham salários mais altos, os que recebem salários mais baixos tiveram uma experiência significativa de declínio de memória mais rápido na velhice.



AAIC® 2022: quase 10 mil participantes de todo o mundo

Privação socioeconômica associada ao aumento do risco de demência

Pesquisadores estão começando a entender que o risco de comprometimento cognitivo e demência é significativamente determinado pelas condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Para entender melhor como as condições socioeconômicas e o risco genético para o desenvolvimento de demência podem interagir, Matthias Klee, estudante de psicologia na Universidade de Luxemburgo, e equipe colaboraram com pesquisadores das universidades de Exeter e Oxford para examinar dados de registros de 196.368 participantes no Biobank do Reino Unido, cujo risco genético para desenvolver demência foi avaliado por meio de escores de risco.

Com essa amostra, os pesquisadores investigaram a contribuição da privação socioeconômica individual — como baixa renda e baixa riqueza — e da privação socioeconômica em nível de área — como taxas de emprego e possuir carro/casa — ao risco de desenvolver demência e o compararam com o risco genético de demência.

Os pesquisadores observaram que:

- Tanto a privação socioeconômica individual quanto de área contribuem para o risco de demência. A privação socioeconômica em nível de área foi associada ao aumento do

risco de demência para aqueles em bairros muito carentes.

- Para participantes com risco genético moderado ou alto, maior privação em nível de área está associada a maior risco de desenvolver demência, após ajuste para condições socioeconômicas em nível individual.

- Análises com marcadores de imagem indicaram que a privação socioeconômica do indivíduo e do nível de área foram ligados a maior carga de lesões de substância branca, um marcador que indica o envelhecimento e dano do cérebro.

“Nossas descobertas apontam para a importância das condições em que as pessoas vivem, trabalham e envelhecem para o risco de desenvolver demência, particularmente aqueles que já são geneticamente mais vulneráveis”, disse Klee. “Comportamentos de saúde individuais e condições de vida não influenciáveis são relevantes para explicar o risco de demência, particularmente para indivíduos com maior vulnerabilidade genética. Esse conhecimento abre novas oportunidades para reduzir o número de pessoas afetadas pela demência não apenas por meio de intervenções de saúde pública, mas também por melhorar as condições socioeconômicas por meio da formulação de políticas.”

Adversidade econômica e desvantagem da vizinhança associada a pontuações mais baixas em testes cognitivos

Várias pesquisas mostram que o status socioeconômico pode influenciar o risco de demência na velhice. O SES é geralmente estudado usando-se anos de escolaridade e nível de renda como fatores gerais na pesquisa em saúde. No entanto, ainda não se sabe como indicadores subjetivos, como percepção do ambiente de vizinhança e o acesso a recursos, também podem desempenhar um papel na saúde cognitiva.

Para entender melhor essa relação, Anthony Longoria, doutorando em psicologia clínica na University of Texas Southwestern, examinou as percepções do ambiente físico da vizinhança e SES juntamente com uma medida de cognição (pontuações da Avaliação Cognitiva de Montreal) em 3.858 indivíduos diversos do Dallas Heart Study.

Os pesquisadores descobriram que recursos de bairro de qualidade inferior, acesso mais pobre a alimentos/aquecimento e assistência médica e exposição à violência foram relacionados a pontuações mais baixas em um teste de função cognitiva comumente usado em participantes negros e hispânicos, mas não brancos.

“Isso é importante, uma vez que grupos minoritários experimentam desproporcionalmente adversidades econômicas e desvantagem de bairro, além de serem mais propensos a receber diagnóstico de demência e menos atendimento oportuno”, disse Longoria.

Análises de dados adicionais mostram que a desvantagem percebida da vizinhança e o status econômico também podem afetar o volume da massa branca (WMV, na sigla em inglês) e hiperintensidades (WMH, na sigla em inglês) do cérebro, ambos associados a risco de demência e fatores vasculares. Renda e escolaridade mais baixas relatadas foram associadas a maior WMH na amostra geral, e menor confiança, acesso a cuidados de saúde, renda e educação foram significativamente associados a menor WMV cerebral. “Violência” foi associada a mais WMH em mulheres negras, menor “confiança” foi associada a menor WMV em homens hispânicos, e menor “acesso a cuidados médicos” foi associado a menor WMV em mulheres brancas.

“Cientistas e formuladores de políticas devem enfatizar a melhoria dos recursos da vizinhança – incluindo segurança, acesso a alimentos de alta qualidade, espaços ao ar livre limpos e cuidados de saúde – ao desenvolver políticas de saúde pública para ajudar a reduzir o risco comunitário de Alzheimer e demências relacionadas”, disse Longoria.

Status socioeconômico dos pais associado a menor impacto de Alzheimer na velhice

Poucas pesquisas até o momento examinaram o impacto das condições socioeconômicas na resiliência cognitiva, incluindo marcadores biológicos de neurodegeneração. Para estudar essa questão, Jennifer Manly, professora de neuro-psicologia da Columbia University Irving Medical Center, e equipe fizeram uma parceria com participantes de um estudo intergeracional representativo da população na cidade de Nova York para determinar se status socioeconômico dos pais, medido por anos de educação, amortece a associação com os níveis plasmáticos de ptau-181 (um marcador de envelhecimento cerebral e doença de Alzheimer). Eles também estudaram se havia uma associação com alterações na memória entre adultos de meia-idade, e se a modificação da doença de Alzheimer e alterações cerebrais relacionadas são semelhantes entre grupos raciais e étnicos.

Jennifer e sua equipe descobriram que um status socioeconômico mais alto dos pais estava associado com impac-

to reduzido do marcador de Alzheimer ptau-181 em memória, linguagem e função executiva em seus filhos à medida que envelhecem.

“Evidências de nosso estudo multiétnico e intergeracional sugerem que as condições socioeconômicas no início da vida podem promover a reserva cognitiva contra alterações cerebrais relacionadas ao Alzheimer”, disse Jennifer. “Esses dados mostram como investimentos estruturais e orientados por políticas, como o acesso à educação de alta qualidade, têm implicações. Intervenções que reduzem a pobreza infantil podem diminuir as disparidades relacionadas à doença de Alzheimer.”

Baixos salários por hora associados a declínio mais rápido da memória na velhice

A pesquisa sobre os efeitos da baixa renda na saúde está se expandindo rapidamente. Para estudar se receber uma baixa remuneração por hora durante um longo período de tempo está associado ao declínio da memória, Katrina Kezios, pesquisadora de pós-doutorado da Columbia University Mailman School of Public Health, e equipe usaram dados de um estudo longitudinal de adultos americanos que trabalhavam por remuneração na meia-idade.

Katrina e equipe classificaram o histórico de baixos salários dos participantes do estudo naqueles que (a) nunca ganharam baixos salários, (b) recebiam salários baixos de forma intermitente ou (c) sempre recebiam salários baixos, e em seguida examinavam a relação com declínio de memória ao longo de 12 anos.

Os pesquisadores descobriram que, em comparação com os trabalhadores que nunca haviam recebido salários baixos, os que sempre recebiam salários baixos experimentaram um declínio de memória significativamente mais rápido na velhice. Eles experimentaram aproximadamente um ano a mais de envelhecimento cognitivo por um período de dez anos; em outras palavras, o nível de envelhecimento cognitivo experimentado ao longo de um período de dez anos com baixos salários recorrentes seria o que aqueles que nunca ganharam baixos salários experimentaram em onze anos.

“Nossas descobertas sugerem que as políticas sociais que melhoram o bem-estar financeiro dos trabalhadores de baixa renda, incluindo aumentar o salário mínimo, podem ser benéficas para a saúde cognitiva”, disse Katrina.

EXPERIÊNCIAS DE RACISMO ASSOCIADAS A MEMÓRIA RUIM E DECLÍNIO COGNITIVO AUMENTADO

Experiências de racismo estrutural, interpessoal e institucional são associados a escores de memória mais baixos e pior cognição na meia-idade e na velhice, especialmente entre indivíduos negros, de acordo com estudos divulgados na AAIC® 2022. Entre as principais descobertas relatadas estão:

- Em um estudo com quase mil adultos de meia-idade residentes na comunidade (55% latinos; 23% negros; 19% brancos), a exposição ao racismo interpessoal e institucional foi associada a escores de memória mais baixos, e essas associações foram conduzidas por indivíduos negros. As experiências de racismo estrutural foram associadas a menor memória episódica entre todos os grupos raciais e étnicos incluídos no estudo.
- Em um estudo com 445 pessoas asiáticas, negras, latinas, brancas e multirraciais com 90 anos ou mais, indivíduos que experimentaram ampla discriminação ao longo da vida tiveram menor memória semântica no final da vida em comparação com aqueles que sofreram pouca ou nenhuma discriminação.

“Para alcançar a equidade em saúde – como um passo para a inclusão completa –, os indivíduos e a sociedade devem identificar e reduzir o racismo e outras formas de discriminação”, disse Carl V. Hill, chefe de diversidade, diretor de equidade e inclusão da Alzheimer’s Association. “Devemos criar uma sociedade na qual os que

recebem pouca assistência, os que são desproporcionalmente afetados e os que são sub-representados sejam cuidados e valorizados.”

Segundo o relatório Alzheimer’s Disease Facts and Figures 2022, os negros são cerca de duas vezes mais propensos a ter Alzheimer ou outras demências. Os hispânicos/latinos são cerca de uma vez e meia mais propensos a desenvolver a condição.

Os vários tipos e experiências de racismo estrutural e discriminação contribuem para as desigualdades sistêmicas, incluindo nível socioeconômico mais baixo, educação básica de menor qualidade e menos acesso a alimentos saudáveis e cuidados de saúde adequados. Individualmente e cumulativamente, esses fatores afetam a saúde do cérebro ao longo da vida em comunidades negras/afro-americanas, hispânicas/latinas e outras comunidades. “Essas disparidades sistêmicas estão relacionadas ao menor acesso a importantes recursos de proteção à saúde, como cuidados de alta qualidade e redes sociais que fornecem informações e apoio de saúde valiosos”, disse Miriam J. Burnett, diretora médica da Comissão Internacional de Saúde da Igreja Africana Metodista Episcopal.

“A falta de recursos consistente e generalizada, bem como fatores sociais e ambientais, levam a disparidades em outros resultados de saúde, como doenças cardiovasculares e diabetes, que aumentam o risco de Alzheimer e outras demências”, disse Adriana Perez, professora assistente de enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade da Pensilvânia e membro da Associação Nacional de Enfermeiros Hispânicos.

Racismo multinível associado a pontuações de memória mais baixas

Pesquisas sugerem que o racismo interpessoal e estrutural contribui para as disparidades raciais e étnicas em envelhecimento cognitivo. No entanto, há pouca compreensão de como o racismo multinível influencia a cognição ao longo da vida. Para abordar essa lacuna no conhecimento, Dominika Šeblová, pesquisadora de pós-doutorado na Gertrude H. Sergievsky Center da Columbia University Irving Medi-

cal Center, em colaboração com uma equipe interdisciplinar de pesquisadores com expertise em equidade em saúde, avaliou experiências de relacionamento interpessoal, racismo institucional e estrutural entre 942 adultos de meia-idade (idade média = 55; 64% mulheres; 55% latinos; 23% pretos não latinos; 19% brancos não latinos).

Os participantes negros foram os mais expostos ao racismo em todos os níveis. Eles eram mais propensos a crescer e viver em áreas segregadas que são sabidamente privadas de

recursos devido ao desinvestimento institucional em bairros negros. Participantes negros sofreram em média seis violações de direitos civis em sua vida e foram expostos a discriminação interpessoal pelo menos uma vez por semana. Essas exposições foram associadas a menores escores de memória, e a magnitude da associação correspondeu a 1-3 anos de idade cronológica. O racismo estrutural foi associado a menor memória episódica na amostra completa.

“A exposição crônica ao racismo e à discriminação interpessoal entre comunidades marginalizadas leva ao estresse que afeta o corpo, influencia a saúde fisiológica e provavelmente contribui para o desenvolvimento de declínio”, disse Jennifer Manly, autora dessa pesquisa. “No geral, nossas descobertas indicam que o racismo afeta a saúde do cérebro e contribui para o fardo injusto da doença de Alzheimer em grupos marginalizados.”

Pior cognição entre os idosos ligada a experiências de discriminação

A discriminação é uma causa fundamental das iniquidades em saúde. No entanto, não se sabe se a discriminação contribui para disparidades no envelhecimento cognitivo entre os idosos mais velhos, os chamados superidosos.

Para responder a essa pergunta, Kristen George, professora assistente de epidemiologia no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade da Califórnia, em Davis, e colegas examinaram a relação das experiências de grande discriminação com função cognitiva e declínio entre uma coorte diversificada de participantes asiáticos, negros, brancos, latinos e multirraciais do estudo Life After 90 (LA90).

Entre 468 participantes (20,5% asiáticos; 21,8% negros; 14,5% latinos; 35,7% brancos; 7,5% multirraciais), a idade média na inscrição foi de 93 anos. Os participantes completaram três avaliações cognitivas em uma média de 1,2 ano. Eles relataram experiências de grande discriminação ao longo da vida por meio de questionário e foram agrupados com base em suas respostas.

- O grupo 1 relatou discriminação no local de trabalho (por exemplo, demitido injustamente, não contratado, não recebeu uma promoção) e era composto principalmente por homens brancos.

- O grupo 2 relatou pouca ou nenhuma discriminação ao longo da vida e era formado por mulheres brancas e asiáticas, idosos negros e latinos.

- O grupo 3 relatou sofrer discriminação em vários domínios (local de trabalho, financeiro, habitação etc.) – todos os participantes desse grupo eram não brancos.

Os pesquisadores descobriram que os participantes do grupo 1 (discriminação no local de trabalho) tinham níveis mais altos de cognição basal nos domínios de função executiva e memória semântica em relação ao grupo 2 (sem discriminação). O grupo 3 (discriminação abrangente) teve pior memória semântica basal em comparação com o grupo 2. Não houve diferenças no declínio cognitivo ao longo do tempo em nenhum dos grupos.

“Essas descobertas destacam que, entre os idosos mais velhos, as desigualdades na função cognitiva persistem após a contabilização de experiências de grande discriminação ao longo da vida”, disse Kristen. “Apesar da incrível longevidade desse grupo, a discriminação tem um impacto indelével na saúde cognitiva, e os idosos mais velhos ainda podem se beneficiar dos esforços para eliminar e corrigir as disparidades de saúde.”



O evento contou com mais de 4 mil apresentações científicas

PERDA DE OLFATO PERSISTENTE DEVIDO A COVID-19 ESTREITAMENTE CONECTADA A PROBLEMAS COGNITIVOS DE LONGA DURAÇÃO

Novos insights sobre fatores que podem prever, aumentar ou proteger contra o impacto da Covid-19 e da pandemia nas habilidades de memória e pensamento foram revelados por vários estudos relatados na AAIC® 2022. Entre as principais descobertas destacam-se:

- Um grupo da Argentina observou que a perda do olfato persistente pode ser um melhor preditor de comprometimento cognitivo e funcional de longo prazo do que a gravidade da doença inicial de Covid-19.
- A internação em UTI foi associada ao dobro do risco de demência em idosos, segundo estudo do Rush Alzheimer's Disease Center, em Chicago.
- Durante a pandemia, sexo feminino, não trabalhar e baixo nível socioeconômico foram associados a mais

sintomas cognitivos em uma grande população de estudo de nove países latino-americanos.

• Nessa mesma população latino-americana, vivenciar uma mudança de vida positiva durante a pandemia (como mais tempo de qualidade com amigos e familiares ou passar mais tempo na natureza) reduziu o impacto da pandemia na memória e nas habilidades de pensamento.

“A Covid-19 adoeceu e matou milhões de pessoas em todo o mundo e, para alguns, a pesquisa emergente sugere que há impactos de longo prazo na memória e no pensamento também”, disse Heather M. Snyder, vice-presidente de relações médicas e científicas da Alzheimer's Association. “Como esse vírus provavelmente estará conosco por muito tempo, identificar os fatores de risco e de proteção para os sintomas cognitivos pode auxiliar no tratamento e prevenção da ‘Covid longa’ daqui para a frente.”

Perda do olfato persistente prediz melhor o comprometimento cognitivo do que a gravidade da Covid-19

Pesquisadores na Argentina que trabalham com o Consórcio das Sequelas Neuropsiquiátricas Crônicas da Infecção por SARS-CoV-2 da Alzheimer's Association acompanharam 766 adultos com idade entre 55 e 95 anos expostos à Covid-19 por um ano e realizaram uma série de testes físicos, cognitivos e neuropsiquiátricos regulares. Do grupo de estudo, 88,4% eram infectados e 11,6% eram controles.

A avaliação clínica mostrou comprometimento da memória funcional em dois terços dos participantes infectados, que foi grave em metade deles. Outro grupo de testes cognitivos identificou três grupos com desempenho diminuído: 11,7% apresentaram comprometimento apenas de memória; 8,3% apresentavam comprometimento da atenção e função executiva; 11,6% exibiram comprometimento em vários domínios (incluindo memória, aprendizado, atenção e função executiva).

A análise estatística revelou que a perda persistente do olfato foi um preditor significativo de comprometimento cognitivo, mas a gravidade da doença inicial de Covid-19 não foi. “Quanto mais insights tivermos sobre o que causa ou pelo menos prevê quem experimentará o significativo impacto cognitivo da infecção por Covid-19, melhor podemos rastreá-lo e começar a desenvolver métodos para evitá-lo”, disse Gabriela Gonzalez-Aleman, professora da Pontifícia Universidad Católica Argentina, em Buenos Aires.

Permanência em unidade de terapia intensiva pode sinalizar maior risco de demência

Pesquisadores do Rush Alzheimer's Disease Center (RADC), parte do Chicago's Rush University System for Health, usou dados de cinco estudos diversos de idosos sem demência conhecida (n=3.822) para observar internações em unidade de terapia intensiva (UTI). As internações na UTI estavam anteriormente ligadas ao comprometimento cognitivo em pacientes idosos, mas poucos estudos examinaram se eles aumentam o risco de demência.

Foram revisados os registros de solicitações do Medicare de 1991 a 2018 (pré-pandemia). Os pesquisadores verificaram anualmente o desenvolvimento de Alzheimer e todos os tipos de demência usando uma avaliação cognitiva padronizada. Durante um seguimento médio de 7,8 anos, 1.991 (52%) participantes vivenciaram pelo menos uma internação em UTI; 1.031 (27%) tiveram internação na UTI antes do início do estudo; e 961 (25%) permaneceram na UTI durante o período do estudo.

Os pesquisadores observaram que, em análises ajustadas por idade, sexo, escolaridade e raça, a internação na UTI foi associada a 63% maior risco de demência de Alzheimer e 71% maior risco de todos os tipos de demência. Em modelos ajustados para outros fatores de saúde, como doença vascular e outras condições médicas crônicas e incapacidades funcionais, a associação foi ainda mais forte: a internação em UTI foi associada a um risco 110% maior de Alzheimer e 120% maior de todos os tipos de demência.

“Descobrimos que a hospitalização na UTI estava associada ao dobro do risco de demência em idosos da comunidade de adultos”, disse Bryan D. James, epidemiologista da RADC. “Essas descobertas podem ser significativas, dada a alta taxa de internação em UTI em idosos, e especialmente devido ao tremendo aumento de internações na UTI durante a pandemia de Covid-19. Entender o link entre a internação na UTI e o desenvolvimento da demência é de extrema importância, agora mais do que nunca.” Segundo ele, mais pesquisas são necessárias para replicar essas descobertas e elucidar os fatores que podem aumentar o risco de demência. “Por exemplo, é a doença crítica que envia alguém para o hospital ou procedimentos potencialmente modificáveis durante a hospitalização que aumentam o risco de demência?” questionou James.

Uma mudança de vida positiva durante a pandemia pode amortecer os sintomas cognitivos

Investigadores de países da América Central e do Sul e dos Estados Unidos examinaram se fatores sociodemográficos e mudanças na vida associadas à pandemia estiveram relacionados a sintomas cognitivos, incluindo problemas de memória, atenção e outras habilidades de pensamento, durante as fases iniciais da pandemia.

No estudo relatado na AAIC, 2.382 adultos de língua

espanhola com idade entre 55-95 (média de 65,3 anos, 62,3% do sexo feminino) de nove países da América Latina responderam a uma pesquisa online ou por telefone, fizeram testes cognitivos eletrônicos e preencheram um inventário avaliando os impactos positivos e negativos da pandemia entre maio e dezembro de 2020. Da população total do estudo, 145 (6,09%) apresentaram sintomas de Covid-19.

Os participantes eram de Uruguai (1.423, 59,7%), México (311, 13,1%), Peru (153, 6,4%), Chile (152, 6,4%), República Dominicana (117, 4,9%), Argentina (106, 4,5%), Colômbia (50, 2,1%), Equador (39, 1,6%), Puerto Rico (19, 0,8%) e outros (12, 0,5%)

Entre as principais conclusões incluem-se:

- Sexo feminino, não trabalhar atualmente e status socioeconômico mais baixo foram fatores independentemente associados com mais sintomas cognitivos durante a primeira parte da pandemia.
- Mudanças de vida negativas durante a pandemia, como dificuldades econômicas e atividades sociais limitadas, foram significativamente associados a mais sintomas cognitivos. No entanto, essa associação foi mais fraca entre os participantes do estudo que relataram pelo menos uma mudança de vida positiva durante a pandemia, incluindo passar mais tempo com amigos e familiares ou mais tempo ao ar livre na natureza.

“Identificar fatores de risco e proteção para sintomas cognitivos durante a pandemia é um passo importante para o desenvolvimento de esforços de prevenção”, disse María Marquine, professora associada do Departamento de Medicina e Psiquiatria e diretora de pesquisa de disparidades na Divisão de Geriatria, Gerontologia e Cuidados Paliativos na Universidade da Califórnia, San Diego. “A experiência de mudanças de vida positivas durante a pandemia pode amortecer o impacto de mudanças negativas na vida.”

“Esse estudo é um exemplo de como pesquisadores de diversos países da América Latina e Estados Unidos, muitos dos quais nunca haviam trabalhado juntos antes e tinham recursos limitados, reuniram-se sob difíceis circunstâncias, mas com um objetivo comum de avançar a compreensão científica sobre a doença de Alzheimer e as importantes contribuições que essas parcerias multiculturais podem render”, acrescentou María. **A**



*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

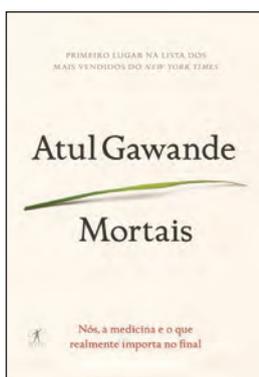
cuidadores@uol.com.br

www.cuidadoresbr.com.br

➔ POR IVETE BERKENBROCK

Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Imagens: divulgação



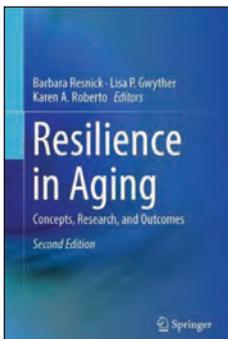
MORTAIS: NÓS, A MEDICINA E O QUE REALMENTE IMPORTA NO FINAL – Atul Gawande

Mortais: Nós, a medicina e o que realmente importa no final, de Atul Gawande, traz reflexões a respeito da medicina e do papel do profissional médico em situações de terminalidade de vida nos tempos atuais. Ao longo dos capítulos, Gawande discorre sobre a transição da independência à completa dependência por que algumas pessoas passam em função de doenças, os desdobramentos dessas circunstâncias e as reflexões provocadas por elas. Entre as questões levantadas, o autor enfatiza a importância de encorajar pacientes e familiares a ter as conversas difíceis, que trazem a realidade de que o fim se aproxima. A obra traz também a experiência moderna da mortalidade. Ela discute como é sermos criaturas que envelhecem e morrem, questiona como a medicina muda essa experiência e mostra em que aspectos nossas ideias de como lidar com essa finitude nem sempre correspondem à realidade. O livro nos convida a repensar o que, como profissionais médicos, proporcionamos aos pacientes em fase de terminalidade. Muitas vezes, os dias finais são dedicados a tratamentos que oferecem benefícios mínimos e passados em locais como UTIs ou enfermarias, onde não podem estar com as pessoas queridas. A obra também mostra que, apesar de termos avançado muito nessa prática, nesse cuidado com o fim da vida das pessoas, ainda existem tantas falhas.



CHEGANDO FELIZ AOS CEM ANOS – Iris Bigarella

Chegando Feliz aos Cem Anos foi escrito por Iris Bigarella, uma senhora curitibana que completou 99 anos no dia em que lançou o livro. É dona de uma vivacidade incrível e uma curiosidade inquietante, que a mantêm sempre ativa e em busca de respostas. Recomendo a leitura por se tratar de uma história real de envelhecimento, narrada pela própria protagonista. Ela aborda vários temas de sua vida pessoal, como sua família e seu amor pela pintura, mas também fala de desenvolvimento, conhecimento e questões existenciais. Segundo ela, o ser humano é surpreendente e, muito embora as notícias ruins invadam o cotidiano, a esperança é uma capacidade criativa e de adaptação da espécie. A autora faz inúmeras ponderações sobre a capacidade de superação do ser humano diante das adversidades, discutindo a resiliência no âmbito individual e coletivo. Iris também fala, naturalmente, do envelhecimento. Ela enfatiza que esse processo pode ser “um fracasso” se não houver atenção à saúde física e mental e faz críticas severas ao sedentarismo e à má alimentação. Quando questionada sobre o sucesso do seu envelhecimento, ela responde que o segredo é cuidar muito bem dos aspectos físico, mental e espiritual, exercer a gratidão e nunca deixar de aprender. Embora o livro se chame *Chegando Feliz aos Cem Anos*, dona Iris ainda tem 99 anos. Seu próximo objetivo? Completar um século de vida como está agora, cheia de energia, ideias e curiosidade.



RESILIENCE IN AGING – CONCEPTS, RESEARCH AND OUTCOMES – Barbara Resnick, Lisa P. Gwyther e Karen A. Roberto

O livro *Resilience in Aging* aborda a capacidade do indivíduo de enfrentar os desafios ao longo do curso de vida e traz várias questões nessa abordagem da resiliência. A primeira delas é a resiliência fisiológica, que seria a capacidade de manter função e estrutura adequadas a nível celular, adaptando-se ou mudando para desafios específicos. A segunda é a resiliência emocional, definida como força motivadora e um processo intuitivo pelo qual o indivíduo confia em uma estrutura moral, inata, que facilita a energia e experiência de controle no enfrentamento emocional dos desafios sofridos ao longo da vida, principalmente em situações de estresse. Por último, o livro aborda a resiliência espiritual, que é um aspecto do enfrentamento baseado no significado que essa pessoa tem da sua vida e que leva a resultados positivos em situações adversas – é a confiança na sua religiosidade e na espiritualidade.

A obra discute também a questão de comportamentos e atividades, mostrando que escolhas específicas indicativas do processo de resiliência podem ser mais facilmente detectadas em fases mais tardias da vida, já que adultos mais jovens ainda não passaram por experiências de vida suficientes para desenvolver bons modelos de enfrentamento. Segundo os autores, o envelhecimento bem-sucedido passa pela capacidade de enfrentamento desenvolvida ao longo da vida e a revisão peri-

ódica de estratégias usadas diante dos desafios.

O livro também mostra que o envelhecimento bem-sucedido passa por adaptações a desafios multifacetados, que vão maximizar a capacidade dos indivíduos de alcançar seus objetivos. Quanto mais desafios e mais mecanismos de enfrentamento, mais bem-sucedido o envelhecimento. Segundo os autores, há um grande número de fatores psicológicos associados com a resiliência, que podem incluir suporte emocional vindo da rede de apoio, senso de enfrentamento pessoal, capacidade de acreditar em outros, esperança para o futuro e enfrentamento de colocar aquilo que se quer numa perspectiva positiva.

Várias pesquisas do livro mostram também a influência dos aspectos culturais e étnicos sobre a capacidade adaptativa de cada população e região e a relação entre resiliência e motivação, que leva essas pessoas a enfrentar melhor seus desafios, tanto em situações coletivas, como guerras, quanto individuais, como numa doença crônica.

Passando pelas várias definições de resiliência, podemos concluir que ela é conceituada para refletir uma resposta efetiva para vários tipos de desafios, sejam eles físicos, psicológicos, econômicos, políticos, ambientais ou sociais, enfrentados por um indivíduo ou uma sociedade. Por isso, ela é um dos temas centrais do envelhecimento, pois a adversidade é inevitável em vários pontos da vida e a maior ou menor capacidade de enfrentamento dessas ocorrências é que definirão de que maneira o indivíduo envelhecerá.

1

Marcel Hiratsuka – Médico geriatra titulado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; médico assistente do Serviço de Geriatria do HCFMUSP; coordenador do Centro de Desenvolvimento para Promoção do Envelhecimento Saudável (CEDPES); médico da Casa de Repouso Akebono – Beneficência Nipo-Brasileira.

IDENTIFICAÇÃO

Y. Mori, homem de 88 anos, japonês da província de Hiroshima (issei), reside no Brasil desde os 21 anos de idade, comerciante.

T. Mori, mulher de 82 anos, brasileira nikkei (nissei), nascida em Bastos (SP), do lar.

HISTÓRIA FAMILIAR

Casados há 62 anos, moram na cidade de São Paulo (SP) e têm dois filhos e três filhas, sendo que apenas um deles reside em São Paulo. Dois moram no Japão, uma no interior de São Paulo e outro no estado do Paraná.

O casal procura atendimento geriátrico para realização de avaliação médica admissional em instituição de longa permanência para idosos (ILPI). O casal é acompanhado por seu filho mais velho (A.S. Mori).

O sr. Y. Mori possui antecedente de demência vascular há cinco anos, após acidente vascular encefálico (AVE) com hemiparesia a direita, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e hipertrigliceridemia. Possui um declínio cognitivo e funcional mais significativo há um ano, com dependência parcial para o autocuidado, precisando de auxílio e supervisão da esposa para banho, vestir-se, realizar a transferência para se levantar da cama ou cadeira e para deambular médias distâncias. Apresentou perda de cerca de 10 kg no último ano, associado a redução da ingestão alimentar. Relata um empachamento pós-prandial, mas sem dor, náuseas ou vômitos.

Nega tristeza, mas em consulta diz que já está na hora de partir, pois não quer viver como um peso. A esposa e o filho sempre ouviram o discurso de “preferir a morte a ficar dependente”, mesmo antes do AVE. Sempre foi muito ativo, costumava frequentar as atividades do “kai-kan” (associação nipo-brasileira). Atualmente a rotina diária é limitada a sua casa, assistindo o canal de TV japonesa. O filho diz que a comunicação é cada vez mais difícil, uma vez que o pai está esquecendo o português e

somente a mãe fala japonês fluente.

A sra. T. Mori possui boa saúde, com antecedente de osteoporose sem fraturas por fragilidade. Antes da doença do marido ela tinha muitas atividades e participava nas associações nipo-brasileiras da cidade, como rádio taisso (ginástica rítmica japonesa), karaokê, ikebana etc. Entretanto, sua rotina mudou drasticamente após o AVE de seu marido, de quem passou a cuidar. Sente-se sobrecarregada e entristecida, mas mantém boa alimentação e sono e aproveita momentos de lazer em casa para fazer trabalhos manuais e leitura.

O casal e o filho afirmam que já conversaram bastante sobre morarem juntos, porém os idosos acreditam que seriam um transtorno. Um dos motivos é a alimentação, pois a família do filho usualmente não consome culinária japonesa. O outro obstáculo é a dificuldade de comunicação, pois sua nora e netos se comunicam em português. Também não desejam cuidadores na casa nem o revezamento dos filhos para auxiliar nos cuidados. Há muitos anos o casal declara que moraria em um residencial para idosos caso eles se tornassem dependentes.

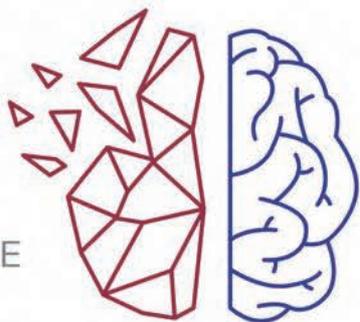
QUESTÕES

1. A que cuidados especiais os profissionais de saúde, principalmente os especializados na assistência a idosos, devem se atentar nos atendimentos de minorias de imigrantes e seus descendentes?
2. Neste caso, levando em conta as particularidades dessa família nikkei, que considerações devem ser feitas na condução do caso?



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

XI
CONGRESSO
BRASILEIRO DE
ALZHEIMER



X
CONGRESSO
BRASILEIRO DE
**NEUROPSIQUIATRIA
GERIÁTRICA**

13-15 DE OUTUBRO | **2022** | FREI CANECA | **SÃO PAULO**

Mais do que um congresso, um encontro multidisciplinar

Garanta a sua presença no congresso promovido pela Associação Brasileira de Alzheimer e de Neuropsiquiatria Geriátrica

ABRAz/ABNPG 2022

Neste ano, as duas instituições somam seus esforços para oferecer uma programação completa com palestras e debates sobre o tratamento de distúrbios cognitivos.

**Se você busca ampliar práticas clínicas neste cenário,
o seu caminho está aqui. Não perca!**

O evento acontece durante os dias 13 a 15 de outubro no Centro de Convenções Frei Caneca em São Paulo.

As inscrições podem ser realizadas através do site:

abraz2022abnpg2022.com.br

REALIZAÇÃO



GERENCIAMENTO



AGÊNCIA DE VIAGENS



Extima

BODYBALANCE[®]
Always in Shape

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

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

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

- + Antioxidantes
- + BCAA
- + Vitamina D
- + Magnésio

ESTUDO CLÍNICO COMPROVA:

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



Valor
fixo da
unidade*

RS

150,00

Apresentação
em sachê

RS

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.

