

**SALA DE LEITURA**  
ESTUDOS RECOMENDADOS  
POR ESPECIALISTAS

**MEU ACERVO**  
DICAS SOBRE ENVELHECIMENTO  
E CULTURA

**CASOS E SOLUÇÕES**  
UMA DISCUSSÃO SOBRE  
CASOS DIGNOS DE NOTA



ano X • edição 45  
nov | dez 22 • jan 23



# Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



**ANTROPOLOGIA**  
A importância da aparência  
para as pessoas idosas

**COLÓQUIO**  
Uma conversa com a pesquisadora  
Claudia Suemoto sobre demências,  
pesquisa científica e envelhecimento

**CAPA**  
Slow medicine:  
Saiba como a medicina sem pressa  
pode ser uma aliada no cuidado do idoso

Distribuição exclusiva  
para a classe médica

**APSEN**

# Aptare

GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



- 6 COLÓQUIO**  
Um novo olhar sobre as demências:  
um papo com a pesquisadora **Claudia Suemoto**

- 10 SALA DE LEITURA**  
Uma seleção de estudos recomendados por especialistas  
**Fernando Genaro**

- 12 CAPA**  
Slow medicine: a medicina sem pressa e o cuidado do idoso



- 20 CUIDADOS PALIATIVOS**  
Uso de opioides no controle da dor de pacientes idosos  
em cuidados paliativos **Polianna Mara Rodrigues de Souza**

- 24 ANTROPOLOGIA**  
A aparência importa para as pessoas idosas  
**Suzanne Tanoue dos Santos e Andrea Lopes**

- 30 FN-ILPI**  
ILPI e as legislações que disciplinam suas atividades  
**Cristiane Branquinho e Ariane Angioletti**

- 34 ESPECIAL**  
Confira o que foi destaque no Meeting the Experts Aging 2022

- 36 MEU ACERVO**  
Dicas valiosas sobre envelhecimento e cultura **Laura Machado**



- 38 CASOS E SOLUÇÕES**  
Uma discussão sobre casos dignos de nota  
**Mariane Jodar Cavalheiro e Caroline Silveira**

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

**GERIATRIA**

Editora clínica:

**Maisa Carla Kairalla**

**CONSELHO EDITORIAL**

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

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

**COLABORADORES**

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

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

**GERONTOLOGIA**

Editora clínica:

**Valmari Cristina Aranha Toscano**

**CONSELHO EDITORIAL**

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

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

**Aptare**  
GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Coordenação editorial e edição  
**Lilian Liang**

Projeto gráfico e direção de arte  
**Luciana Cury**

Revisão  
**Patrícia Villas Bôas Cueva**

Revisão de referências  
bibliográficas  
**Maria Cláudia Pestana**

Marketing e comercial  
**Debora Alves**

Pré-impressão e impressão  
Gráfica Elyon

Tiragem  
6.000 exemplares

**Imagem de capa**  
iStock Photos

**Jornalista responsável**  
Lilian Liang (MTb 26.817)

**ISSN 2316-1434**

**Contatos**

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

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

**Colaboraram nesta edição:**

Andrea Lopes, Ariane Angioletti, Caroline Silveira, Cristiane Branquinho, Fernando Genaro, Laura Machado, Maria Lígia Pagenotto, Mariane Jodar Cavalheiro, Polianna Mara Rodrigues de Souza, Suzanne Tanoue dos Santos e Silvia Sousa

A revista *Aptare – Geriatria e Gerontologia para Especialidades Clínicas* é trimestral e de distribuição gratuita em todo o território nacional. Seu objetivo é aproximar do profissional clínico o universo do envelhecimento, trazendo informações novas e de qualidade sobre o cuidado do paciente idoso. As opiniões aqui expressas não refletem necessariamente a posição da revista.



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

## Avante!

Quando esta edição chegar a você, caro leitor, a pessoa que governará o Brasil pelos próximos quatro anos já terá sido eleita. Independentemente de quem tenha sido seu candidato, o voto é soberano e o novo presidente terá sido eleito democraticamente, representando o desejo da maioria da população.

Mas atenção: a democracia não se faz apenas nas urnas. Ela se faz no dia a dia, quando lutamos por uma sociedade mais justa e digna para todos. É preciso que continuemos unidos e engajados em prol dos idosos brasileiros. Há muito trabalho pela frente. Talvez encontremos condições mais ou menos favoráveis para promover as mudanças tão necessárias, mas já aprendemos que é a mobilização de pessoas comprometidas que faz a real diferença.

O impacto desse comprometimento ficou evidente durante os dois anos da pandemia de Covid-19. Ele não existia antes desse período? Claro que existia. Mas a pandemia apresentou uma realidade que exigiu organização inédita, mobilização mais coordenada e compromisso redobrado. Vimos, finalmente, todos os olhos do mundo se voltarem para a questão do idoso. Foi por um viés idadista, quando se levantou a esdrúxula possibilidade de que,

na falta de respiradores, fossem priorizados os pacientes mais jovens? Foi. Mas soubemos fazer do limão uma limonada. Aproveitamos o gancho para trazer a pauta da pessoa idosa para o centro das discussões e nos apropriar desse espaço, de uma vez por todas.

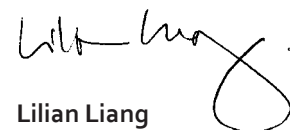
Foi bonito e inspirador ver quantas iniciativas, parcerias e frutos nasceram naquelas condições tão difíceis. Ficou mais claro do que nunca que nem mesmo uma pandemia global é capaz de conter pessoas comprometidas e mobilizadas. Prova disso é que tantos projetos criados naqueles dias tão tristes se desenvolveram e continuam gerando impacto, mesmo depois de o pior já ter, felizmente, passado.

Mas arrisco dizer que a maior transformação de todas tenha acontecido em relação à conscientização acerca do envelhecimento. Como ser um país longevo se não estamos abertos a discutir essa questão? Se não nos perguntamos, como indivíduos e como sociedade, o que é necessário para chegar lá de uma maneira engajada e produtiva, com propósito e alegria? Se não entendemos quem é o idoso brasileiro, quais as suas necessidades e os seus anseios? É a conscientização que leva à ação, pois não se age sobre o que não se conhece. Há hoje maior interesse e preocupação sobre o

que é o bom envelhecimento e se ele pode, de fato, ser uma realidade. Creio que demos passos importantes nesse sentido desde a pandemia.

Por isso, querido leitor, repito: é preciso que sigamos batalhando e, principalmente, acreditando que é possível gerar mudanças e assegurar uma boa velhice para todos os idosos brasileiros. Uma velhice em que o indivíduo não tenha apenas suas necessidades mais básicas garantidas, como saúde, alimentação e moradia, mas em que ele tenha oportunidades de aprendizado, espaços de convívio, chances de trabalho. Claro que é muito melhor quando temos um governo que se preocupa com sua população idosa e que trabalha para que ela seja protegida. Mas é nas bases que tudo começa. E as bases somos nós. Avante!

Boa leitura!



Lilian Liang  
Editora

# Um novo olhar SOBRE AS DEMÊNCIAS

Na ausência de tratamentos curativos, pesquisas na área vêm se voltando para prevenção, com foco em saúde e educação

Por **Maria Lígia Pagenotto**

Divulgação



**CLAUDIA SUEMOTO** Geriatra, professora livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pesquisadora do Biobanco para Estudos no Envelhecimento da mesma instituição.

Ela poderia ter trilhado o caminho de milhares de pesquisadores brasileiros: sair do país e construir uma carreira no exterior, onde as condições para se dedicar à ciência são muito mais favoráveis, tanto em recursos quanto em reconhecimento. Mas, depois de uma temporada na Universidade de Harvard, fazendo pesquisas sobre envelhecimento cerebral, a geriatra Claudia Suemoto fez o impensável: retornou para ser pesquisadora no Brasil.

Mestre em epidemiologia pela Harvard School of Public Health, em Boston, Claudia é doutora em ciências e fez o pós-doutorado também em Harvard. Passou três anos nos EUA, estudando a associação entre fatores de risco cardiovascular e demência, e há sete está de volta ao Brasil, onde é pesquisadora no Biobanco para Estudos em Envelhecimento da FMUSP e

no Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto. Hoje é também professora livre-docente da disciplina de geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sua *alma mater*.

A pesquisadora optou por ficar no Brasil porque, segundo ela, viu que “seria mais útil” aqui, estudando demências. Seu trabalho tem como foco compreender quais os fatores de risco para a condição no Brasil. Entre eles se incluem desde problemas de saúde, como doenças vasculares, até questões sociais, como baixa escolaridade. Claudia atua para entender melhor esses processos e, por consequência, sistematizar medidas que possam atuar como preventivas e protetivas da saúde cerebral.

Reconhecida internacionalmente, ela conta nesta entrevista detalhes de sua pesquisa, como é ser cientista no Brasil e como encara o seu próprio en-

velhecimento. Sobre esse assunto, especificamente, diz que nunca ninguém havia lhe feito essa pergunta antes. Mas revela que pensa sobre a velhice há muito tempo, pois seu primeiro contato com a geriatria aconteceu quando ela tinha pouco mais de 20 anos. “Penso em envelhecimento desde muito cedo, mas acho que ao longo do tempo tenho amadurecido minha visão sobre o tema”, relata.

**Aptare – Para começar, fale um pouco sobre o Biobanco para Estudos no Envelhecimento da FMUSP e as pesquisas realizadas por lá.**

**Claudia Suemoto –** O Biobanco existe desde 2004 e é uma parceria entre a disciplina de geriatria, da qual eu faço parte, o departamento de neurologia e o de patologia. A ideia inicial foi estudar o envelhecimento cerebral tanto patológico quanto normal. Investigamos do

ponto de vista clínico-patológico, fazemos autópsias e pedimos a doação dos encéfalos às famílias. Temos resultados importantes, fruto desse trabalho. Por exemplo, as principais causas de demência no Brasil são a demência por Alzheimer e a demência vascular, um fator muito importante. Vimos também a associação de demência com arteriosclerose, por causa de placas de gordura em várias artérias. A professora Lea Grinberg [professora do departamento de patologia da FMUSP e uma das fundadoras do banco] redefiniu onde começa o Alzheimer em função das pesquisas realizadas – achava-se que era no hipocampo, uma região da memória, mas foi visto que começa no tronco cerebral. São informações que fazem diferença, pois demência é uma doença que não tem cura, não tem tratamento eficaz ainda, e o que pode ser feito atualmente é no campo da prevenção. A associação com doença cardiovascular passa por prevenção. A partir do momento que a gente percebe que as doenças cardiovasculares e a aterosclerose estão associadas a maior risco de demência, existe a possibilidade de atuar de forma mais focada, pensando na saúde do coração e do cérebro.

**Aptare – Esses fatores seriam mais prevalentes no Brasil devido a deficiências relacionadas a saúde e educação, especialmente no que diz respeito à prevenção?**

**Claudia –** Sim, temos essa percepção. Para se ter uma ideia, apenas metade dos casos de hipertensão no Brasil, segundo estudos, é diagnosticada. E, dos que são diagnosticados,

apenas metade é tratada de forma adequada. Reconheço que há um esforço da saúde pública em mudar esses números, com mais diagnóstico e tratamento, mas sabemos que há muito por fazer. A demência, vale ressaltar, é uma síndrome, e inclui várias causas, entre elas a doença de Alzheimer, a principal; a segunda causa seria a demência vascular. Com certeza existe uma forte ligação entre fatores de risco cardiovascular e demência vascular. E os estudos epidemiológicos, não só do Brasil como de outros lugares, mostram que esses mesmos fatores de risco também estão associados à doença de Alzheimer.

**Aptare – Um dos seus trabalhos mostra que a educação formal diminui o risco de desenvolver demência, ou pelo menos adia. Isso teria relação com mais informação, pois, quanto mais instruída a pessoa, mais condições ela tem de cuidar da sua saúde?**

**Claudia –** Quanto maior a escolaridade, mais informação você tem e maior nível socioeconômico também, o que leva a mais acesso à saúde – isso sem dúvida. Mas nossos estudos e outros têm demonstrado que a educação produz o que chamamos de reserva cognitiva. A escolaridade é um dos marcadores dessa reserva. E isso está relacionado à capacidade que o cérebro tem de resistir a lesões. Quanto maior a reserva cerebral, provavelmente causada pela maior reserva cognitiva, maior chance a pessoa tem de não ter sintomas, mesmo que existam no cérebro, por exemplo, lesões associadas a problemas vasculares ou Alzheimer.

**Aptare – Investir em educação parece ser tão importante quanto investir em políticas públicas de saúde na manutenção da saúde cerebral. Como você avalia essas questões hoje no Brasil?**

**Claudia –** Acho que temos evoluído ao longo dos anos, embora haja muito a ser feito ainda. A escolaridade dos idosos hoje é, em média, de cinco anos apenas – 23% ainda são analfabetos. Sobre a nova geração, que deveria estar na escola agora, temos o dado de que 99% dessas crianças estão matriculadas. Ou seja, não é um problema mais de acesso. Porém, menos de 30% terminam o ensino médio. O desafio que temos não é de garantir acesso, mas de assegurar que esses jovens tenham um tempo maior de escolaridade. O Brasil diminuiu muito o número de analfabetos, a princípio, embora muitos sejam funcionais. Então crianças e adolescentes hoje em dia têm acesso à escola, mas apenas 1/3 conclui o processo, sem falar na qualidade do ensino, que deixa a desejar.

Mesmo assim vejo algum progresso aí. Estudos feitos fora do Brasil, em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Holanda, mostram que têm diminuído ao longo do tempo os novos casos de demência, e isso estaria ligado à escolaridade também, além dos cuidados com a saúde em geral. A gente imagina que aqui teremos um efeito benéfico parecido, ainda que as pessoas fiquem menos tempo na escola.

**Aptare – Seu grupo de pesquisa coloca a discussão da saúde cerebral num contexto muito mais amplo, ao apontar vários fatores que impactam**

## “ É IMPORTANTE PENSAR EM TODAS AS FASES DA VIDA PARA CONQUISTAR SAÚDE CEREBRAL.

no desenvolvimento das demências. Outros estudos no mundo também têm observado que fatores como condições socioeconômicas, poluição do ar e até racismo têm impacto nisso. De que maneira esses achados ajudam na discussão do tema?

**Claudia** – Esses estudos buscam alertar para a importância de pensar nessas questões o quanto antes. Já está provado que não se previne demência quando “se vira” idoso, com 60 anos. Esse é um processo que deve acontecer durante toda a vida. Como disse, é na primeira infância e na adolescência que construímos nossa reserva cognitiva, com ápice na terceira década. Então precisamos ter muita reserva para queimar ao longo dos anos. E a maior parte dos fatores de risco – hipertensão, obesidade – tem mais relevância na meia-idade, ou seja, dos 35 aos 60 anos. Se não controlados nessa faixa etária, especialmente, terão um impacto muito negativo no envelhecimento. É importante pensar em todas as fases da vida para conquistar saúde cerebral. Por outro lado, existem também alguns fatores de risco mais inusitados, como perda auditiva na meia-idade e exposição à poluição do ar, que são fatores que a gente chama de “ao longo da vida”. Em cada momento da nossa existência existem circunstâncias que impactam na saúde cerebral. Sobre o racismo, não é algo muito

trabalhado no Brasil, mas, nos EUA, sim. Lá foi constatado que a maior prevalência de demência acontece em determinados grupos raciais, como os afro-americanos e os hispanos. Eles teriam maior prevalência e pior sobrevida a partir do momento do diagnóstico. No Brasil, essa literatura ainda é incipiente em relação à demência, mas temos feito algumas pesquisas mostrando que realmente existe uma pior evolução, principalmente em afrodescendentes, segundo estudo do Biobanco. Existe uma lesão específica de Alzheimer (placas neuríticas) que essa população apresenta em menor quantidade. Mas, apesar disso, que seria uma vantagem, esse grupo apresenta uma cognição pior na presença dessas lesões. Isso talvez esteja relacionado à questão socioeconômica, ao menor acesso a saúde e a educação, à presença do racismo, que provoca situações de muito estresse e deteriora a saúde como um todo. Essa pesquisa, feita por nós, é bem recente.

**Aptare** – Como os profissionais de saúde podem orientar seus pacientes para que cheguem à velhice com uma saúde cerebral melhor?

**Claudia** – É importante que eles tenham claro que a saúde cerebral vai sendo construída ao longo dos anos. Durante o processo de meia-idade, que eu acho que é sempre onde há

mais a ser feito, é fundamental cuidar da saúde cardiovascular e, sem dúvida, estimular a atividade física e orientar sobre o maior consumo de alimentos *in natura*, fugindo dos ultraprocessados. Envelhecer bem do ponto de vista cerebral não é diferente de envelhecer bem em outras partes do corpo. Lembrar que fazer prevenção tardiamente vai ter pouco efeito, uma vez que os problemas já estão em curso.

**Aptare** – O diagnóstico precoce ajuda a controlar a evolução da doença ou não faz diferença?

**Claudia** – Os diagnósticos, fora do Brasil, principalmente, têm sido feitos mais precocemente. Do ponto de vista do tratamento não faz muita diferença atualmente, porque não existe nenhuma droga que vá mudar a história natural da doença. Mas a prevenção, quanto mais precocemente for feita, tanto melhor e mais eficiente será para evitar a demência. Nos países desenvolvidos, onde a longevidade é maior, a demência já é a maior causa de incapacidade; nos países mais pobres, onde a expectativa de vida é menor, ela é a décima principal causa, porque as pessoas morrem antes de desenvolver a demência.

**Aptare** – Como cientista, você já recebeu alguns prêmios. Fale sobre esse reconhecimento para sua carreira e como se vê hoje no país, como mulher, fazendo pesquisa.

**Claudia** – Tive uma carreira pouco linear, porque primeiro me formei médica, depois me formei geriatra. Fui para Limeira, no interior de São Paulo, tive um consultório particular que vivia cheio. Gostava muito



do meu trabalho, mas sentia que eu não fazia muita diferença. Por isso, mesmo lá, eu continuei ligada à minha faculdade, vinha sempre para São Paulo. Durante o doutorado percebi que iria ajudar mais a sociedade se eu fosse pesquisadora. Foi uma mudança na minha vida, eu achava que poderia ser mais útil dessa forma. Sou muito boa em estatística e acho que por isso minha pesquisa cresceu. Fui para Harvard fazer o pós-doc, fiquei três anos lá e isso foi um momento muito transformador. Vi como se pode fazer pesquisa direito, sem limites. De lá para cá, minha carreira deslançou. Ganhei dois prêmios importantes. O primeiro foi em 2016, o “Para mulheres na ciência”, versão Brasil para jovens cientistas, promovido por L’Oréal, Unesco e Academia Brasileira de Ciências. Foi muito importante, porque trouxe visibilidade para a minha carreira. E neste ano eu ganhei o Busse Research Awards, durante o 22º Congresso Mundial da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria (IAGG), o primeiro concedido a alguém da América Latina. Tenho muito orgulho dessas premiações e fico feliz em estar no Brasil. Poderia ter ficado lá fora, mas sinto que aqui eu faço mais diferença, como disse. É mais difícil fazer pesquisa por aqui, mas cada vitória tem um gosto diferente, porque a luta é maior. Sobre ser mulher pesquisadora, eu acho que uma das dificuldades é que eu tenho menos exemplos de lideranças femininas. Meus chefes são todos homens, por exemplo. Mas tento não me limitar por isso.

Uma pessoa que me influencia muito positivamente é a Mayana Zatz [bióloga molecular, geneticista e diretora do Centro de Estudos em Genoma Humano da USP], e vejo que ela não se deixa abater pelos obstáculos. Gostaria que houvesse mais pesquisadoras como ela, mas infelizmente ainda somos poucas.

**Aptare – Como você chegou à área da geriatria?**

**Claudia** – Eu entrei na faculdade de medicina para ser psiquiatra, mas no terceiro ano do curso conheci o professor Wilson Jacob Filho [professor titular de geriatria da FMUSP], hoje meu chefe. Eu o conheci porque queria fazer pesquisa clínica e me indicaram o nome dele. Fui à sua sala e ele me pediu para esperar um pouco, porque estava atendendo uma paciente. Fiquei maravilhada, porque no atendimento vi que ele fazia uma abordagem muito holística. Ele quis saber detalhes da vida da paciente, inclusive das condições socioeconômicas, e eu nunca tinha visto aquilo. A partir daquele momento eu “virei” geriatra. Foi uma transformação na minha maneira de atender um paciente. Acho que é uma carreira ainda pouco procurada, mas tende a crescer, certamente.

**Aptare – E sobre o seu próprio envelhecimento, o que você pensa? Como encara a perspectiva de envelhecer no Brasil?**

**Claudia** – Hum, legal essa questão, nunca ninguém havia me perguntado isso antes. Eu tenho 46 anos, estou na meia-idade, e penso em envelhecimento desde muito cedo, mas acho que ao longo do tempo tenho

amadurecido minha visão sobre o que é envelhecer. Existem perdas funcionais na velhice e, por saber que elas vão acontecer, eu tento viver da maneira que prego. Pratico atividade física desde sempre, tento comer de forma adequada, tento me preservar. Em uma certa época da minha vida eu trabalhava muito, hoje não mais. Chegou 6 da tarde eu paro, vou fazer atividade física, ficar com minha família, no fim de semana não abro mais o computador para trabalhar. A gente vive num país em que é mais difícil envelhecer, comparado com outros lugares, mas está nas nossas mãos mudar essa narrativa. A gente vê pessoas mais velhas extremamente ativas, engajadas com a vida. Não sou igual à minha mãe, que não foi igual à minha avó. Acho que existe muito preconceito, mas devemos combater isso. Eu venho me preparando para trabalhar até os 75 anos. Nessa idade serei obrigada a me aposentar pela universidade, mas continuarei fazendo outras coisas. Gosto muito do meu trabalho, de fazer pesquisa, e ter esse envolvimento ajuda a envelhecer bem, certamente.

Sobre pesquisa, queria deixar uma mensagem final. Acho que existe muito negativismo no Brasil. Embora aqui não haja fartura, eu tento ver as oportunidades. Atualmente temos financiamento do exterior, tenho alunos excelentes, temos reconhecimento, estamos fazendo coisas muito grandes, como se eu estivesse lá em Harvard. Podia ser bem melhor, mas acho importante acreditar que é possível fazer pesquisa no Brasil. **A**

# #psicologia

POR FERNANDO GENARO

Psicanalista e pesquisador; doutor em psicologia clínica pela Universidade de São Paulo; idealizador do Serviço de Psicologia do Centro de Referência do Idoso (CRI-Norte, São Paulo)

## COGNITIVE AND BRAIN ACTIVITY CHANGES AFTER MNEMONIC STRATEGY TRAINING IN AMNESTIC MILD COGNITIVE IMPAIRMENT: EVIDENCE FROM A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL



O aumento mundial da população idosa tem levado a um aumento de condições de saúde mental associadas à idade, como a doença de Alzheimer (DA) e demências relacionadas. O comprometimento cognitivo leve (CCL) é considerado o estágio de transição entre o envelhecimento normal e a demência, caracterizado por comprometimento cognitivo na ausência de prejuízo de funcionamento diário. A apresentação clínica de CCL é classificada como amnésica ou não amnésica, e os pacientes com CCL amnésico (a-MCI, na sigla em inglês) têm risco aumentado de conversão para demência, especialmente devido à DA. Dado o aumento exponencial previsto na prevalência de taxas de demência em todo o mundo, a identificação precoce e o tratamento de indivíduos em risco de evoluir para demência são imperativos.

Há um crescente interesse em tratamentos não farmacológicos para MCI devido aos benefícios limitados dos agentes farmacológicos existentes e ao reconhecimento de que intervenções podem promover a plasticidade cerebral e reduzir prejuízos. Além disso, idosos mais engajados em atividades cognitivamente estimulantes apresentam risco reduzido de deterioração cognitiva e demência, mostrando ser fundamental o desenvolvimento de intervenções cognitivas efetivas para essa população.

Da perspectiva da neurociência, em especial sob o vértice da neuropsicologia, a pesquisa replicou um estudo piloto anterior, usando um design controlado randomizado, e avaliou os efeitos de transferência e alterações na ativação cerebral. O treinamento de estratégia mnemônica (MST, na sigla em inglês) demonstrou melhorar o desempenho da capacidade cognitiva no comprometimento cognitivo leve amnésico.

Trinta pacientes com a-MCI foram randomizados em MST ou programa de educação. Na linha de base, os participantes completaram avaliações clínicas e neuropsicológicas, bem como ressonância magnética estrutural e funcional (fMRI). As intervenções foram administradas individualmente, em quatro sessões ao longo de duas semanas. O MST ensinou pacientes a usar um processo de três etapas para aprender e lembrar associações de nomes de rostos. A avaliação pós-tratamento incluiu fMRI, uma tarefa separada de associação de nomes de rostos, testes neuropsicológicos e medidas de metamemória. As medidas comportamentais (ou seja, não-fMRI) foram repetidas após um e três meses.

Os pesquisadores concluíram que os participantes na condição MST apresentaram maior melhora nas medidas de memória de nomes de rostos e aumento do uso de estratégias associativas – tais efeitos foram acompanhados de aumento da ativação da fMRI no lobo temporal anterior esquerdo. Embora todos os participantes tenham relatado maior satisfação com sua memória cotidiana após a intervenção, apenas o grupo MST relatou melhorias significativas em suas habilidades de memória.

## COMENTÁRIO DO AUTOR

Desde a década de 1970 a neuropsicologia no Brasil vem sendo mais requisitada na avaliação psicológica no contexto geriátrico, não apenas no auxílio diagnóstico e no subsídio para tratamento medicamentoso e multidisciplinar, mas também no campo de pesquisa em neurociências. Ela tem sido, assim, uma importante ferramenta para os psicólogos que se dedicam à área do envelhecimento.

Destacamos seu emprego no diagnóstico diferencial, como em quadros depressivos e demenciais, alterações das funções cognitivas e de personalidade, bem como

na reabilitação neuropsicológica em casos de comprometimento cognitivo leve, demências e sequelas de acidentes vasculares cerebrais, entre outros cenários neuropsiquiátricos. O artigo recomendado sublinha quanto o treinamento de estratégia mnemônica (MST) demonstrou melhorar o desempenho da capacidade cognitiva no comprometimento cognitivo leve amnésico.

### ENVELHECIMENTO E ESPIRITUALIDADE: O PAPEL DO COPING ESPIRITUAL/RELIGIOSO EM IDOSOS HOSPITALIZADOS



Preocupados com estratégias de enfrentamento na longevidade e seus dilemas existenciais, os pesquisadores fundamentaram a pesquisa em estudos que apontam para as variáveis que interferem nos resultados em saúde

de pessoas idosas e sua relevância nesse contexto. Com base nos referenciais da psicologia da religião sobre envelhecimento e sobre *coping* espiritual/religioso, foi realizado um estudo com essa população com o objetivo de evidenciar o funcionamento da espiritualidade/religiosidade (E/R) num quadro de saúde ameaçada.

A metodologia utilizada foi de abordagem quantitativa, descritiva, de corte transversal. Os instrumentos utilizados foram: escala breve de *coping* espiritual/religioso (CER), escala da centralidade da religiosidade e um questionário para levantamento dos dados sociodemográficos. Participaram do estudo 51 pessoas, com média de idade de 71, 76 anos, baixa renda econômica (86,3%), predominantemente católicos (68,6%); seguidos dos evangélicos (23,5%). Os idosos são altamente religiosos (M = 4,3) e 80,4% fazem utilização alta/altíssima de CER positivo. A despeito da relevância da E/R, 87,3% deles nunca foram abordados sobre questões ligadas a E/R e 41,2% afirmam que gostariam de ter sido. Os resultados confirmam as teorias sobre o papel da E/R nessa fase da vida e indicam ser essa uma dimensão relevante a ser integrada na terapêutica por toda a equipe de saúde, em especial os da saúde mental.

### SUICÍDIO NA VELHICE: SOB A ÓTICA DA PSICANÁLISE



O artigo buscou refletir sobre o fenômeno de suicídio na velhice a partir da ótica da psicanálise, as suas nuances e os principais possíveis estressores nesse processo de envelhecer, alinhado aos fatores psicossociais e individuais

que podem potencializar ideações e efetivação do suicídio em idosos. Empregaram-se como método de investigação pesquisas bibliográficas específicas ligadas à temática e artigos científicos de diversas áreas do saber e da psicanálise. Os conceitos idoso e velho, suicídio, saúde mental e suicídio na velhice são pontos abordados no decorrer do artigo, diante da constatação das intersecções dessas questões-chave com a psicanálise. Trata-se de uma incursão no contexto individual, familiar e social da pessoa idosa, bem como nos fatores psicológicos envolvidos nesse processo para o entendimento do fenômeno e possíveis intervenções.

### IMPEDIMENTOS E CONQUISTAS NO SENTIDO DE SELF NO ENVELHECER: NOTAS CLÍNICAS



O trabalho consistiu em investigar e refletir, sob o ponto de vista clínico, a respeito de alguns dos impedimentos e conquistas do sentido de self típicos do envelhecer. Empregou-se o método clínico compreensivo de Trinca, para

análise de cinco notas clínicas. A fim de tecer considerações sobre tais aspectos, utilizou-se da teoria psicanalítica winnicottiana e das contribuições de Gilberto Safra. Como resultado, apresentamos os desdobramentos de estados de ressentimento e dissociação, como formas de impedimento psíquico, no processo de envelhecimento, quando confrontado com intensas revisões sobre o sentido da própria vida e de self. Isso emerge como necessidade de vivenciar os vários aspectos relacionados ao perdão. Além disso, observamos que o sentido de self na pessoa idosa é atribuído às futuras gerações como uma das suas maiores conquistas. As preocupações antes enfatizadas no "eu" passam para um "nós" como sentido de self: o coletivo, o social, o bem-estar do mundo.

### COMENTÁRIO DO AUTOR

A psicologia clínica e social, bem como a psicanálise, são áreas que compõem o campo da saúde mental e o da clínica ampliada com as pessoas idosas. Ambas, em interlocução, têm se dedicado a compreender as singularidades envolvidas nas engrenagens subjetivas dos processos de envelhecimento, como também fomentar dispositivos clínicos, individuais e coletivos para o manejo adequado das necessidades psíquicas e existenciais nessa fase de vida. Assim, os artigos recomendados contemplam temáticas como o *coping* espiritual/religioso no contexto hospitalar, o ressentimento e o perdão no contexto psicoterápico psicanalítico e reflexões sobre o suicídio sob a perspectiva da psicanálise.

# SLOW MEDICINE: a medicina no seu tempo

O movimento vem ganhando adeptos no Brasil que priorizam o olhar cuidadoso e atento ao paciente, ouvindo-o com atenção e evitando o excesso de exames e a polifarmácia

Por **Silvia Sousa**

Se pedirmos a uma pessoa que descreva a última visita ao seu médico, ela provavelmente relatará o seguinte cenário: “Cheguei ao consultório, o médico perguntou o que eu tinha, eu descrevi sem maiores detalhes e ele me deu uma lista de exames para fazer. Também pediu para ir tomando um remédio enquanto aguardamos para fechar, definitivamente, o diagnóstico. Saí em cerca de quinze minutos”. Essa é a realidade de muitos pacientes que todos os dias passam em consulta médica. Mas não se trata de descaso ou má conduta – afinal, o próprio Ministério da Saúde sugere que o tempo necessário para uma consulta médica adequada é de 15 minutos.

Existe algum problema nisso? Não, desde que o tempo seja suficiente para a realização de uma anamnese adequada. Muitas vezes, porém, nem o médico nem o paciente estão disponíveis para isso. Com tantos compromissos, tarefas do trabalho a serem realizadas, mensagens no WhatsApp para serem respondidas, a pressa que vivenciamos todos os dias chegou também ao consultório médico. Pacientes estão sem tempo para falar detalhadamente de suas queixas e para exames físicos mais completos, e médicos se apressam para investigar os detalhes, afinal, a sala de espera está lotada. O encontro médico-paciente fica prejudicado, e a saúde, comprometida.

Em contraponto a esse cenário surge a *slow medicine*, ou medicina sem pressa, um movimento – ou uma filosofia, como os médicos adeptos a definem – em que o cuidado é centrado no paciente e que busca resgatar o tempo como abordagem essencial da prática médica, privilegiando a escuta ativa e respeitosa no cuidado, baseando-se em

evidências científicas. “Nós conseguimos muitas descobertas nas últimas décadas, o que foi muito bom. Mas, enquanto a tecnologia evoluiu tanto, nós não evoluímos exponencialmente como seres humanos. A humanização ficou perdida”, afirma a geriatra Jaqueline Doring Rodrigues, especialista em cuidados paliativos. Assim, a *slow medicine* privilegia o tempo para ouvir, para refletir e também para construir relações sólidas e duradouras entre o médico e o paciente, famílias e a comunidade.

Outro fundamento da *slow medicine* é a ponderação quanto ao uso de exames laboratoriais e de imagem. O que essa filosofia prega não é o abandono de tais ferramentas, mas sim a avaliação de seus riscos e benefícios. O mesmo vale para a polifarmácia, prática comum em pacientes idosos. Polifarmácia é o conceito que define o uso diário de cinco ou mais medicamentos. A *slow Medicine* olha para esse uso de maneira cuidadosa, pois nem sempre fazer mais significa fazer melhor.

Assim, a *slow medicine* não despreza nem desaconselha o uso desses recursos, mas propõe cautela. “Não podemos cair no extremismo. Sempre que o paciente tem sintomas, temos que investigar a doença. Mas tomamos cuidado para não ir em uma cascata de prescrição, a fim de evitar que os pacientes sofram com efeitos adversos”, diz Jaqueline. Para isso, a abordagem *slow* aposta na individualização e na análise do contexto em que o paciente está inserido, com avaliação de seu estilo de vida, sua faixa etária, sua alimentação, seus objetivos, seus gostos pessoais. Vários fatores são considerados no momento de decidir a intervenção médica adequada.

Trata-se, portanto, de uma proposta em que todas as medidas são ponderadas com muito respeito, com o paciente sempre no centro das decisões. Antes de escolher o que fazer, o médico considera questões como “Esse exame e/ou procedimento é necessário?”; “A quais riscos o paciente será submetido?”; “Quais os custos envolvidos?”; “O paciente se sente à vontade com esse tratamento?”. O médico pondera riscos e benefícios, ouve o paciente e familiares e eles decidem juntos, sempre que possível, a intervenção mais adequada – o paciente, afinal, é parte integrante do seu próprio tratamento.

Para a psicóloga Vera Bifulco, a *slow medicine* é uma tríade: *professional slow*, com todas as suas características e princípios (*veja quadro nas págs. 14 e 15*); *paciente slow* (ele escuta o médico e entende a real necessidade dos exames, remédios e procedimentos sugeridos) e comunidade (todo o entorno que envolve o paciente). “Quanto mais essa filosofia chegar, mais fácil será o cuidado, pois as pessoas terão mais consciência da saúde e da doença”, diz a profissional.

### Berço do movimento slow

Há algumas décadas o movimento *slow* vem mostrando ao mundo uma maneira diferente de olhar a vida e cuidar dela. O primeiro passo foi dado em 1986, quando, na Piazza di Spagna, em Roma, o jornalista Carlo Petrini liderou um manifesto contra a abertura de um grande restaurante de fast food naquele espaço icônico da cidade. A alimentação é valorizada na Itália não só pelo seu valor nutricional, mas também por toda a carga cultural, filosófica e ideológica. Na ação comandada por ele, manifestantes ofereceram aos pedestres tigelas de macarrão penne para denunciar o vazio alimentar e cultural que vinha dos hambúrgueres.

Seu protesto não impediu que a rede de fast food se instalasse na Piazza di Spagna, mas plantou uma semente em algumas pessoas que, três anos depois, formalizaram o movimento *slow food*. O ato foi marcado pela leitura de um manifesto que preconizava o alimento bom, limpo e justo para todos, assinado por representantes de 15 países.

Aos poucos, o movimento *slow* foi sendo inserido em



outros campos, como a moda e a beleza. Na medicina, ele aparece pela primeira vez em 2002, no artigo *Invitation to a Slow Medicine*, publicado no *Italian Heart Journal* pelo cardiologista Alberto Dolara. Nele, o médico defende a necessidade do movimento como uma contrapartida ao “constante impulso para a aceleração na sociedade moderna”. Ou seja, a pressa, aquela mesma a que nos referimos no início desta reportagem. Segundo Dolara, a *slow medicine* poderia ser benéfica em áreas como medicina preventiva, oncologia, infectologia, geriatria e cuidados paliativos.

Assim como aconteceu com Petrini, o artigo de Dolara chamou a atenção de muitas pessoas, que durante anos repercutiram e amadureceram o tema até que, em 2011, foi constituída na Itália a primeira Sociedade de *Slow Medicine*. Na ocasião, foi publicado o manifesto que marca os principais conceitos dessa filosofia, que é preconizar uma medicina sóbria, respeitosa e justa. Por sóbria entende-se a capacidade de agir com moderação, de maneira gradual. Respeitosa, por considerar os valores, as expectativas e os desejos do paciente e familiares. E justa significa promover os cuidados adequados e de qualidade para todos.

O Brasil adota esses mesmos conceitos e a prática vem

chamando atenção, embora ainda seja algo muito recente. O movimento por aqui ganhou força a partir de 2015, quando alguns artigos foram divulgados sobre o assunto e algumas reportagens foram feitas. Mas ele ganhou forma mesmo em 2016, quando o site *slowmedicine.com.br* foi ao ar, trazendo inúmeras abordagens a respeito desse tema. Responsável pelo site, o geriatra José Carlos Campos Velho foi um dos primeiros médicos a trazer esse conceito para o Brasil. Ele segue na ativa divulgando a importância dessa filosofia na medicina.

### Os princípios da *slow medicine*

Não há como falar de *slow medicine* sem mostrar os princípios que a norteiam. “São princípios que nos fazem lembrar as boas práticas da medicina”, lembra Jaqueline. No fundo, eles não são nenhuma novidade, mas relembram a medicina como era feita nos primórdios, quando medicamentos e exames eram escassos e os médicos nutriam uma relação mais próxima com o paciente. O movimento brasileiro propõe quatro princípios, chamados pilares. São eles:

- **Tempo:** tempo para ouvir o paciente, compartilhar decisões e também para a análise de evidências científicas. Nes-

### O PROFISSIONAL SLOW

Como vimos, a *slow medicine* não é uma especialidade médica, mas uma filosofia, uma prática a ser seguida. Por isso, é incorreto dizer que um profissional é especialista em *slow medicine*. Ele é um adepto da filosofia, um profissional *slow*. A psicóloga Vera Bifulco entende que ele tem um papel que vai além do cuidar – ele também pode educar. “A *slow* traz como novidade o reviver, o fazer acontecer a boa medicina. Então talvez nem todos estejam abertos para entender esse profissional. Mas aí cabe ao médico ser um bom profissional para educar as pessoas sobre essa filosofia. O profissional *slow* convida o paciente a ser um participante ativo do seu processo de tratamento e busca pela vida saudável e cura”, diz.

Assim, esse profissional *slow* tem algumas características. Elas foram definidas pelo médico italiano Dario Birolini em um artigo publicado pela Associação Italiana

de *slow medicine*\*. Entender esses conceitos é fundamental para caracterizar o profissional:

- Prática a medicina baseada em evidências, entendida como a integração dos resultados da pesquisa clínica com a experiência própria e com as exigências e os valores do paciente e das pessoas próximas a ele, com base na relação entre os benefícios, os riscos e as incertezas;
- Adota rigorosa postura ética; o paciente e as pessoas próximas a ele são o centro das intervenções, cujo objetivo destina-se a aumentar o bem-estar psíquico e físico e a autonomia na tomada de decisões;
- Presta muita atenção para que os pacientes não sejam manipulados ou usados para a obtenção de vantagens para si próprio, para não aproveitar sua fragilidade

se período, o médico dedica-se ao seu paciente, permitindo interação e conexão. É estar presente, de fato, e entregue àquele momento. “Esse ouvir é o tempo em que os vínculos se formam. Significa que o ouvido ouve, os olhos ouvem, o corpo ouve. O médico mostra interesse real no paciente e consegue levantar a sua história em detalhes”, explica a psicóloga Vera Bifulco.

O tempo começa na consulta médica, mas se estende a uma convivência prolongada com paciente e familiares, gerando laços de confiança importantes para a tomada de decisões. Levando isso em consideração, a *slow medicine* vê o tempo de uma maneira diferente. Ele não é contado em minutos ou horas de uma consulta, mas no estar totalmente presente para aquele paciente. “É uma questão de atitude e postura. Você pode passar muito tempo com uma pessoa sem estar presente. Temos as nossas preocupações, fazemos uma coisa enquanto pensamos em outra. Mas precisamos entender que, naquele momento, o mais importante é atender aquele paciente. Então, a consulta pode até durar 15 minutos, desde que o médico esteja inteiro, ouvindo e conectado com o paciente”, explica o médico Andrea Bottoni.

No dias modernos em que vivemos, esse tempo se es-

tende a outros fatores que também estão ligados à saúde, como a alimentação e o convívio social. “As pessoas comem rápido, não prestam atenção no prato e se esquecem que, naquele momento, a coisa mais importante é comer. É uma questão de conexão e respeito à comida e até a quem a preparou. Olhe para o prato, para as cores, sinta o cheiro. A nutrição não é só um processo biológico de mastigação e digestão. É um momento positivo, de prazer. Quando comemos no automático, nem lembramos do que comemos”, destaca Bottoni. Se observarmos várias pessoas em uma reunião ou até em um almoço, é possível reparar que alguns ficam no celular e, se alguém fala algo, os demais muitas vezes nem prestam atenção. “Isso não é saudável, pois não os conecta com a vida”, diz o médico.

• **Compartilhamento de decisões:** os pacientes são adequadamente informados a respeito das decisões médicas e das alternativas de tratamento. Para isso, o profissional deve levar em consideração a história do paciente, seus valores, suas expectativas e, a partir daí, propor as estratégias terapêuticas. Quando o paciente entende a necessidade do tratamento e se enxerga como parte integrante dele, perce-

com o intuito de criar dependência, para não oferecer informações equivocadas ou incompletas;

- Possui profunda consciência de quais são os limites da medicina e não propõe aos pacientes tratamentos que sejam excessivamente onerosos ou que tenham vantagens excessivamente hipotéticas ou duvidosas;
- Está ciente de que a saúde deve ser defendida e protegida em nível social, econômico, ecológico, sistêmico e, em consequência, deve ser o foco central de todas as políticas públicas, e não apenas da política sanitária;
- É um educador, e sua comunicação clara e direta impacta o relacionamento durante todo o tratamento, posturas estas que implicam a participação constante dos cidadãos na gestão da saúde;

- Coloca-se as seguintes questões: qual é o campo que minha atuação profissional abrange? O que proponho funciona e me permite obter resultados úteis para o bem-estar do paciente? Quais são os possíveis efeitos adversos associados? Como avalio as melhorias alcançadas? De que forma as orientações que proponho a meus pacientes se integram de forma útil e sustentável com outras orientações e com outros padrões de tratamento aos quais eles tenham acesso?;
- Estuda, pesquisa e se integra com outros profissionais, para poder explicar ao paciente quais procedimentos são comprovados, quais são fruto de experiência e quais são fruto de opiniões;
- É capaz de reconhecer o que não sabe e evita adotar posturas de autopromoção.

“ Enquanto a tecnologia evoluiu bastante, nós não evoluímos exponencialmente como seres humanos. A humanização ficou perdida.

bendo que suas crenças são respeitadas, a adesão à terapêutica tende a ser maior. “Antigamente existia uma relação vertical entre médicos e pacientes. O profissional era o detentor do saber e o paciente só obedecia. Mas propomos a relação horizontal, com decisões compartilhadas”, explica o geriatra Campos Velho. A família também deve ser envolvida, pois tem papel fundamental na adesão ao tratamento, principalmente quando a pessoa já perdeu a autonomia.

• **Uso parcimonioso da tecnologia:** como já mencionado, a *slow medicine* vê os exames como um complemento, portanto, propõe o uso parcimonioso, cauteloso e racional. Por tecnologia, entendem-se as tecnologias diagnósticas e terapêuticas, bem como as novas tecnologias da informação, como celular, em que o uso em excesso diminui a relação clínica. Vale ressaltar que o movimento não é contrário à utilização desses recursos, mas destaca seu uso adequado, baseado em evidências científicas. Para ter uma ideia, a medicina sem pressa também considera inadequada a subutilização dessas ferramentas quando necessárias.

Já existem grandes movimentos internacionais, como o *Choosing Wisely*, que atuam justamente no alerta sobre os excessos diagnósticos e terapêuticos e apontam para escolhas mais sábias em saúde.

• **Relação médico-paciente:** esses dois personagens devem ser os protagonistas desse enredo. Criar vínculo com o paciente e uma confiança mútua permite uma troca de informações sincera, que colabora na busca por um diagnóstico e também no compartilhamento de decisões.

Em meio a esses princípios, existem outros pilares que norteiam o protocolo de atendimento em *slow medicine*.

Entre eles está a individualização do cuidado, que é o cuidado sob medida, entendendo a história de cada um e como ela interfere na doença e no tratamento. A psicóloga Vera dá um exemplo: “Um câncer de mama em uma senhora de 70 anos e em uma moça de 22 são eventos completamente diferentes, embora a doença seja a mesma. O impacto é outro, pois elas estão em momentos de vida diferentes”.

Outro princípio é a autonomia e autocuidado, em que os valores, as expectativas e as preferências do paciente são respeitados. Esse aspecto tem um lugar especial quando o assunto é final de vida, já que muitas vezes a família e o profissional têm que tomar decisões para um paciente que já não pode fazê-lo. “Decisões de fim de vida nunca deveriam ser deixadas para o fim da vida”, salienta Vera. A seguir temos a prevenção e a qualidade de vida, que é um convite a alimentação saudável, atividade física, hábitos de vida saudáveis, flexibilidade mental para absorver novos conceitos e continuar aprendendo, sempre.

Segurança do paciente – observando o que causa menos danos a ele – e paixão e compaixão completam os princípios. “A empatia precisa ser exercida e, em algumas vezes, até aprendida. Prezamos muito isso. Ser empático não é se colocar no lugar do outro, mas sim entender o outro, entrar em seu cenário e encontrar a melhor maneira de agir. Se eu recebo uma família que está desesperada com um diagnóstico, por exemplo, eu acolho e ajudo no momento. Eu não sei o que é estar naquele lugar, pois nunca passei por aquilo. Mas eu posso ajudá-la acolhendo, informando e mostrando que, juntos, encontraremos a melhor solução”, explica Vera.

## Pacientes idosos

A *slow medicine* pode ser uma abordagem muito interessante para profissionais de saúde especializados em pacientes idosos. Isso porque essa filosofia dá mais ênfase à saúde do que à doença. “A *slow medicine* propõe longevidade com qualidade. Todo mundo quer viver mais e com saúde. Que vantagem existe se não for para viver bem?”, questiona a psicóloga. Isso se traduz em um atendimento empático, com atenção ao paciente, e nas diversas formas como ele pode viver esse período em sua plenitude. A saúde, dessa maneira, é vista como “paz de espírito, momentos de felicidade, uma experiência do bem, mesmo no fim da vida”, segundo a geriatra Jaqueline. Para Bottoni, a *slow medicine* no cuidado ao idoso traz benefícios para o pró-





*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](mailto:cuidadores@uol.com.br)

[www.cuidadoresbr.com.br](http://www.cuidadoresbr.com.br)

prio paciente, que se sente mais acolhido, mais conectado com o momento.

É interessante salientar que a história da medicina sem pressa está ligada aos cuidados com os idosos, pois os primeiros artigos sobre o assunto foram motivados pelos cuidados dos autores para com seus entes queridos. O artigo do cardiologista Alberto Dolara salientava que, em uma situação em que o idoso tem alta e volta a ter os mesmos sintomas, seu novo atendimento, feito em outra instituição de saúde ou por outro médico, sujeitaria o paciente aos mesmos procedimentos e medicações já aplicados anteriormente. “Ele sugere que temos que ser ponderados, cuidadosos e que a vagareza poderia ser importante nesses casos”, explica Campos Velho. Outro ponto que o italiano destaca é o papel do afeto e da calma nos cuidados finais da vida.

Ao analisarmos os princípios que regem a slow medicine, fica claro perceber a sua ligação direta com a geriatria, com o cuidado do paciente idoso. Eles são importantes porque essa fase da vida requer cuidados específicos, que nem fazem sentido em outras fases, principalmente quando atentamos para o perfil dos pacientes. Isso porque uma pessoa de 60 anos é muito diferente de uma de 90 anos, não há como colocá-las na “categoria idosos” e tratar da mesma maneira.

Um paciente com mais de 80 anos de idade, por exemplo, nem sempre se beneficia de algumas intervenções terapêuticas, mesmo quando há estudos que mostrem o contrário. De acordo com a médica Jaqueline, o principal motivo para isso é que os estudos que mostram as intervenções terapêuticas adequadas para a pessoa idosa são realizados, geralmente, em pacientes com cerca de 60 anos. Mas duas décadas separam esses dois grupos. Portanto, o protocolo pode não se replicar. Caso o tratamento seja realizado, o médico pode submeter o idoso a algo que não trará benefício a ele.


Daí a importância, principalmente nessa fase da vida, da individualização do cuidado, um dos princípios da slow medicine. “Uma pessoa de 60 anos a 70 anos é um idoso jovem, é a infância da velhice. De 70 a 80 é o idoso. De 80 a 90 é o que chamamos de old old. E depois ainda vêm os centenários. Cada década tem suas particularidades, suas vulnerabilidades, suas perdas, sua proximidade com a morte. Por isso, temos que olhar a herança de vida dessa pessoa, o que viveu, suas recordações. Temos que ficar no mesmo

“Precisamos olhar para o paciente de maneira mais holística, considerando o que é, realmente, necessário.

nível desse idoso e não achar que são todos iguais”, alerta Vera. Ela atenta para o fato de que o médico deve considerar até mesmo as crenças e a espiritualidade dessa pessoa.

Campos Velho lembra ainda que é normal o idoso passar por múltiplas intervenções ao mesmo tempo, pois é seguido também por múltiplos médicos – cada um com seu olhar, tratamentos e medicamentos, muitas vezes potencialmente agressivos. “Isso torna a vida do idoso uma romaria. Precisamos olhar para o paciente de maneira mais holística, considerando o que é, realmente, necessário. Só quem traz esse olhar é o tempo e a conexão com o paciente”, conta.

A abordagem atenciosa e respeitosa vale também para os cuidados paliativos. “Quando um paciente entra em cuidados paliativos, ele requer atenção, cuidado particularizado, compreensão paciente-família-médico. É o momento em que os valores do paciente e sua bagagem de vida devem ser levados em consideração. Aliado a isso ainda é preciso uma atenção especial às fragilidades”, diz Jaqueline.

A slow medicine é, portanto, um resgate à humanização no cuidado à saúde. “No terceiro milênio, temos que redescobrir o óbvio”, afirma Bottoni. Porém, ressalta ele, sem deixar de lado todas as conquistas tecnológicas e farmacêuticas obtidas ao longo dos anos. Mas tudo a seu tempo e de maneira individualizada. Em uma emergência, é claro que todos os exames e equipamentos médicos são úteis, assim como a rapidez médica. Já no dia a dia, a pressa dificilmente será uma aliada. “A slow medicine não é uma volta ao passado, mas um resgate de coisas que fizeram sentido”, finaliza Campos Velho. 



\*Artigo traduzido pelo site Slow Medicine Brasil. Disponível em <https://slowbr.beltrame.digital/slow-medicine-um-conceito-em-construcao>

# 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<sup>1,2</sup>



AUXILIA A MANUTENÇÃO da função articular<sup>3,4</sup>



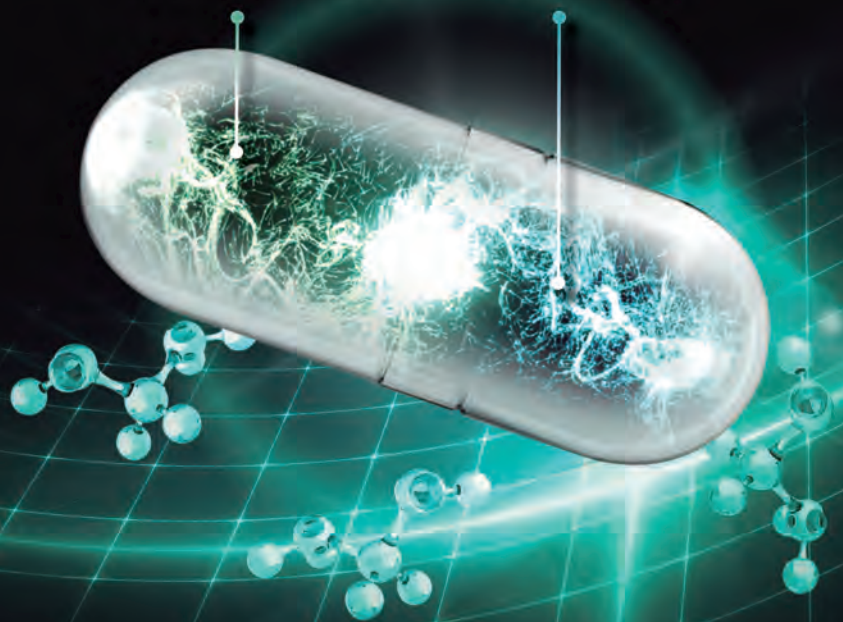
AUXILIA A REDUÇÃO dos sintomas inflamatórios<sup>5</sup>



AJUDA A MINIMIZAR a degradação do colágeno da cartilagem<sup>6</sup>

COLÁGENO TIPO II NÃO HIDROLISADO

ÁCIDO HIALURÔNICO



10X MAIS ÁCIDO HIALURÔNICO<sup>1,7,8</sup>



PREÇOS DIFERENCIADOS PARA MAIS ADEÇÃO

30 CÁPSULAS R\$ 119,00



60 CÁPSULAS R\$ 209,00

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

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

Produto isento de registro conforme RDC 27/2010.



# Uso de opioides no controle da dor de pacientes idosos em cuidados paliativos



**POLIANNA MARA RODRIGUES DE SOUZA** Médica geriatra pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); formação em cuidados paliativos pela Asociacion Pallium Latinoamerica; formação pelo Curso Avançado em Oncologia Geriátrica pela Sociedade Internacional de Oncologia Geriátrica (SIOG); áreas de atuação em dor e em cuidados paliativos pela Associação Médica Brasileira (AMB); membro do Comitê de Bioética do Hospital Israelita Albert Einstein; médica do Grupo de Suporte ao Paciente Oncológico do Centro de Oncologia e Hematologia do Hospital Israelita Albert Einstein; sócia-fundadora da Oncogeriatría Brasil Ensino; e coordenadora da pós-graduação em Oncogeriatría do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein

Imagem: divulgação

## Introdução

A dor, descrita pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “*uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial*”, é bastante comum na população idosa, sendo a dor crônica a mais prevalente nessa população<sup>1,2</sup>. Pelas definições mais atuais, a dor é definida como crônica quando dura ou se repete por mais de três meses<sup>3</sup>.

A incidência de dor crônica ou persistente em idosos da comunidade chega, em alguns estudos, a mais de 50%, sendo que em idosos institucionalizados pode chegar a 85%, e esse número deve aumentar à medida que a idade média da população aumenta<sup>2,4,5</sup>. No entanto, vários estudos mostram que a dor ainda é subtratada em idosos, principalmente naqueles com reduzida capacidade de comunicação<sup>4,5,6</sup>. Em idosos com demência, o diagnóstico e o tratamento da dor podem tornar-se um problema ainda maior, o que, em parte, se justifica pela maior dificuldade em sua avaliação<sup>7</sup>.

Entre as principais causas de dor no idoso estão as dorsalgias musculoesqueléticas, as doenças osteoarticulares, principalmente as degenerativas; a osteoporose e suas con-

sequências, as radiculopatias, as doenças vasculares periféricas, as neuropatias periféricas, principalmente a neuropatia diabética; a neuralgia pós-herpética, a dor oncológica, a síndrome dolorosa pós-acidente vascular encefálico e as cefaleias<sup>6,8</sup>.

O estresse gerado pela dor persistente não controlada prejudica processos de reabilitação e de recuperação de danos, podendo levar à redução de capacidade funcional e ao aumento de dependência, além de estar associado a alterações do humor, isolamento social, distúrbio do sono, alterações do apetite, dificuldades de movimentação e deambulação, quedas, alterações da cognição, prejuízo da autoavaliação de saúde, aumento da necessidade de gastos com cuidados de saúde e comprometimento da qualidade de vida, aumentando o risco de institucionalização e a morbimortalidade<sup>6,9</sup>.

Muitas das doenças crônicas potencialmente geradoras de quadros dolorosos terão, em algum momento de sua evolução, indicação de cuidados paliativos (CP), que são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “*uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças limitadoras da vida, através da prevenção e alívio do*

*sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais*". Não por acaso, o sintoma "dor" está destacado na definição da OMS para CP, sendo de fato um dos sintomas mais frequentes neste cenário<sup>10</sup>.

### Desafios no tratamento da dor em idosos

Em linhas gerais, as bases para o tratamento da dor em idosos em CP são as mesmas para a população geral: identificar a presença da dor; avaliar corretamente todos os seus componentes (localização, distribuição, intensidade, qualidade, temporalidade, duração, fatores desencadeantes, fatores de melhora ou piora, sintomas associados e resposta a tratamentos prévios); determinar seu impacto no sono, no humor, na funcionalidade e na qualidade de vida; identificar possíveis causas e mecanismos; definir estratégias farmacológicas e não farmacológicas; reavaliar frequentemente; realizar ajustes sempre que necessário; e vigiar continuamente efeitos colaterais dos tratamentos instituídos<sup>6</sup>.

Classicamente, o tratamento da dor crônica ou persistente, esteja o paciente em CP ou não, deve se apoiar na associação de estratégias não farmacológicas com estratégias farmacológicas multimodais, sendo, portanto, necessário o envolvimento de equipes interdisciplinares que envolvam enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, entre outros<sup>6,9</sup>.

A terapia medicamentosa multimodal baseia-se na utilização conjunta de drogas que agem em diferentes pontos das vias dolorosas, com o uso associado de analgésicos simples ou não opioides (como a dipirona, o paracetamol e os anti-inflamatórios não esteroidais), adjuvantes (como os relaxantes musculares, os corticosteroides, os antidepressivos tricíclicos e duais e os anticonvulsivantes, por exemplo) e os analgésicos opioides, quando indicados. É justamente nesse quesito que o envelhecimento traz grandes desafios, principalmente quando há necessidade do uso de opioides. As alterações na composição corporal e nas reservas orgânicas próprias do processo fisiológico de envelhecimento podem levar a alterações na metabolização de fármacos, aumentando o risco de iatrogenias<sup>6,9</sup>.

Tal fato, somado à maior possibilidade de multimorbidades e à presença de polifarmácia e de fragilidade, aumen-

ta o risco de eventos adversos e interações medicamentosas inadequadas, fazendo com que muitos profissionais de saúde, em nome do receio de desfechos negativos, como efeitos colaterais de difícil manejo e adicção, deixem de tratar adequadamente a dor de pacientes idosos, alimentando crenças errôneas a respeito do tratamento medicamentoso para essa população<sup>6,9,11</sup>. Para complicar ainda mais esse cenário, muitas pessoas acreditam que a dor seja um sintoma natural do envelhecimento ou evitam abordar o assunto por medo dos procedimentos e possibilidades diagnósticas, além do receio dos efeitos adversos dos tratamentos para a dor, incluindo a adicção, fazendo com que, frequentemente, ela não receba a devida atenção<sup>6,9,11</sup>.

No entanto, é possível tratar adequadamente a dor persistente de pacientes idosos. Para isso é fundamental que o profissional de saúde tenha conhecimento adequado sobre as alterações próprias do processo de envelhecimento, se familiarize com a farmacologia das principais medicações analgésicas e entenda como o processo de envelhecimento pode influenciá-la. Além disso, o profissional deve conhecer as possíveis interações entre as drogas e comorbidades e também as interações medicamentosas propriamente ditas. É imprescindível entender de forma apropriada como manejar os medicamentos analgésicos e seus efeitos adversos<sup>6,9</sup>.

O grande desafio consiste em encontrar o equilíbrio entre o manejo da dor crônica, reduzindo a incapacidade e melhorando a qualidade de vida dos idosos, e a mitigação dos riscos relacionados à prescrição analgésica, principalmente aos opioides<sup>9</sup>.

### Utilizando opioides em idosos de forma segura

Opioides são drogas analgésicas potentes que atuam ligando-se aos receptores opioides que estão distribuídos no cérebro, medula espinhal e tecidos periféricos, podendo atuar como agonistas, antagonistas e agonistas/antagonistas parciais<sup>6</sup>.

A dor crônica é uma das principais razões para as prescrições de opioides no mundo todo. Os opioides estão indicados para o tratamento da dor crônica em idosos quando há dor moderada a intensa com comprometimento funcional concomitante ou diminuição da qualidade de

vida em pacientes que tiveram pouco ou nenhum benefício com a terapia não opioide. Embora existam riscos reais com o uso de opioides, eles seguem ocupando importante papel no tratamento da dor, principalmente no cenário dos CP, naqueles pacientes que não obtêm alívio adequado da dor com as demais opções terapêuticas otimizadas, ou que não toleraram as alternativas possíveis, ou que possuam comorbidades que impeçam o uso de outras classes medicamentosas<sup>6,9</sup>.

Seu uso, para ser seguro, deve ser rigorosamente monitorado. Os pacientes devem ser avaliados antes do início do tratamento e, após, periodicamente. Em todas essas ocasiões deve-se avaliar reservas orgânicas e funcionalidade, revisar metas para o plano de cuidados, planejar estratégias para tratamento multimodal, monitorar prescrição, aderência e eventos adversos, mensurar impacto da terapia em possíveis comorbidades e realizar triagem de risco de adição. O objetivo principal é o controle da dor com a menor dose possível e o mínimo de efeitos adversos. No cenário de agudizações da dor ou presença de dor aguda, usar pelo menor tempo possível<sup>6,9,12</sup>.

Recomenda-se que as doses iniciais para o tratamento da dor em idosos virgens de opioides sejam de apenas 25% a 50% do que seria iniciado para adultos jovens, titulando posteriormente a dose até que se obtenha analgesia adequada com mínimos efeitos colaterais, conforme a máxima *"Start low, go slow"*<sup>6,9</sup>. Naqueles com algum grau de insuficiência orgânica, além da redução de dose, os intervalos entre as doses podem ser prolongados<sup>12</sup>, pois quando há insuficiência renal ou hepática a metabolização e a depuração dos opioides podem estar afetadas, levando ao acúmulo de drogas e metabólitos, gerando efeitos adversos que podem incluir condições graves como neurotoxicidade ou depressão respiratória. Porém, antes desses eventos, outros sinais de toxicidade estarão presentes, como náuseas e vômitos, por exemplo. Apesar de ser o evento adverso mais temido, a incidência de depressão respiratória nos estudos costuma ser baixa. Além da redução de funções orgânicas, a presença de condições geriátricas comuns, como desnutrição e sarcopenia, pode reduzir a albumina sérica e aumentar a fração livre de opioides circulantes, aumentando também o risco de eventos adversos<sup>6,9,11</sup>.

Os efeitos adversos mais comuns relatados nos estudos são constipação intestinal, náuseas e vômitos, tontura, confusão mental, letargia, depressão, cefaleia, retenção urinária, prurido, sonolência e quedas, com risco de fraturas. Alguns estudos encontraram que o uso de opioides em idosos pode aumentar em até duas vezes o risco de fraturas, o que torna obrigatória a orientação de medidas de prevenção de quedas e fraturas<sup>6,9</sup>.

A constipação é o evento adverso mais comum, ocorrendo em cerca de 40% dos pacientes que usam opioides para dor crônica não oncológica e para os quais não há desenvolvimento de tolerância, como ocorre com os demais. Dessa forma é fundamental que ela seja manejada com o uso de laxativos com o objetivo de se atingir evacuações adequadas. Recomenda-se o início dos laxantes juntamente com o início do uso de opioides, mesmo antes que se instale a constipação<sup>6</sup>.

Confusão mental e delirium podem ocorrer em idosos que fazem uso de opioides; no entanto, dor intensa também pode ser fator desencadeante de delirium. Iniciar com doses baixas e aumentar lentamente pode ser suficiente para prevenir ou ajudar a manejar o delirium nessa situação. Os estudos relacionados a alterações de funções cognitivas em idosos que usam opioide cronicamente são controversos, não devendo ser esse receio impeditivo do tratamento correto da dor<sup>6,9</sup>.

Cuidados adicionais devem ser tomados com aqueles pacientes que fazem uso de medicações depressoras do sistema nervoso central, como os benzodiazepínicos, por exemplo, e com aqueles portadores de comorbidades como obesidade, apneia obstrutiva do sono, encefalopatia e doença pulmonar obstrutiva crônica<sup>6,9</sup>.

Os opioides mais comumente estudados para o tratamento da dor em idosos são buprenorfina, fentanil, hidromorfona (indisponível no Brasil), morfina e oxicodona. A metadona pode ser utilizada, mas não é recomendada como primeira linha de tratamento opioide em idosos e deve ser utilizada por profissionais habituados ao seu manejo, por ser uma droga de metabolização errática, com meia-vida muito prolongada, aumentando o risco de intoxicação. Além disso, ela pode ter efeitos colaterais graves, como o prolongamento do intervalo QT, levando a arrit-

mias, e tem um perfil desfavorável de interação medicamentosa com outras drogas<sup>6,9</sup>.

Em idosos frágeis, os opioides mais comumente estudados foram a morfina, a oxicodona, a buprenorfina e o fentanil. A combinação de oxicodona/naloxona mostrou-se eficaz e segura para o manejo de dor persistente moderada a grave em pacientes virgens de opioides. A buprenorfina transdérmica também tem se mostrado segura, eficaz e bem tolerada no tratamento da dor crônica, independentemente da idade do paciente<sup>6,9</sup>.

Embora os opioides apresentem uma série de efeitos

adversos, é importante notar que as demais medicações analgésicas não são necessariamente mais seguras e nem isentas de riscos. Um exemplo são os AINEs, que têm importantes toxicidades gastrointestinais, renais, hepáticas e cardíacas e respondem por grande parte das admissões hospitalares por eventos adversos relacionados a medicações<sup>6</sup>.

Pacientes e familiares devem receber informações adequadas sobre benefícios e riscos do tratamento da dor com opioides, além de terem a oportunidade de participar da construção dos objetivos dos cuidados. **A**

## Referências bibliográficas

1. RAJA, S. N. *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. **Pain**, Amsterdam, v. 161, n. 9, p. 1976–1982, Sept. 2020. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
2. TINNIRELLO, A.; MAZZOLENI, S.; SANTI, C. Chronic pain in the elderly: mechanisms and distinctive features. **Biomolecules**, Basel, Switzerland, v. 11, n. 8, p. 1256, Aug. 2021. DOI: 10.3390/biom11081256.
3. TREEDE, R.-D. *et al.* Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). **Pain**, Amsterdam, v. 160, n. 1, p. 19–27, Jan. 2019. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
4. CHOPRA, A. Pain management in the older patient. **Clinical Geriatrics**, Plainsboro, v. 14, n. 3, p. 40–46. 2006.
5. AMERICAN GERIATRICS SOCIETY PANEL ON PERSISTENT PAIN IN OLDER PERSONS. Pharmacological management of persistent pain in older persons. **Journal of the American Geriatric Society**, New York, v. 57, n. 8, p. 1331–1346, Aug. 2009. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02376.x.
6. GUERRIERO, F. Guidance on opioids prescribing for the management of persistent non-cancer pain in older adults. **World Journal of Clinical Cases**, Hong Kong, China, v. 5, n. 3, p. 73–81, Mar. 2017. DOI: 10.12998/wjcc.v5.i3.73.
7. HUNT, L. J. *et al.* Pain in Community-Dwelling Older Adults with Dementia: results from the National Health and Aging Trends Study. **Journal of the American Geriatric Society**, New York, v. 63, n. 8, p. 1503–1511, Aug. 2015. DOI: 10.1111/jgs.13536.
8. JASSAL, M.; EGAN, G.; DAHRI, K. Opioid prescribing in the elderly: a systematic review. **Journal of Pharmacy Technology**, Cincinnati, OH, v. 36, n. 1, p. 28–40, Feb. 2020. DOI: 10.1177/8755122519867975.
9. GAZELKA, H. M. *et al.* Opioids in older adults: indications, prescribing, complications, and alternative therapies for primary care. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, MN, v. 95, n. 4, p. 793–800, Apr. 2020. DOI: 10.1016/j.mayocp.2020.02.002.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global atlas of palliative care**. 2nd ed. London: WHPCA, 2020.
11. SAVVAS, S. M.; GIBSON, S. J. Overview of pain management in older adults. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 32, n.4, p. 635–650, Nov. 2016. DOI: 10.1016/j.cger.2016.06.005.
12. PROSTRAN, M. *et al.* Pharmacotherapy of pain in the older population: the place of opioids. **Frontiers in Aging Neuroscience**, Lausanne, v. 8, p. 144, June, 2016. DOI: 10.3389/fnagi.2016.00144.

# A APARÊNCIA importa para as pessoas idosas

Contribuições do grupo EAPS USP no entendimento dessa variável de natureza biopsicossociocultural quando o assunto é a gestão da atenção ao envelhecimento desse público



**SUZANNE TANOUE DOS SANTOS** Jornalista, fotógrafa e documentarista. Estudante de gerontologia na Universidade de São Paulo. Pesquisadora no grupo de pesquisa, ensino e extensão Envelhecimento, Aparência e Significado (EAPS).



**ANDREA LOPES** Antropóloga, docente e pesquisadora da Universidade de São Paulo e coordenadora do grupo de pesquisa, ensino e extensão Envelhecimento, Aparência e Significado (EAPS).

Imagem: divulgação

Entre as principais frentes de atendimento, cuidado e serviços voltados às pessoas idosas, pode-se dizer, de maneira geral, que o investimento em sua aparência não se configura necessariamente uma prioridade entre os profissionais e as instituições – pelo menos, não de maneira tecnicamente organizada. No senso comum, esse conceito está ligado a superficialidade e futilidade ou, ainda, a um disfarce que possa esconder ou evitar realidades não desejadas. A partir dessa lógica, estabelecem-se outras prioridades, direcionando esforços a iniciativas que possivelmente possam resolver questões mais imediatas relacionadas a doenças físicas e mentais. Assim, perde-se a oportunidade de se utilizar os elementos da composição da aparência e seus significados como pontes de acesso a universos particulares e simbolicamente orquestrados.

Parte deles, inclusive, pode estar intimamente relacionada a prejuízos à saúde.

Nessa direção, debates nacionais e internacionais acerca de ações relacionadas à promoção da qualidade de vida das pessoas idosas destacam a necessidade de multiplicarmos as oportunidades de cuidado com a saúde em um sentido mais amplo sobre o que é ser saudável. Iniciativas de destaque que corroboram essa perspectiva são as ilustradas pela Política do Envelhecimento Ativo<sup>1</sup>, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>2</sup> e o Plano para a Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030<sup>3</sup>. Nesse contexto, a saúde não é apenas entendida como a ausência de doenças, mas sim como um estado de bem-estar, de forma a viabilizar que “as pessoas idosas sejam e façam aquilo que elas valorizam”<sup>3, p.3</sup>.



A promoção da autonomia e da independência, defendidas por essas políticas e diretrizes, passa também pela promoção da heterogeneidade da velhice e pelo estímulo ao cuidado de si. Tótorá<sup>4</sup> observa que incentivar as pessoas idosas a exercer sua liberdade de escolha pode ser uma forma de combater o imaginário negativo em torno dessa fase da vida e os esforços em torno do controle do corpo velho. Sob essa ótica, cuidar de si não significa puramente controlar condições crônicas, exercitar-se e dormir bem. Em uma perspectiva mais abrangente, na linha de uma abordagem biopsicossociocultural do que é saúde, o autocuidado também edifica o exercício da expressão das identidades e da construção das aparências como possíveis fontes de bem-estar e satisfação com a vida. Assim, cuidar de si integra o conjunto de ações em prol da promoção da autonomia em torno de como as pessoas idosas querem ou não se apresentar socialmente.

A aparência é um meio de comunicação com o mundo, sendo o corpo uma das plataformas que colaboram na emissão de mensagens. De acordo com Coutinho, Tomazeti e Acosta<sup>5</sup>, os corpos se comunicam por meio das roupas que portam, dos gestos e dos comportamentos que expressam. Portanto, as características físicas do corpo, somadas

às vestimentas, constituem simbolicamente a imagem de uma pessoa ou de um grupo de pessoas. Ao corpo são atribuídos significados. Sobre ele e a forma como é vestido e adornado pairam diversas expectativas sociais. Envelhecer tangencia esse debate.

Rudd e Lennon<sup>6</sup> elucidam que a imagem corporal pode impactar na gestão de aparência, nos padrões de consumo, nas relações sociais e na autoestima, com desfechos diretos na qualidade de vida das pessoas. Kwon e Kwon<sup>7</sup> argumentam ainda que a gestão da aparência pode ser uma prática de instituição e manutenção da individualidade, construindo “autoimagens coerentes” (p.27), tanto com suas próprias avaliações quanto com as condições externas. Adicionalmente, Loiola<sup>8</sup>, focando na velhice, entende que estimular o vestir entre idosos a partir de uma escolha de gosto pessoal é também um estímulo à autonomia. Ainda, é capaz de fazer emergir novas maneiras de autopercepção da própria velhice e de “novos arranjos dos modos de ser e estar” (p.100).

Yokomizo e Lopes<sup>9</sup> propuseram centralizar essas diferentes noções e elementos que compõem a aparência através do seguinte conceito: “um conjunto de aspectos físicos, comportamentais, atitudinais, estéticos e simbólicos cons-



Andrea Lopes/EAPS EACH USP



Andrea Lopes/EAPS EACH USP



Suzanne Tanoue dos Santos/EAPS EACH USP

truídos e externalizados pelos indivíduos ou grupos, compondo sua apresentação pessoal ou coletiva” (p. 239). Dessa maneira, a aparência pode ser encarada como uma variável relevante para compreender mecanismos de exclusão e inclusão social, inclusive de pessoas idosas. Ambas as pesquisadoras fundaram em 2009 o grupo de pesquisa, ensino e extensão Envelhecimento, Aparência e Significado (EAPS)\* da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP)<sup>10</sup>.

Ao longo de seus 13 anos de existência, as atividades desempenhadas pelo grupo buscam investigar os significados e as trajetórias da construção das aparências para os diferentes grupos de pessoas idosas. Mais do que isso, vêm analisando a aparência enquanto uma variável complexa, multifacetada e muito potente em termos de gestão do envelhecimento e da velhice.

Os estudos e as experiências do EAPS indicam que, independentemente de variáveis socioeconômicas, idosos investem na sua aparência, conforme identificado, por exemplo, em pesquisas que investigaram as percepções de frequentadoras de um Núcleo de Convivência para Idosos<sup>11</sup>, de participantes do Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos<sup>12</sup>, e de octogenárias brasileiras e espanholas<sup>13</sup>. Mais ainda, nunca deixaram de fazer essa gestão ao longo da vida<sup>10</sup>. Esse cuidado gera senso de pertencimento e de propósito, bem como fomenta o engajamento social e a manutenção de vínculos — fatores essenciais para o bem-estar na velhice<sup>13</sup>. Uma das pesquisas de Yokomizo, Soloaga e Lopes<sup>14</sup> aponta que, entre as possibilidades de consumo no espectro da composição da aparência, destacam-se o vestuário e os cosméticos, dois mercados ainda muito pautados pela dicotomia da juventude enquanto valor moral em contraposição à velhice enquanto uma doença a ser evitada e disfarçada a qualquer custo<sup>15</sup>.

Em meio a essa tensão, a inserção de pessoas idosas em uma sociedade que exalta o combate às rugas, aos cabelos brancos e quaisquer outros sinais de passagem do tempo nos corpos pode gerar frustrações, como o “senso de inadequação etária”<sup>10, p. 25</sup>, culminando em uma crise identitária que resulta em sofrimento<sup>16</sup>. Nesse contexto, o cuidado com a aparência estaria ligado à negação da velhice, a uma preocupação em demonstrar competência, a partir da tentativa de aproximação de características relacionadas à ju-

ventude. Em contrapartida, as escolhas de vestuário, especialmente das mulheres idosas, também envolve a edificação de escolhas que visem “à discrição e à simplicidade”<sup>17, p. 152</sup> como forma de não parecerem inapropriadas para a idade na qual se encontram. Essa seria uma forma de distanciamento dos dois extremos, nas palavras das diversas mulheres idosas entrevistadas pelo grupo: da senhora ridícula que quer usar roupas de mocinha e da velha desleixada, que não liga para a sua aparência de vovozinha.

Debater e combater essa incoerência significa investir em iniciativas que venham a fomentar a manifestação das singularidades, a partir das múltiplas possibilidades de apresentação pessoal e coletiva, inclusive na velhice. Ainda mais, passa por oportunizar ocasiões em que as pessoas idosas possam, de fato, performar suas aparências de forma positivamente significativa. No entanto, que espaços estamos proporcionando para que isso aconteça? Quais papéis sociais são destinados às pessoas idosas, de modo que possam transitar diversas aparências entre novos sentidos, visibilidade e oportunidades de legitimação?

Com isso em mente, os pesquisadores do grupo EAPS defendem a criação, a gestão, a sistematização e a difusão organizada de intervenções que levem também em consideração esse aspecto que se mostra tão substancial na vida desse público. Não se espera aqui curar doenças ou resolver todos os problemas de alguém por meio de investimentos na aparência. No entanto, interessa, sim, valer-se da construção da aparência e seus significados a fim de dar suporte a ações diversas que visem ao engajamento social, diante dos desafios que os indivíduos têm em termos de manutenção e promoção da própria saúde e condição identitária<sup>18</sup>. A gestão da aparência é também uma questão de saúde.

Em suma, investimentos na aparência não significam o estabelecimento de receitas milagrosas de como as pessoas devem ser ou parecer, muito menos consumir. Significam, sim, facilitar a possibilidade de organizarem a sua apresentação pessoal e expressarem, de forma dinâmica, suas identidades como bem desejarem. Na velhice, isso implica poder explorar as múltiplas possibilidades de ser uma pessoa idosa de acordo com suas próprias preferências e referências, independentemente de sua condição funcional ou econômica. Para o grupo EAPS, as aparências importam e não enganam. A aparência é, nessa linha, uma ferramenta

APTARE  
10 ANOS



Para comemorar seus dez anos,  
a Revista *Aptare* lança o projeto

## EXPECIÇÃO LONGEVIDADE

QUANDO

De abril a junho de 2023

COMO

A expedição visitará as blue zones, regiões conhecidas por suas populações longevas, para trazer aos nossos leitores o que há de mais novo no universo do envelhecimento. A viagem terminará em Veranópolis-RS, considerada a blue zone brasileira.


ONDE

- Nicoya, Costa Rica
- Loma Linda, EUA
- Okinawa, Japão
- Ikaria, Grécia
- Sardenha, Itália

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

APOIO



que reflete a potência de irmos além das ideias cristalizadas do que é se sentir bem, do que é ser bonito e do que é agradável e desejável – portanto, oportunidade da atenção genuína em termos da gestão do envelhecimento do público idoso. 

\* Para saber mais, acesse: [www.each.usp.br/grupoeaps](http://www.each.usp.br/grupoeaps)

## Referências bibliográficas

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento Ativo**: uma política de saúde. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 out. 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20do%20Idoso,94%20e%20Decreto%20n%C2%BA%201.948%2F](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20do%20Idoso,94%20e%20Decreto%20n%C2%BA%201.948%2F). Acesso em 21 jul. 2021.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Decade of healthy ageing**: baseline report. Genebra: World Health Organization, 2020.
4. TÓTORA, S. **Velhice**: Uma estética da existência. São Paulo: EDUC, 2016.
5. COUTINHO, R. X.; TOMAZETI, R. V.; ACOSTA, M. A. de F. Representação de corpo na velhice: o corpo real versus o corpo social. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 215–236, dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i4p215-236>.
6. RUDD, N. A.; LENNON, S. J. Body Image and Appearance-Management Behaviors in College Women. **Clothing and Textiles Research Journal**, [s.l.], v. 18, n. 3, p. 152–162, June 2000. DOI: <https://doi.org/10.1177/0887302X00018003>.
7. KWON, Y. J.; KWON, K.-N. Multifaceted Appearance Management as Cultural Practice. **Review of European Studies**, Richmond Hill, Ontario, Canada, v. 5, n. 4, p. 19–29, July 2013. DOI: 10.5539/res.v5n4p19.
8. LOIOLA, R. F. Análise sociosemiótica dos modos de vestir na velhice. **dObra[s]**, São Paulo, n. 31, p. 88–102, abr. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.26563/dobras.i31.1290>.
9. YOKOMIZO, P.; LOPES, A. Aparência: uma revisão bibliográfica e proposta conceitual. **dObra[s]**, São Paulo, v. 12, n. 26, p. 227–244, 27 ago. 2019. DOI: 10.26563/dobras.v12i26.922.
10. LOPES, A.; YOKOMIZO, P. Histórico do grupo EAPS, conceito de Aparência e síntese dos resultados: dez anos de pesquisa, ensino e extensão sobre a temática Envelhecimento e Aparência. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 22, p. 7–29, nov. 2019. Número especial 26. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22iEspecial26p7-29>.
11. PLENS, J. et al. Envelhecimento, engajamento e aparência: percepções de idosos participantes de um Núcleo de Convivência de Idosos. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 15, p. 269–289, 2012. Número especial 13. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial13p269-289>.
12. SILVA, A. C. DA; YOKOMIZO, P.; LOPES, A. Significados de aparência e o perfil socioeconômico de idosos aposentados associados ao SIND-NAPI. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 22, p. 127–144, 2019. Número especial 26. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22iEspecial26p127-144>.
13. YOKOMIZO, P.; LOPES, A. Engajamento, aparência e significados: a performance de idosos brasileiras e espanholas. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 22, p. 319–349, 2019b. Número especial 26. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22iEspecial26p319-349>.
14. YOKOMIZO, P.; SOLOAGA, P. D.; LOPES, A. Envejecimiento, apariencia y significados: el consumo de mujeres mayores de Brasil y España. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 22, p. 387–416, 2019. Número especial 26. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22iEspecial26p387-416>.
15. DEBERT, G. G. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 16, n. 34, p. 49–70, dez. 2010.
16. YOKOMIZO, P.; LOPES, A. Significados da construção da aparência e processo de envelhecimento entre idosos brasileiras e espanholas. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 22, p. 351–385, 2019. Número especial 26. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22iEspecial26p351-385>.
17. OLIVEIRA, M.; YOKOMIZO, P.; LOPES, A. Aparência, vestuário e modo de vestir: pistas para a investigação da velhice. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 22, p. 145–165, nov. 2019. Número especial 26. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22iEspecial26p145-165>.
18. SANTOS, S. T. dos; LOPES, A. Aparência, familismo e Ryosai Kenbo: relato de intervenção junto a mulheres nipo-brasileiras durante pandemia de COVID-19. **Estudos Japoneses**, São Paulo, n. 46, p. 87–105, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2447-7125.i46p87-105>.

# HERPES ZOSTER

SE VOCÊ JÁ TEVE CATAPORA, O VÍRUS QUE CAUSA O HERPES ZOSTER JÁ ESTÁ DENTRO DE VOCÊ.<sup>1</sup>

O HERPES ZOSTER CAUSA PEQUENAS BOLHAS EM QUALQUER PARTE DO CORPO E DORES AGUDAS, DESCRITAS POR ALGUNS PACIENTES COMO UMA DOR SEMELHANTE A DE UM CHOQUE ELÉTRICO.<sup>1,2</sup>

REPENSE



**94,2%**

dos adultos com 40 anos ou mais já estão infectados com o vírus que causa o **HERPES ZOSTER.**<sup>3</sup>



**DOR HORRÍVEL E EXTREMA.**

Em alguns casos a dor do herpes zoster foi descrita como pior do que a dor do parto.<sup>14</sup>



ESTIMA-SE QUE

**1** EM **3**  
CADA

desenvolverão a doença.<sup>1</sup>



**IMPREVISÍVEL**

you never know when and who will be affected by herpes zoster.<sup>1</sup>

**50 ANOS OU MAIS<sup>1</sup>?**

**VOCÊ PODE ESTAR EM RISCO AUMENTADO PARA A DOENÇA. O HERPES ZOSTER TEM TRATAMENTO E PODE SER PREVENIDO ATRAVÉS DA VACINAÇÃO.<sup>1</sup> FALE COM O SEU MÉDICO.**

## REFERÊNCIAS

1. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR, 57 (RR-5): 1-30, 2008. 2. YAWN, B.; GILDEN, D. The global epidemiology of herpes zoster. Neurology, 81 (10): 928-930, 2013. 3. SOUZA, V.; PANUTTI, C.; REIS, A. Prevalência de anticorpos para o vírus da varicela-zoster em adultos jovens de diferentes regiões climáticas brasileiras. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/qZGC559hfFSzGrDPDxGLpLR/?lang=pt> 4. KATZ, J.; MELZACK, R. Pain control in the perioperative period, measurement of pain. Surg Clin North Am, v. 79, n. 2, p. 231-52, 1999.

NP-BR-HZX-JRNA-220003 - OUTUBRO/2022

**SAC**  
Serviço de Atendimento ao Consumidor GSK  
0800 701 22 33

[www.gsk.com.br](http://www.gsk.com.br)  
Estrada dos Bandeirantes, 8464  
Jacarepaguá - Rio de Janeiro - RJ  
CEP - 22783-110  
CNPJ: 33.247743/0001-10

**GSK**



Saiba mais sobre o **HERPES ZOSTER** em:  
[casadevacinasgsk.com.br/herpes-zoster](http://casadevacinasgsk.com.br/herpes-zoster)

MATERIAL DESTINADO AO PÚBLICO EM GERAL. POR FAVOR, CONSULTE SEU MÉDICO.

VOCÊ  
NÃO PRECISA  
**SENTIR  
NA PELE**  
ESSA DOR



# Instituições de longa permanência para pessoas idosas e as legislações que disciplinam suas atividades



**CRISTIANE BRANQUINHO** Promotora de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ)



**ARIANE ANGIOLETTI** Advogada e presidente da Comissão dos Direitos da Pessoa Idosa da Ordem dos Advogados do Brasil Santa Catarina (OAB/SC)

Imagem: divulgação

O envelhecimento populacional nos leva a algumas reflexões sobre as questões de cuidado, em especial em relação aos mais velhos em que se percebe maior grau de dependência, seja por doenças crônicas neurodegenerativas, como a demência, seja por outra causa de limitação ou perda da capacidade funcional, faltando ao familiar, em muitos casos, o conhecimento qualificado para o oferecimento do cuidado necessário nessa etapa de vida.

Além da ausência de conhecimento qualificado, muitas vezes nos deparamos com familiares impossibilitados de exercer esses cuidados, que demandam tempo e dedicação, ou mesmo a falta de familiar em condição de desempenhar essa função. É indiscutível que na atualidade há novos arranjos familiares: i. pessoas idosas sendo cuidadas por pessoas igualmente idosas e ii. familiares sem condições de oferecer a atenção necessária, seja porque trabalham, moram distante, possuem outros familiares que também demandam cuidados ou até mesmo por nunca terem estabe-

lecido qualquer vínculo de afinidade e afetividade, mantendo-se afastados desde tenra idade do familiar que agora necessita de atenção em tempo integral.

Hoje são incipientes no Brasil políticas públicas que permitam que a pessoa idosa dependente se mantenha em casa e na comunidade, junto com sua família, com a maior autonomia e independência possível, por maior tempo, envelhecendo em casa (*aging in place*), apesar de orientação estabelecida na Constituição Federal<sup>1</sup> que prevê que “os programas de amparo às pessoas idosas serão preferencialmente executados em seus lares”. O Estatuto da Pessoa Idosa<sup>2</sup>, por sua vez, define que deve ser priorizado o atendimento da pessoa idosa por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar.

Há ainda um número reduzido de centros-dia, equipamentos de assistência social para a permanência diurna das pessoas idosas dependentes de cuidados de terceiros, que visam a reduzir seu isolamento e a sobrecarga das fa-

mílias, assumindo a responsabilidade pelo cuidado da pessoa dependente por determinados períodos.

Apesar de termos a necessidade de serviços intermediários às instituições de longa permanência para pessoas idosas (ILPI), não se pode desconsiderar a importância dessas instituições como local de moradia coletiva para esse público.

Segundo estabelece o Estatuto da Pessoa Idosa<sup>2</sup>, “a assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada a *inexistência de grupo familiar*, casa lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da *família*” (Art. 37 § 1º). Assim, a ILPI tem importante função social no acolhimento institucional fora das famílias e sobre a qual pretendemos tecer algumas considerações.

## Legislação sobre ILPI

Pensando na oferta de um serviço de qualidade, o legislador decidiu regulamentar o funcionamento dessas instituições, tendo o Estatuto da Pessoa Idosa, no capítulo II, do artigo 48 ao 51<sup>2</sup>, detalhado alguns dos seus deveres. Foi editada também em 2021 a Res. Anvisa 502/2021<sup>3</sup>, outro dispositivo que normatiza essas atividades. Além disso, estados e municípios editam normas que disciplinam esses serviços, como o estado do Rio de Janeiro, que possui a Lei Estadual 8.049/2018<sup>4</sup>.

Visando a dar efetividade às normas que disciplinam a atuação das ILPI, a lei enumera aqueles que devem fiscalizá-las, encontrando-se o Ministério Público ao lado da Vigilância Sanitária e dos Conselhos dos Idosos<sup>5</sup>.

Neste artigo, as autoras indicarão algumas características e conteúdos próprios do serviço de acolhimento institucional prestado às pessoas idosas previstos nas legislações acima citadas e que garantem a sua qualidade.

Um fator de atenção é a organização documental da ILPI, que indica se ela é uma instituição regular, ainda que com documentos que necessitem de renovação, a qual deverá ser requerida e comprovada. Quanto aos profissionais que trabalham nas ILPI, deve-se observar se estão em número suficiente e exercendo especificamente suas atividades, de acordo com a legislação e as orientações vigentes. Além

disso, é necessário que haja a adequação do recurso humano existente ao serviço efetivamente prestado na ILPI inspeccionada, levando-se em conta aspectos do contexto institucional que influenciem diretamente sobre o quantitativo e o perfil da equipe necessária, como, por exemplo, o número de pessoas acolhidas, o grau de dependência das pessoas idosas, as características dos imóveis (muitos com dois pavimentos), a oferta de atividades que exijam profissionais com qualificação específica, dentre outros detalhes do serviço de acolhimento ofertado, esperando-se que exista uma justa proporção entre as demandas existentes na instituição e os recursos humanos disponíveis<sup>5, p. 20</sup>.

A capacitação contínua de seus profissionais é um fator decisivo para o oferecimento de um serviço de qualidade. É preciso lembrar que a melhora nos processos de trabalho não termina com a elaboração de documentos normativos ou com a sua atualização, sendo necessário verificar se eles estão sendo utilizados da forma devida, refletindo as rotinas da ILPI.

É isso que está previsto no artigo 18, da Res. Anvisa 502/213, que fala expressamente sobre a necessidade de promoção de atividades permanentes e periódicas na área da gerontologia, com o objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos (corpo de funcionários e técnicos) envolvidos na prestação de serviços às pessoas idosas.

Os profissionais das ILPI devem, portanto, estabelecer um planejamento prévio, em especial em seu programa de trabalho, com datas, formas e conteúdo de suas capacitações. Em decorrência dos ambientes virtuais, existem atualmente várias formas de se buscar materiais apropriados para esse fim, como os da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI e do Instituto de Educação Roberto Bernardes Barros (IERBB/MPRJ).

Quando uma pessoa idosa passar a residir em uma ILPI, há a obrigatoriedade de ser firmado o contrato de prestação de serviços, cuja previsão está nos artigos 35, *caput* e inciso I do artigo 50, ambos do Estatuto da Pessoa Idosa<sup>2</sup>. Ali deverão constar as características do serviço, os direitos e as obrigações das partes contratantes, as eventuais exclusões de cobertura e o preço a ser pago, quando for o caso, e também a assinatura da pessoa idosa ou de seu representante

legal (curador), quando ela não tiver capacidade mental para a compreensão das cláusulas.

Como fonte de modelos temos a Resolução nº 33, de 24 de maio de 2017, do Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa (CNDI)<sup>6</sup>, que prevê que referidos contratos devem garantir o cumprimento das condições dispostas no § 3º, do artigo 37 e nos artigos 48, 49 e 50, todos do Estatuto da Pessoa Idosa<sup>2</sup>, além de normas específicas, como o artigo 12, da Res. Anvisa 502/21<sup>3</sup>.

O artigo 2º dessa Resolução<sup>3</sup> ensina que devemos nos atentar ao respeito à autonomia da pessoa idosa, assegurando a ausência de coação ou qualquer constrangimento, tendo a pessoa idosa e/ou seu representante legal acesso às informações necessárias a uma adesão consciente e segura.

É interessante notar que, nos casos previstos nos §§1º e 2º do art. 35 do Estatuto da Pessoa Idosa<sup>2</sup>, quanto ao preço, o contrato deverá conter também a forma de participação que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pela pessoa idosa, sendo recomendado que conste do contrato que o percentual restante, de no mínimo 30%, será destinado à pessoa idosa, que lhe dará o destino que lhe aprover.

Sendo uma ILPI pública, haverá também a necessidade de assinar um instrumento que indique a anuência da pessoa idosa para estar no local ou a ausência desta, por motivo justificado, bem como os direitos e obrigações da pessoa idosa e dos profissionais das ILPI em relação a ela, mesmo naqueles casos em que a pessoa idosa se encontrar no local por decisão judicial ou por requerimento do Ministério Público, em atendimento ao artigo 45, incisos V ou VI, do Estatuto da Pessoa Idosa<sup>2</sup>.

Para auxiliar na organização institucional e garantir a prestação de um serviço de qualidade, a legislação estabelece regras que devem nortear a atividade da ILPI. A elaboração do plano de trabalho, mencionado na Res. Anvisa 502/21<sup>3</sup> e no Estatuto do Idoso<sup>2</sup>, é um importante instrumento de detalhamento das rotinas e objetivos da instituição (artigo 41, da Res. 502/21), devendo especificar os trabalhos desenvolvidos diariamente por todos os profissionais que ali estão (objetivos, periodicidade e público

destinatário), favorecendo a avaliação e o melhoramento contínuo. As atividades devem ser planejadas em parceria e com a participação efetiva dos idosos.

### **Atendimento individualizado e de qualidade**

Por último, teceremos algumas considerações quanto a dois instrumentos que visam a proporcionar um atendimento individualizado e de qualidade: o plano individual de atendimento e o plano de atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Não se pode perder de vista que o momento do ingresso e da adaptação da pessoa idosa a sua nova moradia é uma hora importante para conhecer melhor aquele novo residente, sua história de vida, seus projetos, relações pessoais, vontades e preferência em diferentes áreas. É naquela ocasião que se inicia a estruturação do seu plano de atendimento e de saúde, sendo fundamental que a avaliação seja feita por toda a equipe técnica do local e que esses profissionais possam interagir entre si e com a pessoa idosa, reunindo-se para pensar na sua permanência, no seu cotidiano, nas atividades e na atenção de que necessita.

O plano de atendimento individual da pessoa idosa considerará sua história de vida, suas características pessoais, seus desejos, suas preferências, seus gostos, seus hábitos e suas necessidades particulares, vendo-a de forma individualizada. As atividades e a sua rotina no local devem considerar seu perfil e deverão ser delineadas sempre com a participação da pessoa idosa, garantindo assim a sua qualidade de vida, com mais independência e autonomia possíveis.

O Plano de Atenção Integral à Saúde do idoso é o instrumento da equipe de saúde para identificar o perfil da pessoa idosa (patologias, medicações prescritas etc.), suas demandas específicas e os recursos disponíveis para o seu atendimento, sendo necessária a sua atualização periódica, na forma prevista na Res. 502/2021 da Anvisa (36 e 37)<sup>3</sup>. A avaliação do grau de dependência da pessoa idosa deve se utilizar de métodos reconhecidos e é um importante instrumento para identificar o número de profissionais necessários numa determinada instituição.

A equipe da ILPI deverá anotar em local próprio os



atendimentos e as intercorrências dos idosos na área da saúde, além de suas eventuais internações, com indicação do motivo e duração, não se esquecendo de encaminhar, sempre que o idoso demandar atendimento médico, formulário com informações sobre suas patologias e medicações prescritas.

Morar em uma ILPI nunca poderá ser sinônimo de abandono, por isso a instituição deve promover ações que favoreçam o convívio familiar e social e preservem a identidade e a privacidade do idoso, num ambiente de respeito e dignidade. A Res. Anvisa 502/21<sup>3</sup>, ao trazer as premissas de uma ILPI, ressalta a intergeracionalidade, que favorece não só os mais velhos, mas também os mais novos, que, com esse contato, se aproximarão das questões relacionadas ao envelhecimento.

A instituição deverá promover medidas efetivas de estímulo à socialização e à convivência familiar e comunitária, verificando, desde a admissão do idoso, as relações socioafetivas que assegurem o contato do idoso com pessoas fora da instituição, não permitindo a fragilização dos vínculos, prevenindo o isolamento e a invisibilidade social. Para tanto, também deverá ampliar o período de visitação, sempre que necessário, de modo a facilitar ao máximo a aproximação da família com a rotina do idoso e o ambiente em que ele vive.

## Conclusão

Quando o Estado regula e fiscaliza as atividades desenvolvidas nas ILPI, contribui para a efetivação de cuidados mais qualificados que, em muitos casos, não são ou não podem ser realizados pela família em razão de fatores como os já apontados.

É dever do Estado promover políticas públicas efetivas quanto aos cuidados das pessoas idosas, sendo prevalente a omissão do Poder Público, apesar da disposição legal que prevê “preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas” e “destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à pessoa idosa” (artigo 3º, § 1º, incisos II e III do EI).

Sendo o cuidado um direito fundamental, deve o Estado proporcionar meios para que as ILPI forneçam serviços de qualidade, reconhecendo a escassez de recursos e a necessidade de cada vez mais contar com um quantitativo de profissionais que assegurem esses cuidados, o que só virá com a destinação de recursos orçamentários suficientes para a implementação de uma política pública de cuidados ampla e efetiva. **A**

## Referências bibliográficas

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.
2. BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 out. 2003.
3. BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada RDC Anvisa nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 maio 2021.
4. RIO DE JANEIRO (Estado). **Lei nº 8.049, de 17 de julho de 2018**. Estabelece normas sobre o funcionamento de Instituições de Longa Permanência de Idosos, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em:

<https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-8049-2018-rio-de-janeiro-estabelece-normas-para-o-funcionamento-de-instituicoes-de-longa-permanencia-de-idosos-no-ambito-do-estado-do-rio-de-janeiro>. Acesso em: 23 set. 2022.

5. RIO DE JANEIRO (Estado). Ministério Público. **Roteiro de atuação: o Ministério Público e a fiscalização do serviço de acolhimento institucional de longa permanência para idosos**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2015.

6. BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Resolução nº 33, de 24 de maio de 2017, Estabelece diretrizes e parâmetros para a regulamentação do art. 35 da Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), que dispõe sobre o contrato de prestação de serviços de toda entidade de longa permanência, ou casa-lar, com a pessoa idosa abrigada, substituindo a Resolução CNDI nº 12/2008. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 150, p. 76, 7 ago. 2017.



# Novos conhecimentos, velhos amigos

Com formato enxuto e foco na prática clínica, a segunda edição do Meeting the Experts Aging marca a retomada dos congressos em geriatria exclusivamente presenciais

Depois de dois anos de pandemia, com eventos acontecendo à distância e mais tarde em modelo híbrido, a segunda edição do encontro Meeting the Experts Aging 2022, realizado em 26 e 27 de agosto em São Paulo, foi uma retomada em grande estilo dos congressos em geriatria e gerontologia exclusivamente presenciais.

Com cerca de 150 participantes, o evento, que contou com patrocínio da Nestlé e da GSK, teve uma proposta inovadora: ser um encontro curto, com ênfase na prática clínica e não apenas para o médico geriatra. “A ideia é que seja a prática clínica de quem atua com o envelhecimento”, explicou a geriatra Maisa Kairalla, coordenadora do Ambulatório de Cuidados de Transição da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e uma das idealizadoras do evento. “É uma ciência que precisa de novos profissionais, pois o número de geriatras não supre a necessidade do atendimento.”

O Meeting the Experts Aging 2022 trouxe uma grade científica cheia de novidades e não se esquivou de temas difíceis ou polêmicos. Entre esses tópicos destacou-se a aula do infectologista e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia Alexandre Naime Barbosa sobre uso racional de antibióticos no idoso. Ele apresentou um estudo que observou que 75% das prescrições de antibióticos para pessoas com mais de 65 anos são inapropriadas. Um outro tema delicado foi o uso de canabidiol no cuidado da pessoa idosa. Segundo a geriatra Cybelle Diniz, coordenadora da interconsulta em neuropsiquiatria geriátrica da Enfermaria do Hospital São Paulo (Unifesp), ainda não há evidências científicas robustas para seu uso amplo e sua prescrição deve ser feita com critério, sempre considerando

caso a caso. “Não dá para ser paixão. Não é futebol nem religião. É ciência.”

O congresso também contou com um bloco dedicado aos aspectos psíquicos e cognitivos do envelhecer. O neurologista Fabiano Moulin abordou os declínios cognitivos não degenerativos, enfatizando que “todos os transtornos psiquiátricos são fatores de risco para demência”. Na aula sobre psicanálise e envelhecimento, a psicóloga Juliana Gibello, especialista em cuidados paliativos, ressaltou a importância da terapia no processo de envelhecer, embora ainda haja muito preconceito do público idoso em relação a essa prática. Ela alertou que, no lugar, tem-se observado a tendência de medicalizar queixas que não são ouvidas. “Estamos medicando sentimentos e emoções, que são inerentes do ser humano”, disse.

As vacinas não poderiam ter ficado de fora das discussões. Entre os temas abordados incluíram-se o futuro das vacinas para Covid-19, com aula da infectologista Silvia Bardella; atualizações do calendário vacinal da pessoa idosa, com apresentação da também infectologista Mônica Levi; e a importância da imunização no adulto, com Igor Sampiere.

O Meeting the Experts Aging 2022 também deu espaço para a discussão de pesquisas científicas. Entre os palestrantes estavam a geriatra Claudia Suemoto, pesquisadora do Biobanco para Estudos do Envelhecimento da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que falou sobre três importantes atualizações em geriatria: a polêmica acerca do aducanumabe, uma nova droga para doença de Alzheimer e os poréns que a cercam; a Covid-19

e o paciente idoso, citando um estudo realizado na FMUSP e premiado pelo *Journal of the American Geriatrics Society*, que mostra que a fragilidade, e não a idade, é determinante para o prognóstico de pacientes hospitalizados; e o envelhecimento saudável. Sua apresentação contou com uma participação impromptu do pesquisador Márlon Aliberti, também da FMUSP e primeiro pesquisador do trabalho premiado.

O encontro foi fechado com chave de ouro com a palestra “Covid 19 – Do medo ao conhecimento”, da pneumologista e pesquisadora da FMUSP Elnara Negri. Ela observou, ainda no início da pandemia, que distúrbios da coagulação sanguínea estavam na origem dos sintomas mais graves da Covid-19, tais como insuficiência respiratória e fibrose pulmonar. Com bom humor e leveza, contou como foram os dias que se seguiram à descoberta e as dificuldades encontradas para que seus achados fossem reconhecidos por en-

tidades como o Conselho Federal de Medicina. A redenção veio com a publicação de sua pesquisa em revistas do calibre de *Nature* e *Science*.

“Temos o prazer de ter amigos que são referências em suas áreas, que fizeram diferença na saúde da pessoa idosa e da população em geral nos últimos dois anos. Esse foi um congresso de novidades, onde abordamos o que está sendo estudado e publicado nesse momento. Esse foi o olhar para a construção da grade científica”, explicou Ana Beatriz Di Tommaso, médica afiliada do Ambulatório de Longevos da Unifesp, coordenadora da pós-graduação em cuidados paliativos do Hospital Israelita Albert Einstein e também idealizadora do congresso.

Para Maisa Kairalla, o encontro superou muito as expectativas. “Não apenas pelo conteúdo, mas pelo encontro dos olhares, pelo clima de amizade e pela necessidade que as pessoas têm de confraternizar”, concluiu. **A**

Lilian Liang



Elnara Negri, pneumologista e pesquisadora da FMUSP; Maisa Kairalla e Ana Beatriz Di Tommaso, geriatras e idealizadoras do evento

➔ **POR LAURA MACHADO**

Psicóloga clínica; gerontóloga titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG); diretora executiva da InterAGE Consultoria em Gerontologia.



**GUSTAV  
VIGELAND  
(1869-1943)**

O Parque Vigeland, localizado no Parque Frogner, em Oslo, é o maior parque de esculturas de um único artista do mundo. São 212 obras em bronze e granito de Gustav Vigeland (1869-1943), escultor pouco conhecido na modernidade e com poucos trabalhos fora da Noruega. O trabalho de Vigeland é de profunda humanidade. O artista era muito preocupado com o Homem em todos os estágios de sua vida e o retratou em todas as suas dimensões. São esculturas de crianças, homens e mulheres, bem como tantas outras que expressam emoções e sentimentos, como raiva e amor.

O parque também conta com um enorme obelisco com 121 figuras humanas, escalando umas sobre as outras em direção ao céu, cercado de várias outras enormes esculturas humanas, representando todos os estágios da vida – uma ode ao ciclo vital, do nascimento à velhice, com suas diversas emoções humanas talhadas em granito.

Como psicóloga e especialista em gerontologia, trabalhando com o conceito de envelhecimento, curso de vida e intergeracionalidade, nada mais realista do que o platô final do parque, onde se encontram diversas esculturas mostrando as relações entre gerações. Na saída, uma escultura emblemática: quatro velhos erguem uma criança, representando o futuro.



**PERTO DAS TREVAS –  
William Styron**

Um dos livros não técnico-científicos sobre depressão que mais me impressionaram foi *Perto das Trevas*, de William Styron, autor também de *A Escolha de Sofia*. É o relato impactante de um grande escritor sobre a dor de se perceber entrando em depressão, da identificação dos primeiros sintomas, passando pela evolução da doença, chegando ao tratamento. Durante o curso da doença, o escritor faz uma investigação profunda sobre a condição, com relatos contundentes de uma “depressão devastadora” e “uma angústia sufocante”. Ele descreve com precisão testemunhal o aparecimento dos sintomas, como perda do amor próprio, ideações suicidas e esvaziamento. Styron também faz uma crítica ao desconhecimento da doença pelos médicos, questionando os tratamentos psiquiátricos indicados. Segundo ele, embora seguidos à risca, todos eles se mostraram inócuos para conter a evolução da doença. Em seu livro, reflete igualmente sobre a etiologia da sua doença: se estaria ligada à sua abstinência ao álcool, a entrada nos 60 anos – “um marco significativo da mortalidade” –, ou a sua perda parental precoce, fatores claramente descritos na literatura de risco para o aparecimento da depressão na velhice.

Prosa simples, de um relato literário testemunhal contundente, sobre um escritor renomado que padece de depressão após os 60 anos.

Imagens: divulgação



### **100 DIAS COM TATA (2021)**

Luisa Cantera, chamada carinhosamente de Tata, é uma senhora de 94 anos que, apesar de gozar de boa saúde física e mental, vinha sendo assistida por cuidadores profissionais para auxiliá-la.

Com a chegada da pandemia e as restrições sanitárias, o sobrinho-neto de Tata, o ator Miguel Ángel Muñoz, muda-se para a casa dela, com o intuito de acompanhá-la. Lá, passa mais de 100 dias – a “quarentata” –, numa intensa relação interpessoal, cheia de amor, que é retratada em um documentário.

Miguel nunca havia cuidado de uma pessoa idosa, mas logo percebeu que deveria estimular Tata. Assim, atividades corriqueiras como ajudar sua tia a se vestir, comer, tomar banho e se preparar para dormir são vivenciadas com humor e criatividade, estimulando o lado lúdico da relação. A certa altura, o ator resolve compartilhar esse convívio intergeracional no Instagram e Tata passa a ter milhões de seguidores – entre os quais me incluo.

Com as demandas diárias da tia e o prolongamento da pandemia, o jovem ator aos poucos abandona suas atividades pessoais para se dedicar exclusivamente a Tata. Rapidamente percebeu que algo estava errado e passou a fazer terapia como forma de autocuidado, discutindo, com honestidade e leveza, temas como envelhecimento, velhice e morte.

Sua experiência nesses 100 dias, com todas as alegrias, dificuldades e descobertas, é compartilhada nesse filme imperdível, divertido e real, que trabalha a desconstrução de uma relação de cuidado como algo muito pesado e insere pela primeira vez uma pessoa bem idosa no Instagram, tornando-se um sucesso mundial.



### **BOA SORTE, LEO GRANDE (2022)**

O filme se desenrola num quarto de hotel durante quatro encontros entre dois personagens: Nancy, uma mulher idosa com um enorme conflito entre a repressão sexual de toda uma vida e o desejo de se liberar, e o jovem Leo, garoto de programa que a conduz a se soltar e alcançar o prazer.

As primeiras cenas do filme mostram uma Nancy tensa, inibida, desajeitada, como se fosse a sua primeira noite, sem se permitir viver aquela experiência. Aos poucos, através de muito diálogo, intimidade e habilidade de Leo, Nancy vai se soltando.

Os diálogos desconstróem preconceitos sobre envelhecimento e sexualidade desde a primeira cena do filme: Leo toca a campainha do quarto de hotel e, quando a porta se abre, ele se surpreende com a senhora idosa diante dele. Nancy diz que achava que ele diria que ela estava “muito bem para a sua idade”, pois é como se referem a mulheres após uma certa idade.

Há apenas uma cena exterior no filme, que tem um enorme valor para mostrar como essa experiência transformou sua vida. E o ápice vem na cena final: o primeiro nu frontal de uma mulher idosa no cinema, da confrontação à aceitação, apontando para uma libertação de seu corpo tal como ele é, de sua sexualidade, da busca do prazer e de viver. Prazer é algo extraordinário que todos devem ter, em qualquer tempo, em qualquer idade.

O filme trabalha com simplicidade, honestidade, leveza e intimidade ainda dois grandes tabus de nossa sociedade contemporânea: o envelhecimento e a sexualidade através de riquíssimos diálogos, que fazem merecer o filme ser visto ao menos duas vezes.

**Mariane Jodar Cavalheiro** – Médica graduada pela Faculdade de Medicina de Jundiaí; especialista em geriatria e fellow em promoção de saúde e envelhecimento saudável pelo HCFMUSP; pós-graduada em cuidados paliativos pelo Hospital Sírio Libanês.

**Caroline Silveira** – Enfermeira com especialização na residência multiprofissional em saúde do idoso e cuidados paliativos pelo HCFMUSP; mestre em ciências da saúde pela Escola de Enfermagem da USP.

### IDENTIFICAÇÃO

A.C., 93 anos, viúva, do lar, morava com os três filhos, tinha uma cuidadora diariamente.

### HISTÓRIA

Paciente com diagnóstico de síndrome demencial (demência de Alzheimer) provável há cerca de 12 anos. Totalmente dependente para as atividades de vida diária, acamada. Apresentava sintomas comportamentais – gritava nas trocas de fralda, na mobilização, e por vezes sem motivos aparentes. Alimentava-se por via oral com adaptação de consistência da dieta, porém com aceitação progressivamente menor nos últimos meses, com perda ponderal importante há cerca de dois anos, quando passou a ficar acamada. Apresentava contraturas musculares, lesões por pressão em perna esquerda e região sacral, além de constipação intestinal.

Os filhos entraram em contato, relatando essas queixas.

### EVOLUÇÃO E CONDUTA

Foram realizadas consultas domiciliares à paciente, com ajuste de algumas medicações que não trariam mais benefício à sra. A.C., bem como orientações com relação à ingesta oral irregular, que na fase avançada da demência de Alzheimer, na qual a paciente se encontrava, era bastante comum. Conversamos sobre a possibilidade de realização de gastrostomia, seus riscos e benefícios. Não foi uma decisão fácil e gerou bastante angústia e dúvida na família. Optamos por manter dieta oral. Orientei sobre ajuste de consistência, fracionamento da dieta e preferências. Com relação às lesões, buscamos ajuda de uma enfermeira estomaterapeuta e também paliativista, que foi um alívio imenso para a condução do caso. Ela realizava os curativos uma vez por semana, conversava com os filhos sobre a evolução das lesões, orientava os

cuidados necessários, respondia às questões levantadas pelos filhos e, juntas, alinhávamos condutas.

Durante o período tratamos duas infecções com medicações realizadas por hipodermóclise, de forma bem-sucedida. Os sintomas comportamentais melhoraram, principalmente após a melhora das lesões e o controle mais eficiente da dor. A ingesta oral manteve-se com períodos de maior e menor aceitação nos dois episódios de infecção mencionados.

Após cerca de 12 meses de seguimento, a sra. A.C. passou a ficar mais sonolenta, com baixa aceitação da dieta, e iniciou seu processo de fim de vida. Seus filhos ficaram com grande dúvida se a levariam para ter cuidados em internação hospitalar ou se manteriam cuidados em domicílio. Conversamos muito sobre a fase atual de vida da sra. A.C., sobre valores que a paciente e a família consideravam importantes, e optamos por manter os cuidados em domicílio. A sra. A.C. foi acompanhada todos os dias pela equipe de enfermagem, que avaliava os sintomas e me comunicava, alinhando condutas e explicando à família os sintomas que poderiam ocorrer e o que faríamos. A sra. A.C. faleceu após cinco dias, serena, tranquila, na companhia de seus filhos e familiares.

### QUESTÕES

- Qual a importância da equipe multidisciplinar nesse contexto?
- De que maneira uma boa comunicação influencia o relacionamento com familiares?



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



# CBGG2023

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

Expo Center Norte | São Paulo | SP

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

PROGRAME-SE PARA ESSA  
OPORTUNIDADE ÚNICA!

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

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



Aproveite para  
realizar a sua inscrição  
com desconto



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

# Extima

BODYBALANCE<sup>®</sup>  
Always in Shape

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

A FORÇA **PIONEIRA** QUE  
AUXILIA NA FORMAÇÃO  
DE **MÚSCULOS**<sup>1,2</sup>

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

+ Antioxidantes      + BCAA  
+ Vitamina D        + Magnésio

**ESTUDO CLÍNICO COMPROVA:**

- Aumento de massa magra corporal<sup>1</sup>
- Aumento da força muscular<sup>1</sup>
- Diminuição da gordura corporal<sup>1</sup>



Valor  
fixo da  
unidade\*

RS

**150,00**

Apresentação  
em sachê

RS

**199,00**



**NOVOS SABORES:**  
CHOCOLATE E BANANA

**NOVA FORMULAÇÃO\*\***  
+ LEUCINA + MAGNÉSIO

**BODYBALANCE<sup>®</sup>**  
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.

