

**SALA DE LEITURA**  
ESTUDOS RECOMENDADOS  
POR ESPECIALISTAS

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

**MEU ACERVO**  
DICAS DE ENVELHECIMENTO  
E CULTURA



ano IX • edição 41  
nov | dez 2021 • jan 2022



# Aptare

*do latim, tornar apto*

GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

## NUTRIÇÃO

Pacientes oncológicos idosos:  
o papel da nutrição

## GERIATRIA

Novas perspectivas  
para a sexualidade

Distribuição exclusiva  
para a classe médica

## CAPA

Saúde mental no pós-pandemia:  
saiba como ajudar seu paciente





Cuidados Nestlé  
na Oncologia

Nutrição  
especializada

#Fortalecer  
ParaProteger

Versatilidade

Maior  
adesão

informe publicitário

*Com você desde o começo.*

Conheça o **portfólio completo** de Nestlé Health Science para o manejo nutricional na oncologia, com produtos dedicados **para cada etapa da jornada**



DIAGNÓSTICO



DURANTE O  
TRATAMENTO



MANEJO  
DE EFEITOS  
COLATERAIS



PÓS-  
TRATAMENTO

Os produtos acima "NÃO CONTÊM GLÚTEN"



Conheça a loja virtual  
de Nestlé Health Science

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



Avante  
Nestlé Health Science

Plataforma de atualização científica  
de Nestlé Health Science

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



Conheça portal  
exclusivo para  
o seu paciente

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



Acompanhe as novidades do Avante Nestlé nas redes sociais:

AvanteNestlé @avantenestlebr AvanteNestléBR

Serviço de atendimento ao profissional de saúde: 0800-7702461. Para solucionar dúvidas, entre em contato com seu representante.  
Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Proibida a distribuição aos consumidores.



NH5000654

# Aptare

GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



- 6 **COLÓQUIO**  
Um retrato do cuidado no Brasil:  
um bate-papo com o pesquisador **Daniel Groisman**
- 14 **SALA DE LEITURA**  
Uma seleção de estudos recomendados por especialistas  
**Juleimar Amorim**
- 16 **CAPA**  
Saúde mental dos idosos no pós-pandemia: o que esperar?  
**Marcelle Souza**
- 23 **NUTRIÇÃO**  
Pacientes oncológicos idosos: o papel da nutrição  
**Sabrina Segatto Valadares Goastico**
- 28 **GERIATRIA**  
Novas perspectivas para a sexualidade  
**Milton Roberto Furst Crenitte**
- 32 **BIOÉTICA EM PAUTA**  
Reflexões sobre o XIV Congresso Brasileiro de Bioética  
**Naira Hossepian Salles de Lima Hojaj e Reinaldo Ayer de Oliveira**
- 34 **MEDIAÇÃO**  
Reflexões sobre a mediação de conflitos como fundamento  
a uma política pública de cuidados à pessoa idosa **Alessandra Negrão  
Elias Martins e Marília Fiorezzi Taborda Vieira Sanches**
- 39 **CASOS E SOLUÇÕES**  
Uma discussão sobre casos dignos de nota  
**Luiz Antônio Gil Jr. e Marcela Cypel**
- 41 **MEU ACERVO**  
Dicas valiosas sobre envelhecimento e cultura  
**José Carlos Campos Velho**

**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  
Mauricio de Miranda Ventura  
Maysa Seabra Cendoroglo  
Milton Luiz Gorzoni  
Naira Hossepian Hojaj  
Nereida Kilza da Costa Lima  
Omar Jaluul  
Paulo Renato Canineu

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

**COLABORADORES**

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

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

**GERONTOLOGIA**

Editora clínica:

**Valmari Cristina Aranha**

**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**

Marketing e comercial

**Debora Alves**

Pré-impressão e impressão

Leograf Gráfica e Editora

Tiragem

6.000 exemplares

Imagem de capa

iStock Photos

Jornalista responsável

Lilian Liang (MTb 26.817)

ISSN 2316-1434

Contatos

EDITORIAL:

**Lilian Liang**

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

(11) 2337-8763

(11) 9-8585-8356

COMERCIAL:

**Debora Alves**

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

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição:

Alessandra Negrão Elias Martins, José Carlos Campos Velho, Juleimar Amorim, Lilian Liang, Luiz Antônio Gil Jr., Marcela Cypel, Marcelle Souza, Marília Fiorezzi Taborda Vieira Sanches, Milton Roberto Furst Crenitte, Naira Hossepian Salles de Lima Hojaj, Reinaldo Ayer de Oliveira, Sabrina Segatto Valadares Goastico

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

 **DINAMO EDITORA**

Rua Vieira de Morais, 1.111 – conjunto 907

Campo Belo – 04617-002 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 2337-8763 E-mail: [contato@dinamoeditora.com.br](mailto:contato@dinamoeditora.com.br)

## Notas sobre saúde mental

Nunca se deu tanta ênfase ao cuidado com a saúde mental quanto durante a pandemia de Covid-19. Para muitos, a depressão e a ansiedade foram as únicas respostas possíveis ao isolamento, ao medo, às incertezas, às perdas e ao luto que vivemos. As circunstâncias extremas geraram uma avalanche de emoções com pouca chance de ser contida.

Para os idosos, o golpe foi ainda mais duro. Considerados grupo de risco desde que o vírus chegou ao Brasil, de um dia para outro eles se viram obrigados a ficar em casa, isolados, impedidos de encontrar amigos e familiares, longe das atividades que enchem os dias. Uma coisa é ter 25 anos e ter que ficar quase dois anos em casa. Outra, bem diferente, é ter 80 e passar por essa mesma situação. São outras experiências, outras percepções de tempo, outras urgências. E, claro, a saúde mental sendo colocada em xeque todos os dias.

Os especialistas dividiram as consequências da pandemia em ondas. A primeira dizia respeito à sobrecarga dos sistemas de saúde, repentinamente incapazes de absorver toda a demanda de pacientes de Covid-19. A segunda se referia à diminuição de

recursos na área de saúde para cuidar de outras condições clínicas agudas, devido à necessidade de verba para pacientes acometidos pela nova doença. A terceira estava associada ao impacto da interrupção nos cuidados de outras doenças crônicas. E a quarta e derradeira tem a ver exatamente com transtornos mentais e psicológicos causados pela Covid-19 ou por seus desdobramentos.

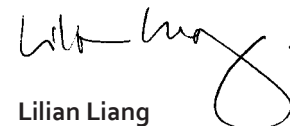
À medida que ensaiamos a volta a uma mínima normalidade, a revista *Aptare* não podia deixar de abordar esse assunto tão fundamental. A matéria de capa, escrita pela repórter Marcelle Souza, mostra que a deterioração da saúde mental dos idosos durante a pandemia não é apenas uma impressão, mas um fato, apoiado em inúmeros estudos. No pós-pandemia, caberá aos profissionais de saúde e a toda a rede a responsabilidade de identificar os sinais e auxiliar aqueles que tiveram sua saúde mental comprometida de alguma forma. Não é pouco.

O que precisa ser enfatizado, no entanto, é que esse mesmo grau de cuidado conferido aos pacientes deve ser aplicado no autocuidado por parte do profissional. Neste ano ouvi muitos relatos de médicos e membros da

equipe multidisciplinar dizendo “Fui obrigado a tirar uns dias porque estou com *burnout*” ou “Infelizmente terei que recusar o convite, porque estou muito perto de um *burnout*”. Ao se dedicarem integralmente aos pacientes na linha de frente, muitos acabam esquecendo de si mesmos. Mas a conta chega, e chega alta.

Cuidar da saúde mental não é luxo, nunca foi. É necessidade. Conforme enxergamos a luz no fim do túnel, fica ainda mais importante atentar para esse lado, em nossos pacientes, naqueles que nos cercam, em nós mesmos. A volta ao normal será apenas uma fachada se nosso interior ainda estiver tão confuso quanto um mundo pandêmico.

Boa leitura e cuidem-se com carinho!



Lilian Liang  
Editora

# Um retrato DO CUIDADO no Brasil

Os cuidadores, sejam eles familiares ou profissionais, se tornaram uma peça central no quebra-cabeça do envelhecimento. Confira na entrevista a seguir os principais desafios enfrentados pelos cuidadores de idosos em nosso país.

Por Lilian Liang

Arquivo pessoal



**DANIEL GROISMAN** Coordenador do projeto “Cuidando de quem cuida” e professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional na Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz.

A pandemia de Covid-19 atingiu em cheio os idosos no Brasil. A população 60+ foi considerada especialmente vulnerável e foram tomados cuidados extras para protegê-la do vírus. A mesma atenção, no entanto, não foi dada aos cuidadores desses idosos, fossem eles familiares ou remunerados. Pouco se sabia sobre como a pandemia vinha afetando exatamente as pessoas responsáveis por garantir o bem-estar desses idosos.

Foi para entender o impacto da pandemia sobre os cuidadores e oferecer orientações para os cuidados no âmbito da pandemia que a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) lançou a pesquisa Cuida-Covid, um questionário de autopreenchimento que mapeou a situação dos cuidadores no período mais crítico da pandemia. A pesquisa

faz parte do projeto “Cuidando de quem cuida”, cujo objetivo era também trazer informação, atualizar e dar suporte a essas pessoas através de vídeos, cartilhas e cursos.

O projeto foi coordenado por Daniel Groisman, professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional na Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz. Segundo ele, os resultados obtidos pela pesquisa Cuida-Covid não dão razão para otimismo. “Toda pesquisa tira uma determinada fotografia, e essa fotografia foi muito preocupante”, conta. “Antes da pandemia, cuidar já era difícil. Com a pandemia, cuidar ficou mais difícil.”

Groisman se dedica à pesquisa acerca do cuidado desde 2008, quando assumiu a coordenação de um pro-

jeto de formação de cuidadores. É hoje uma das autoridades brasileiras no assunto, com um olhar atento para a interdisciplinaridade que permeia o tema. Ele sinaliza que o futuro pode ser bastante difícil se não houver uma conscientização de que o cuidado não é um problema privado, mas uma questão que diz respeito a todos nós. E convida: “Você já parou para pensar ou já se perguntou quem vai cuidar de você amanhã? Não deixe para fazer essa pergunta depois”.

Confira a seguir os principais trechos da entrevista.

**Aptare – Para começar: quem é o cuidador de idoso médio brasileiro?**

**Daniel Groisman** – Eu costumo falar cuidadora, porque a maioria são mulheres. Pela minha experiência como professor em projetos volta-

dos para pessoas cuidadoras, às vezes tenho turmas com 99% de mulheres e me habituei a falar no feminino quando me dirijo a esse público. Mas a primeira questão é que o termo cuidador ou cuidadora é empregado para dar significado a diferentes atividades. Temos tanto as pessoas que são familiares cuidadoras quanto as que trabalham de forma remunerada como cuidadoras. Então, não podemos generalizar. As familiares que são cuidadoras são um grupo muito mais diverso e disperso na população; já as cuidadoras remuneradas sim, têm um determinado perfil que tem relação com as características desse tipo de trabalho. Outra coisa importante é que temos poucos dados nas fontes de informação disponíveis, tanto sobre as necessidades de cuidado da população quanto sobre quem são as pessoas cuidadoras. No último Censo, que aconteceu em 2010, as perguntas eram limitadas e não permitiam um aprofundamento muito grande. Às vezes, por exemplo, a pessoa realiza atividades de cuidado mas não se sabe se ela está cuidando de uma criança, de um adulto ou de um idoso. Faltou uma especificidade maior. O que temos são dados de pesquisas por amostragem, alguns dados da PNAD (*Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*) e a própria pesquisa que eu coordenei no ano passado, a Cuida-Covid.

**Aptare – Os cuidadores familiares são a maioria no Brasil? Quais as principais dificuldades encontradas por eles nessa função?**

**Groisman –** Sim, as informações que temos mostram que os familiares

são a maioria das pessoas cuidadoras no Brasil, o que não significa que todos os idosos recebam os cuidados de que necessitam. Não podemos esquecer que há pessoas idosas que não possuem família, pessoas idosas que moram sós e há muitas famílias que não têm disponibilidade para realizar esse cuidado, porque cuidar não é uma coisa fácil. Dependendo da intensidade, o cuidado pode demandar uma dedicação de muitas horas, habilidades e conhecimentos para lidar com as necessidades da pessoa cuidada, e pode exigir, às vezes, que a pessoa tenha, por exemplo, força física para realizar determinadas práticas de cuidado – uma pessoa idosa cuidando de um outro idoso não tem como realizar isso. Então, sim, a maioria das pessoas cuidadoras são familiares, mas é importante não esquecermos que a demanda pelos cuidados vem aumentando, ao mesmo tempo em que a disponibilidade das famílias para prestar esses cuidados vem diminuindo. Temos uma perspectiva bastante preocupante.

**Aptare – Muitas vezes o familiar assume a função de cuidador por ser a pessoa com mais disponibilidade ou mais próxima do idoso, mas não tem preparo para tal. Como mudar isso?**

**Groisman –** Eu acho que a gente tem que lutar para dar visibilidade a essa questão e para que tanto a sociedade quanto o Estado se conscientizem de que é necessário que as pessoas cuidadoras tenham ajuda, acompanhamento, orientações e acesso a informações para realizar essas atividades de cuidado. É difícil um preparo prévio, porque às ve-

zes a necessidade de cuidado é súbita. Se uma pessoa idosa sofre uma queda e tem uma fratura, ou tem um AVE, então não necessariamente você consegue fazer um preparo prévio, mas é muito importante que essas pessoas tenham diversos apoios, apoio socioemocional é fundamental, e que não fiquem sozinhas. O que temos visto é que as pessoas estão muito sozinhas, isoladas, como se fosse um problema privado de cada família. Mas será que é um problema privado? Ou será que o cuidado não é um problema que diz respeito a todos nós?

**Aptare – Uma pesquisa publicada no periódico *BMC Health* com 3 mil cuidadores familiares mostrou que muitos tinham uma piora na saúde após assumirem o cuidado, porque acabavam se negligenciando. Como melhorar a questão do autocuidado?**

**Groisman –** Isso é algo que nós vemos no Brasil também, principalmente pela necessidade da dedicação e pelas rotinas de cuidado – existem, por exemplo, pessoas que trabalham sete dias na semana, 24 horas por dia, cuidando. Acho importante dizer que o cuidado é um trabalho, independentemente de ser remunerado ou não. Se você tem uma pessoa dependente de cuidados para sobreviver, o seu compromisso é um compromisso de trabalho – você não pode tirar férias, você não pode faltar. E, de fato, essas pessoas muitas vezes se sobrecarregam, o que pode levar a agravos para sua saúde física e mental. Falta tempo para o autocuidado. Agora, se uma pessoa é cuidadora sete dias na semana, 24 horas por dia, autocuidado

não vai ser suficiente para resolver as questões associadas a essa situação. Não adianta ela fazer algum autocuidado se ela está em uma rotina de grande sobrecarga. Temos que pensar em outras ações, até para que ela possa cuidar de si mesma. Aí em São Paulo, por exemplo, existe o PAI (*Programa Acompanhante de Idosos*), que representa uma ajuda para muitas famílias e pessoas que necessitam de cuidados. Mas esse é um programa de governo. Nós não temos uma política de Estado no país que garanta o direito a acessar serviços domiciliares de cuidado, e mesmo em São Paulo, sendo um programa de governo, há as limitações orçamentárias na capacidade de atender a demanda. Ela sempre será limitada por não ser uma política de Estado.

**Aptare – Um relatório da AARP (*American Association of Retired Persons*) publicado no ano passado mostrou que o número de cuidadores familiares aumentou muito entre 2015 e 2020 nos EUA. Uma das razões apontadas para isso é que muitos familiares passaram a se entender também como tal. Já chegamos a essa constatação por aqui?**

**Groisman –** É difícil generalizar, mas acho que aqui no Brasil a gente tem uma naturalização muito grande dos papéis de gênero, que é o exemplo que você vem trazendo, porque são, principalmente, as mulheres que cuidam. Muitas, obviamente, consideram que o que fazem é o seu papel de filha ou de esposa, e temos uma parcela muito grande da população que realiza atividades de cuidado e que não se reconhece como tal. Eu concordo com essa ava-

liação, mas não tenho dados comparativos sobre essa autopercepção de que “eu sou uma pessoa cuidadora ou não”. Não é simples mensurar isso, precisamos de maiores fontes de informação.

**Aptare – As mudanças nas estruturas familiares – famílias menores, pessoas sem filhos – vão exigir que os modelos de cuidado também sejam repensados. Como será no futuro?**

**Groisman –** Isso já acontece no presente. Hoje já há pessoas que não têm família, ou cuja família não tem disponibilidade, nem os recursos financeiros, nem os recursos de tempo, nem os recursos de saúde para o cuidado. Então, para o futuro, eu vejo duas possibilidades, e a sociedade terá que fazer uma opção. Se o cuidado for mantido como um problema individual, vejo um futuro sombrio, pois teremos muitas pessoas morrendo abandonadas, sofrendo negligência nos cuidados. Mas, se construímos políticas públicas de cuidado, no sentido de que o cuidado seja incorporado à seguridade social de alguma forma – e há diversos exemplos em outros países –, eu acho que esse problema pode ser mitigado. E acho interessante ressaltar que há uma questão muito peculiar em relação ao cuidado: uma pessoa, por exemplo, pode fazer uma grande fortuna, mas se ela perde a capacidade de se autogovernar, de ser autônoma e independente em relação à sua própria vida, esses recursos não são uma garantia de que ela vai ser bem cuidada ou vai receber algum cuidado. Esse é o paradoxo do individualismo: a gente não vive sozinho e, sem o cuida-

do, não sobrevivemos – e isso desde a primeira infância.

**Aptare – Há um aumento exponencial das ofertas de cursos de formação para cuidadores profissionais. Porém, não há uma padronização do currículo. Como você vê esse mercado?**

**Groisman –** Eu acho que existe um aumento da demanda e a mercantilização dos cuidados é uma expressão da crise nos cuidados. Quando você tem o aumento da demanda – uma diminuição da disponibilidade das famílias para o cuidado –, essas famílias vão procurar uma solução no mercado e podem contratar, se tiverem como fazê-lo, uma pessoa para trabalhar como cuidadora de idosos. Então, sim, eu acho que tem uma expansão desse campo. Agora, o Brasil tem uma tradição de exploração do trabalho doméstico muito antiga, que remonta aos tempos da escravidão, e essa ocupação de cuidador ou cuidadora de pessoa idosa hoje está no âmbito do emprego doméstico, segundo a Classificação Brasileira das Ocupações. E as condições de trabalho, às vezes, são muito ruins. Por exemplo, na pesquisa que realizamos no ano passado, constatamos condições de trabalho muito precárias. Há um índice de informalidade muito grande, é uma profissão realizada em sua maioria por pessoas de baixa renda, com uma remuneração baixa, com sobrecarga e sem os descansos necessários. E há uma baixa atratividade para as gerações mais jovens. Acho que o número de pessoas com menos de 30 anos, por exemplo, era muito pequeno, a maioria tinha aci-





*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)

ma de 40 anos. E por que as gerações mais jovens não estão optando por essa atividade? Porque tem outras opções que são mais atrativas. Então, para o futuro, eu acho que a gente tem que pensar em melhorar as condições de trabalho dessas pessoas, porque desvalorizar a pessoa que cuida significa desvalorizar também a pessoa que é a beneficiária ou usuária dos serviços de cuidado. São coisas inseparáveis.

**Aptare – Como você vê a formação dos cuidadores profissionais?**

**Groisman** – Existe um movimento, uma luta, desde o final do século XX, pela transformação da ocupação de cuidador de pessoa idosa em uma profissão. Transformar em profissão significa ter uma lei fazendo a chamada regulamentação da profissão. É importante mencionar que trabalhar como cuidador ou cuidadora de pessoa idosa é perfeitamente legal no Brasil, é uma ocupação reconhecida pelo Ministério da Economia. Mas, quando você eleva a ocupação à categoria de profissão, você consegue vários ganhos. Um deles é a garantia, por exemplo, de uma determinada formação necessária para o exercício dessa atividade profissional, o que não aconteceu ainda no Brasil. Na verdade, quase aconteceu, porque um projeto que ficou 15 anos tramitando no Congresso Nacional foi aprovado em 2019, mas foi vetado pelo presidente Bolsonaro, e depois o veto foi mantido pelo mesmo Congresso que havia aprovado o projeto de lei! Então, esse problema das grandes diferenças na formação básica das

pessoas que trabalham como cuidadoras de forma remunerada não vai se resolver sem que a gente consiga avançar na direção da regulamentação da profissão. Sem isso, não conseguiremos garantir um currículo-base para todos e todas.

**Aptare – A maioria dos cuidadores profissionais também são mulheres?**

**Groisman** – Sim. De acordo com pesquisa que realizamos em 2020, 92% das cuidadoras eram mulheres. É uma profissão muito feminilizada, o que tem relação com as desigualdades de gênero na nossa sociedade, tanto em relação ao cuidado realizado de forma não remunerada, que também é majoritariamente realizado pelas mulheres, quanto como sendo uma profissão feminina, que é mais desvalorizada. Mas os homens são necessários! É superimportante que eles participem, se corresponsabilizem pelo cuidado, por várias razões: por uma maior igualdade de gênero, pelas diferenças físicas – determinadas práticas de cuidado exigem maior força física, que um homem tem melhores condições de realizar –, e também porque há pessoas que preferem ser cuidadas por homens, pois não podemos esquecer que, às vezes, a pessoa idosa se dá melhor com um homem do que com uma mulher. Então, é muito importante ter uma inclusão maior dos homens. E eles são muito requisitados, por serem poucos.

**Aptare – Você pode falar da pesquisa Cuida-Covid, realizada no ano passado? O que a motivou e quais foram os principais achados?**

**Groisman** – Quando a pandemia

chegou ao Brasil, a gente já tinha informações prévias de que a população idosa era o principal grupo de risco. A Fiocruz fez diversas ações de enfrentamento à pandemia e uma delas é o nosso projeto, o “Cuidando de Quem Cuida”, que abarca essa pesquisa. Foi um projeto submetido a um edital interno da Fiocruz de fomento a ações de enfrentamento à pandemia, de respostas rápidas, vamos dizer assim. Nossa ideia era, primeiro, saber quem eram as pessoas que estavam cuidando do principal grupo de risco na pandemia, os idosos. Quem eram essas pessoas que estavam na linha de frente? Porque, quando você fala em linha de frente, em geral está se referindo a emergências de hospitais, serviços de saúde com porta aberta, mas o cuidado é uma atividade de proximidade, uma atividade corpo a corpo, muitas vezes. Então, são pessoas que estavam em uma linha de frente junto ao grupo mais vulnerável na pandemia, essas pessoas idosas com limitações, dependentes de cuidado. Então, nossa ideia era saber quem eram essas pessoas, como elas estavam em termos de questões de saúde, que fatores de risco elas tinham, inclusive, em relação à pandemia de Covid-19, e como é que estavam as suas condições de trabalho. Ter as informações é fundamental para que possamos planejar ações para melhorar a situação das pessoas. Não podemos fazer um planejamento na base do achômetro, do palpite, da opinião. Precisamos de dados. Então, o objetivo principal da pesquisa foi esse. Essa pesquisa abrangeu tanto fami-

liares cuidadores como também pessoas não familiares ou cuidadoras remuneradas. Tratamos os dados desses dois grupos de forma separada e temos resultados bastante dramáticos e preocupantes. Tínhamos um conjunto de perguntas na pesquisa também para ver os impactos da pandemia sobre a rotina de cuidados sobretudo, e também sobre a saúde da pessoa.

Sobre os achados: em relação ao perfil sociodemográfico, mais de 90% das pessoas cuidadoras, ou aquelas que se autodeclararam como cuidadoras, são mulheres, e a gente teve uma amostra de quase 5 mil pessoas de todo o Brasil. Ficamos três meses coletando esses dados através de questionários de autopreenchimento pela internet. Foi bastante trabalhoso, porque é um público-alvo difícil de ser atingido, bastante específico, e foi em um dos períodos mais agudos da pandemia também.

O que eu posso falar é que o retrato que a gente viu não foi bom. Toda pesquisa tira uma determinada fotografia, e essa fotografia foi muito preocupante. Antes da pandemia, cuidar já era difícil. Com a pandemia, cuidar ficou mais difícil. O que vimos foi um aumento da sobrecarga relatada pela grande maioria dos respondentes, tanto em relação ao tempo necessário para o cuidado da pessoa idosa quanto ao esforço, ou seja, a intensidade do cuidado realizado também na rotina diária. Tem pessoas que se mudaram para a casa de um parente para cuidar, e isso aponta indiretamente também para os efeitos da pandemia sobre a população idosa. Por que aumentou a

sobrecarga das pessoas cuidadoras? Porque elas foram impactadas pela pandemia de diferentes maneiras.

Constatamos também que muitas cuidadoras, sobretudo as familiares, têm alguns problemas de saúde. Por exemplo, em relação à saúde mental, tivemos um número muito grande de pessoas que relataram sentimentos de tristeza, de solidão, de ansiedade. Em relação à saúde física, quase metade das familiares cuidadoras disse que tinha problema crônico de coluna. O problema crônico de coluna é uma doença que pode ser incapacitante e, se esse problema se agravar, ela vai deixar de ser cuidadora para virar uma pessoa a necessitar de cuidados. Isso também atinge as cuidadoras remuneradas, mas em menor proporção. Primeiro, porque a idade média é menor – são pessoas que, muitas vezes, têm um horário de trabalho menor do que uma familiar que mora com a pessoa cuidada, que está lá 24 horas por dia, sete dias na semana. Outra razão é que as cuidadoras remuneradas, muitas vezes, têm conhecimentos sobre como realizar determinadas práticas de cuidado, de forma a proteger um pouco a sua coluna. Ainda assim, o índice de problema de coluna apareceu de forma bastante expressiva.

Outro resultado da pesquisa é que, mesmo entre as cuidadoras remuneradas, havia casos de pessoas trabalhando sete dias na semana, 24 horas por dia, o que é um dado bastante preocupante, porque é uma situação completamente inadequada. Aí tem algumas hipóteses para explicar isso. Primeiro, o desemprego aumentou, então, as pessoas precisam

muito do trabalho. Havia também famílias ou instituições que tinham receio de que as cuidadoras se contaminassem se voltassem para casa, então mantiveram essas pessoas em uma espécie de quarentena. Mas essas cuidadoras também têm suas famílias, não podem ficar indefinidamente. Não é possível uma pessoa fazer um plantão de 240 horas, por exemplo, dez dias seguidos. Uma outra possível explicação são as pessoas que têm mais de um trabalho – elas saem de um plantão e emendam com outro. Isso é reflexo da baixa remuneração desse tipo de ocupação e também do impacto na renda familiar na pandemia. Às vezes, a renda familiar daquela pessoa foi reduzida, o marido ficou desempregado e ela tem que trabalhar mais, o que também é uma situação complicada, porque o trabalho sem descanso gera uma série de consequências para a saúde física e mental. Isso acontece muito no campo da saúde, em profissões que atuam em regime de plantão, como medicina e enfermagem.

Uma outra coisa que apareceu na pesquisa é a sobreposição da responsabilidade com as tarefas relacionadas ao cuidado com a casa junto com o trabalho de cuidado com as pessoas. Isso também é um elemento que sobrecarrega. Se a cuidadora, seja ela familiar ou remunerada, tem que cuidar da pessoa mas também tem que lavar roupa, há um aumento da sobrecarga, porque, dependendo da pessoa que é cuidada, há uma necessidade de atenção o tempo todo. Além disso, a pessoa cuidada tem que ter momento de descanso.

Acumular uma série de funções diferentes é algo muito complicado.

**Aptare – Os achados traçam um quadro pouco otimista. A pesquisa também sugere medidas que permitam melhorar essa situação?**

**Groisman** – Os dados da pesquisa mostram uma determinada realidade e, claro, cabe à gestão pública elaborar as medidas, as políticas necessárias para tanto cuidar de quem cuida quanto pensar na situação das pessoas idosas no contexto pós-pandemia. Sabemos que existem estudos que já apontam para a necessidade de uma atenção maior para esse grupo. Desde o início o projeto se propôs a disponibilizar alguns recursos para ajudar as pessoas que estavam cuidando na pandemia. Porque, mesmo que as pessoas já tivessem feito uma formação como cuidadoras, a pandemia não existia antes. Não havia uma matéria sobre como lidar com diversas práticas necessárias na pandemia. Então, o nosso projeto, o “Cuidando de Quem Cuida”, desde o início elaborou uma série de materiais de acesso aberto, um conjunto de cartilhas e vídeos, tanto pensando na promoção da saúde física e mental e proteção dos direitos da pessoa cuidada quanto também no autocuidado das pessoas cuidadoras. Fizemos a maior divulgação possível e realizamos também um curso através do ensino remoto emergencial para pessoas cuidadoras com base nesses materiais. Fizemos sete turmas, foi o máximo que o nosso projeto comportava. Deu bastante trabalho e foi bastante interessante, porque foi uma mistura de um curso com um grupo de

apoio. Puderam participar também familiares – o critério, no caso, era estar cuidando no momento da inscrição para o curso. Foi bastante intenso e muito comovente fazer parte desse trabalho, porque eram pessoas que estavam vivendo situações muito difíceis.

**Aptare – Qual o futuro do projeto “Cuidando de Quem Cuida”?**

**Groisman** – Projetos vinculados a editais têm início, meio e fim. Esse é um projeto que termina no final deste ano, o que não significa que a gente não tenha pensado em outras coisas. Estou coordenando um outro projeto nesse momento, que se iniciou há alguns meses e que visa a pensar em ações através de estratégias formativas para o cuidado de idosos no pós-pandemia. Uma das ações desse projeto novo é fazer a formação de formadores de cuidadores, na perspectiva de que essa pessoa depois possa multiplicar os conhecimentos recebidos e aplicá-los em diferentes contextos, seja através de um curso ou em um grupo de apoio, em oficinas para pessoas cuidadoras. A pessoa vai receber um referencial. Esse projeto está em curso, estamos nesse momento realizando ações voltadas para alguns estados do Norte e do Nordeste. No ano que vem vamos fazer algumas ações para o Sudeste.

**Aptare – Como foi sua incursão no mundo do envelhecimento e do cuidado?**

**Groisman** – Desde que me formei, em meados da década de 90, me interessei pela área do envelhecimento, porque era um tema ainda muito pouco discutido na época. Minha

graduação foi em psicologia e, quando você se forma, tem que decidir para que lado vai e como vai se especializar. Eu, naquela época, tomei essa decisão. Muitas pessoas que escolhem trabalhar na área gerontológica dizem que os avós têm uma importância nisso, e no meu caso eles tiveram uma influência grande.

Em relação ao tema específico dos cuidados, eu assumi a coordenação de um projeto para a formação de cuidadores de pessoa idosa em 2008, na Fiocruz, embora eu já trabalhasse na área de envelhecimento havia bastante tempo. Eu tinha contato com pessoas cuidadoras de diferentes formas, mas não era um tema que eu estivesse estudando especificamente. Porém, quando me deparei com a complexidade do assunto – e isso envolvia diversas questões, como a inexistência, vamos dizer assim, das cuidadoras no Sistema Único de Saúde, as situações de discriminação e preconceito que as alunas relatavam, as dificuldades para regulamentar a profissão –, decidi entender melhor essa problemática. Foi uma necessidade. Eu precisava entender o que estava acontecendo, porque, para mim, era óbvio que a gente precisava formar cuidadores e que precisava valorizar essa atividade, mas não era óbvio para outras pessoas. Isso me motivou a pesquisar esse assunto. **A**



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

NOVA FÓRMULA

# Extima

BODYBALANCE™  
Performance Peptides

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

## FORMULAÇÃO ESPECÍFICA

COM PEPTÍDEOS BIOATIVOS DE ALTO DESEMPENHO

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

## AUXÍLIO COMPROVADAMENTE EFICAZ PARA O(A):<sup>1</sup>

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

## NOVIDADES

AS APRESENTAÇÕES DE EXTIMA® AGORA TÊM:

### NOVOS SABORES

- Chocolate
- Banana

### NOVA FORMULAÇÃO\*

- + LEUCINA
- + MAGNÉSIO

Tecnologia específica

**BODYBALANCE™**  
Performance Peptides

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



\*Disponível em todos os sabores.

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

# #mobilidade

POR JULEIMAR AMORIM

Fisioterapeuta; especialista em residência multiprofissional em saúde do idoso; mestre em ciências da reabilitação; doutor em saúde coletiva; docente no curso de fisioterapia do Instituto Federal do Rio de Janeiro.

## IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC ON LIFE-SPACE MOBILITY OF OLDER ADULTS LIVING IN BRAZIL: REMOBILIZE STUDY

Perracini MR, Amorim JSC, Lima CA, Silva A, Trombini-Souza F, Pereira DS et al. (2021). Impacto f Covid-19 pandemic on life-space mobility of older adults living in Brazil: REMOBILIZE Study. *Frontiers in Public Health* 9:643640.

Doi: 10.3389/fpubh.2021.643640



Sabemos que a pandemia de Covid-19 atingiu o Brasil em um cenário de grandes desigualdades socioeconômicas e de saúde, principalmente para os idosos. Em um contexto de distanciamento social, isolamento e quarentena, era de se esperar que a mobilidade nos espaços de vida fosse sensível e significativamente afetada pela pandemia. Esse tema é discutido no artigo da Rede REMOBILIZE, que analisou os efeitos imediatos das medidas de restrição social na mobilidade nos espaços de vida entre idosos brasileiros. Os autores buscaram compreender a contribuição dos determinantes sociais da saúde na mudança da mobilidade devido à pandemia. Os resultados evidenciaram uma limitação substancial na mobilidade nos espaços de vida dos idosos, independentemente do gênero e dos determinantes sociais. No entanto, o impacto sobre a mobilidade foi desigual. Os mais impactados foram os negros que moram sozinhos e com idade entre 70 e 79 anos. Ter mais de quatro anos de estudo e ter alta renda contribuíram menos para a restrição da mobilidade. Isso chama atenção para que ações concertadas sejam promovidas para superar a

deterioração na mobilidade do ritmo de vida entre os grupos mais vulneráveis de pessoas idosas. Ademais, o fracasso em minimizar as desigualdades em saúde ampliadas pela pandemia pode comprometer as conquistas desejadas da Década do Envelhecimento Saudável.

## CONSENSUS BASED FRAMEWORK FOR DIGITAL MOBILITY MONITORING

Kluge F, Din SD, Cereatti A, Gabner H, Hansen C, Helbostad JL et al. (2021). Consensus based framework for digital mobility monitoring. *PLoS ONE* 16(8): e0256541.

Doi: 10.1371/journal.pone.0256541



Em idosos, um dos olhares atenciosos de clínicos é para a marcha. Isso porque ela é considerada o sexto sinal vital e porque revela uma série de condições clínicas, físicas e psicológicas. Além de ser uma característica altamente individualizada, pode revelar declínios na condição de saúde e funcionalidade. Classicamente, os profissionais de saúde avaliam a marcha de forma qualitativa (inspeção do andar ou filmagem por câmeras) e quantitativa (estimação de parâmetros da marcha como velocidade e cadência, por exemplo, por meio de testes específicos). Entretanto, essa avaliação é usualmente feita em condições controladas como laboratório, clínica ou consultório. Compreendendo que nessas situações há um certo grau de simulação e subjetividade, esse artigo se propõe a discutir como avaliar a marcha em tempo e em condições reais do cotidiano de forma

ainda mais objetiva. O monitoramento da mobilidade em atividades da vida diária está cada vez mais acessível por meio de sensores vestíveis. Essa é uma forma de avaliar a marcha não supervisionada, contínua em diferentes tarefas e que poderá ajudar o clínico na compreensão de suas alterações, minimizando vieses. Portanto, instrumentaliza de maneira útil a análise da deambulação em diferentes níveis de velocidade, cadência e ambiente, que pode estampar condições clinicamente relevantes para clínicos e pesquisadores. Assim, intervenções cada vez mais assertivas pelo clínico e eficientes para o paciente serão mais bem elaboradas, incluindo redução do risco de quedas, prescrição de dispositivos auxiliares de marcha, revisão de medicamentos e acompanhamento pós-cirúrgico.

#### ACCURACY OF DIFFERENT HANDGRIP VALUES TO IDENTIFY MOBILITY LIMITATION IN OLDER ADULTS

Delinocente MLB, Carvalho DHT, Maximo RO, Chagas MHN, Santos JLF, Duarte YAO et al. (2021) Accuracy of different handgrip values to identify mobility limitation in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 94:104347. Doi: 10.1016/j.archger.2021.104347



Archives of Gerontology and Geriatrics

Esse é um artigo original que utiliza dados de dois grandes estudos de base populacional, o brasileiro SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) e o inglês ELSA (English Longitudinal Study of Ageing). Nele, foram verificados os pontos de corte da força de preensão manual (um componente importante na avaliação da fragilidade e sarcopenia) que poderiam melhor discriminar limitação da mobilidade (considerada como velocidade de marcha inferior a 0,8 m/s). Força de preensão inferior a 32 kgf para homens e a 21 kgf para mulheres demonstrou boa acurácia diagnóstica para limitação de mobilidade. Há duas décadas, esses pontos de corte eram 30 kgf e 20 kgf, respectivamente, para homens e mulheres. Na prática clínica e na pesquisa, trabalhar com pontos de corte cada vez mais elevados possibilita o diagnóstico precoce, o desenvolvimento de intervenções que preservem a capacidade funcional e a contribuição para a redução dos custos com saúde. A compreensão dessa associação apoia a utilização, tanto da força de preensão manual quanto da velocidade de marcha, como instrumentais objetivos úteis de

marcadores clínicos da funcionalidade em idosos. Ambas as medidas são facilmente incorporadas à prática clínica, têm um bom custo-benefício, são métodos simples, válidos, confiáveis e eficazes para uso tanto pela comunidade científica quanto por profissionais clínicos.

#### A DOUBLE BURDEN OF EXCLUSION? DIGITAL AND SOCIAL EXCLUSION OF OLDER ADULTS IN TIMES OF COVID-19

Seifert A, Cotten SR, Xie B. (2021). A Double Burden of Exclusion? Digital and Social Exclusion of Older Adults in Times of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 17;76(3):e99-e103. Doi: 10.1093/geronb/gbaa098.



The Journal of  
**GERONTOLOGY** SERIES **b**

Apesar de parecer ser universal hoje em dia, o acesso à internet e a todas as suas comodidades não é para todos. Videochamadas, mensagens instantâneas e mídias sociais já fazem parte das necessidades humanas, porém estão segregando ainda mais a população de idosos dos demais grupos etários. Esse artigo traz um debate sobre o abismo digital e como ele tem alargado as discrepâncias sociais e de saúde em idosos que não têm ou que não usam as modernas tecnologias da informação e comunicação. As consequências incluem isolamento social, barreiras de acesso e agravamento da discriminação por idade (ageísmo). Idosos que vivem em ILPIs, analfabetos, de baixíssima renda e distantes dos centros urbanos formam um grupo especial que não consegue viver neste mundo tecnológico. Assim, uma dupla carga se estabelece: de um lado, a exclusão digital; de outro, o isolamento social. Oferecer serviços de saúde pode limitar a ação dos profissionais e dos usuários justamente porque essas vias implicam em compreender os antigos e persistentes determinantes sociais da saúde: educação e renda, e agora também a internet. Passa a ser um desafio especial para os profissionais de saúde e para as políticas públicas a adequação das mais novas ferramentas da telerreabilitação, teleconsulta, telessaúde e telemedicina para aqueles que nem sempre conseguem acompanhar essas transformações.

# Saúde mental dos idosos no pós-pandemia: O QUE ESPERAR?

Com o retorno gradual às atividades, profissionais de saúde devem estar atentos a sinais que indiquem que algo não vai bem com a saúde mental do paciente

Por **Marcelle Souza**

A pandemia de Covid-19 atingiu em cheio a saúde mental de todos nós, e de forma especial a dos idosos. Considerados parte do grupo de risco para as complicações da doença, eles tiveram de se isolar em casa, deixaram de ver amigos e familiares, de frequentar espaços comunitários e até de fazer exercícios físicos. De uma hora para outra, sair de casa virou uma grande ameaça.

“A suspensão das atividades e a diminuição do convívio familiar e social foram péssimas para as questões cognitivas e para a manutenção do bem-estar emocional”, diz o médico geriatra Alexandre Busse, professor livre-docente de geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e diretor do Vigilantes da Memória.

No ambiente doméstico, pessoas idosas passaram não só pelo medo, mas também pela solidão (no caso dos que moravam sozinhos) ou pelo caos de viver em meio à escola e ao escritório (já que muitas famílias tiveram de se adaptar ao ensino domiciliar e ao home office). Para os idosos institucionalizados, houve a redução drástica do número de visitas e, em muitos casos, o resultado foi uma piora nas funções cognitivas e motoras.

Pela TV, eles acompanharam as notícias sobre o crescente número de casos e mortes, que aconteciam aos milhares, e viveram intensamente o estresse de longas internações ou o luto da perda de pessoas muito próximas.

Agora, mais de um ano e meio depois dos primeiros casos no Brasil, muitos ainda têm medo de sair e os efeitos do

estresse prolongado precisam ser avaliados com atenção por familiares e equipes médicas em um momento de retorno gradual às atividades.

“As consequências da pandemia na saúde mental foram imensas: depressão, ansiedade, medo, estresse pós-traumático, alteração de sono, revolta, melancolia e exacerbação de sintomas comportamentais em pacientes dementados, cujos efeitos estão sendo efetivamente avaliados desde que a população idosa foi vacinada e está procurando os serviços de saúde”, afirma Ivete Berkenbrock, presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Nesta reportagem, a *Aptare* discute com especialistas como avaliar e lidar com essas sequelas da pandemia e o que esperar em um cenário otimista de retorno às atividades – mesmo sabendo que nada mais será como antes.

A saída, segundo eles, passa pelo respeito ao tempo e aos limites de cada um, um olhar atento a aspectos físicos e comportamentais e, não menos importante, à manutenção das medidas sanitárias de prevenção à Covid-19, garantindo segurança e previsibilidade a quem já sofreu com um período tão longo de incertezas.

## **Não é só Covid-19**

O alerta sobre os possíveis prejuízos do isolamento social à saúde mental já havia sido dado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020, logo depois de declarar a Covid-19 como uma pandemia mundial. À época, a enti-



dade já chamava a atenção sobre a necessidade de oferecer apoio emocional aos idosos, em especial aqueles com problemas cognitivos como demência, que poderiam ficar mais ansiosos, agitados e estressados durante a quarentena.

Quase um ano depois, especialistas avaliam que a restrição das atividades físicas causou não só a redução da massa muscular como também prejuízos às funções cognitivas dos pacientes. Entre os que tiveram Covid-19, é preciso considerar ainda as sequelas de longas internações e da própria infecção. E alguns estudos nos ajudam a entender a dimensão do problema.

É o caso de um artigo publicado em fevereiro deste ano no periódico *Scientific Reports* que traz os resultados de uma pesquisa qualitativa com 640 pessoas entre 63 e 97 anos na Bélgica, que analisou o impacto da pandemia nos quesitos bem-estar (que incluem satisfação com a vida em geral, segurança, conexão com a comunidade e segurança em relação ao futuro), nível de atividade, qualidade de sono e funções cognitivas.

Coordenado por Sarah De Pue, pesquisadora da Universidade Católica de Leuven, o estudo mostrou que 76% dos entrevistados tiveram uma queda na sensação de bem-estar em um ou mais pontos questionados e 19% relataram piora na qualidade do sono. O estudo também mostrou que 8% relataram uma piora na capacidade cognitiva geral; desses, 8% disseram ter problemas de memória e 12% de concentração para fazer algo.

Outra pesquisa, publicada em abril deste ano na revista *The Lancet Psychiatry*, identificou que 12% das pessoas que tiveram Covid-19 receberam, após seis meses, um diagnóstico de doença neurológica ou psiquiátrica. O estudo, coordenado por Maxime Taquet, do departamento de Psiquiatria da Universidade de Oxford, na Inglaterra, ouviu 236 mil pacientes, sem restrição de idade. Depois de seis meses, 0,67% dos pacientes analisados teve um diagnóstico de demência. Não é possível, no entanto, identificar quantos desses estavam associados à doença. Também foram observados casos de AVE isquêmico, doença de Parkinson,



“ Para muitos idosos, o isolamento foi vivido como um golpe. Cada dia confinado tornou-se a consciência de menos um dia de vida, o que é terrível [...].

distúrbios de humor, ansiedade e psicose, entre outros.

Os dados mostram que é preciso estar atento aos sinais que podem indicar mudanças à saúde mental desses pacientes. Especialistas também chamam a atenção para o risco do aumento dos casos de demência em todo o mundo.

“Nesse momento, perceber pequenas alterações, cognitivas, de humor e de hábitos, é fundamental para que as doenças possam ser tratadas no início e os pacientes tenham mais chances de recuperação”, destaca o psiquiatra Antônio Geraldo da Silva, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

### Quando a casa é um problema

Para fazer a avaliação dos efeitos da pandemia sobre os pacientes, em primeiro lugar é preciso considerar que idosos viveram a pandemia de maneiras muito distintas, segundo o contexto social, sanitário e financeiro de cada família.

Alguns já viviam a exclusão e humilhação social, com uma rede de cuidado precária ou inexistente e dificuldades básicas para se manter. Esses, diz o psicólogo e psicanalista Fernando Genaro Júnior, continuaram na invisibilidade e existe um esforço muito maior das redes de saúde e assistência para que sejam avaliados em um pós-pandemia. “Para muitos idosos, o isolamento foi vivido como um golpe. Cada dia confinado tornou-se a consciência de menos um dia de vida, o que é terrível, porque perder a ilusão de controle é uma experiência terrível”, explica o psicólogo.

Aqueles que moravam com a família foram afetados por perdas econômicas, ameaça de desemprego, além da transformação repentina da casa em escola e local de trabalho. “Esses foram fatores de estresse intergeracional”, esclarece o médico Alexandre Busse. Esse convívio intenso significou a acentuação dos conflitos e, em alguns casos, da violência no ambiente doméstico.

Dados do Disque 100, canal do governo federal para denúncias de violações de direitos humanos, mostram que em 2020 foram registrados 77 mil casos em que as vítimas eram idosos, um número 53% maior do que em 2019, quando foram 48 mil. No primeiro semestre de 2021, o serviço já tinha recebido mais de 33 mil denúncias, apontando que a extensão da pandemia também deve ser percebida nos números deste ano. “No confinamento, as relações pregressas conflituosas dentro de casa aumentaram em suas manifestações mais diversas, como agressão psíquica, moral, física, o ageísmo, o machismo e a homofobia”, diz Genaro Júnior.

Os principais efeitos, ele explica, foram o aumento dos quadros de transtornos de ansiedade, depressão e síndrome do pânico. Há casos ainda em que a pandemia e o isolamento social majoraram o consumo abusivo de álcool, tabaco ou outras drogas, acentuando efeitos negativos para a saúde física e mental do paciente idoso.

### A morte e o luto

No Brasil, cerca de 70% das mortes por Covid-19 foram de pessoas com mais de 60 anos. Além do medo de se contaminar e de perder um ente querido, as notícias faziam com que vivêssemos uma dor coletiva diante das fotos dos caixões e dos relatos de exaustão das equipes médicas anunciados diariamente pelos jornais. “Mesmo quem não passou por uma perda de parente ou amigo próximo participou do luto coletivo. Não tinha como ficar alheio a uma situação em que as mortes chegaram a ser contadas em centenas e por um período tão longo”, afirma Ivete Berkenbrock.

A pandemia fez então exacerbar a discussão sobre um tema que ainda é tabu para muitas famílias. “A população idosa tem maior consciência da finitude. Consciente ou inconscientemente, o tema da morte ronda os mais velhos, o que faz com que eles precisem lidar com muitas facetas de lutos diferentes da própria vida e lutos específicos de pessoas queridas”, conta Genaro Júnior.

Nesse período, muitas famílias acompanharam apreensivas as longas internações de um ente querido e algumas lidam até hoje com as sequelas da doença. Em caso de morte, a perda de um amigo ou familiar se tornou um processo mais difícil por causa das medidas sanitárias.

De acordo com o psicólogo, o luto durante a pandemia foi vivido de uma forma diferente, uma dor estendida a cada nova onda da Covid-19 e acentuada pela falta de abra-

ços e acolhimento presencial. “Uma das coisas fundamentais para se viver um processo de luto é um ritual de despedida, do velório, do enterro, da cremação, do encontro com pessoas que compartilharam com essa existência; e muitos não puderam viver tudo isso no último ano”, afirma.

Ele explica que, sem a devida despedida, fica mais difícil realizar que a pessoa de fato partiu, causando um luto estendido e o adoecimento mental. “Quando a pessoa não pode viver um luto de uma forma saudável, pode desenvolver o que chamamos de melancolia, que é um aspecto depressivo na impossibilidade de fazer lutos”, esclarece.

Esse prejuízo para a saúde emocional pode ser ainda maior quando a pessoa não encontra, na família ou nos amigos, o espaço para viver e compartilhar a dor, uma espécie de testemunha da perda, alguém que possa ouvi-la e acolhê-la no processamento dessas emoções.

### **Sinal amarelo**

Uma das consequências desse contexto de dor e estresse é o aumento dos quadros de depressão e ansiedade em pessoas idosas. Eles podem se manifestar sob diversas formas e ser confundidos com outras doenças ou aspectos comportamentais, retardando o diagnóstico e o tratamento. Alguns sinais, no entanto, podem servir de alerta para profissionais de saúde, cuidadores e familiares desses pacientes. “Nos idosos, é bem frequente que a depressão esteja associada à tristeza”, explica Busse.

Segundo o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), o transtorno depressivo é caracterizado como uma condição de saúde mental quando aparecem quatro ou mais dos seguintes sintomas: alteração do humor, do apetite, do sono, anedonia, letargia, sentimento de culpa e baixa autoestima, dificuldade de concentração, agitação e ideação suicida.

Para o diagnóstico da depressão, é preciso considerar a ocorrência desses sintomas em um período de no mínimo duas semanas, com apresentação de pelo menos quatro sintomas destes listados, entre os quais o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer, ou apenas mais três sintomas, caso os dois sintomas cardinais estejam presentes.

Em casa, familiares podem percebê-los a partir de reclamações como falta de apetite, insônia, perda de energia para realizar tarefas do dia a dia, queixas de dores pelo cor-

po sem causa física. A apatia, o desinteresse por atividades que antes a pessoa gostava de realizar e a mudança de tons afetivo, que pode ser confundido com indiferença, são outros indícios que podem indicar um quadro depressivo.

A ansiedade, por sua vez, costuma se manifestar sob a forma de agitação, tentativa de controle e um sofrimento antecipado por questões que fogem ao escopo do paciente.

Os especialistas ouvidos nesta reportagem são unânimes em apontar que alguns desses sintomas também podem significar perdas cognitivas, como episódios constantes de falha de memória, falta de atenção e dificuldade de manter a concentração em apenas uma atividade. Por isso, para um diagnóstico correto, uma equipe multidisciplinar deve realizar uma avaliação do paciente. “Os sintomas não devem ser confundidos com reações e estados transitórios, como o é a reação esperada ao luto ou a uma fase de eventos adversos na vida da pessoa. É importante que o diagnóstico seja feito o mais breve possível, pois os tratamentos farmacológicos disponíveis são eficazes, bem como a abordagem psicoterapêutica”, explica a presidente da SBBG.

A intervenção correta e rápida é importante porque a depressão aumenta a vulnerabilidade do paciente para outras doenças e piora as já existentes.

No caso da necessidade da prescrição de medicamentos, psiquiatras e psicogeriatras precisam analisar a existência de comorbidades e suas peculiaridades, para avaliar as interações. “Caso o paciente tenha outros quadros clínicos e esteja sendo acompanhado por outro profissional, seja um cardiologista, um neurologista ou um geriatra, a interação entre eles é muito bem-vinda”, indica Silva, da ABP.

### **Resiliente, eu?**

Algumas pesquisas sugerem que os idosos teriam sofrido menos o impacto da pandemia do que os jovens, afetados diretamente por ameaças de desemprego e cortes de renda.

Uma delas, divulgada em agosto de 2020 pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, mostrou que pessoas com 65 anos ou mais tinham porcentagens mais baixas de transtorno de ansiedade (6,2%), transtorno depressivo (5,8%) ou transtorno relacionado ao estresse ou trauma (TSRD) (9,2%) do que os mais jovens.

Entre os participantes entre 25 e 44 anos, 35,3% relataram transtorno de ansiedade; 32,5%, transtorno depressivo.

vo; e 36%, TSRD. Em comparação com outras faixas etárias, os idosos também relataram taxas mais baixas de uso de novas substâncias ou aumento do uso de substâncias e ideação suicida nos 30 dias anteriores, com taxas de 3% e 2%, respectivamente.

Resultados parecidos foram encontrados em países como Canadá, Espanha e Países Baixos.

Entre os especialistas brasileiros, no entanto, esses estudos são vistos com cautela, já que faltam pesquisas que examinem os impactos para a saúde mental no nosso contexto, caracterizado pelo alto número de mortes, pela falta de uma política nacional sobre medidas de isolamento social e pela crise financeira.

“Ainda não temos esses dados no Brasil, então é algo que precisamos estudar. Eu acho que temos impactos diferentes para distintas classes e idades, mas é preciso considerar que os idosos também têm suas atividades, que foram interrompidas durante a pandemia, além da preocupação e o estresse de verem seus filhos e netos com medo de perder o emprego”, pontua Busse.

Por isso, os cientistas acreditam que é preciso investigar melhor os efeitos da pandemia também em países em desenvolvimento, onde a pobreza e o desemprego podem ter um peso maior sobre a saúde mental. “Alguns idosos têm maior capacidade de resiliência, mas não sei se isso é próprio da velhice. Penso que depende muito das condições e da história de vida da pessoa. Alguns podem ser mais resilientes por terem passado por coisas difíceis. Outros são mais ressentidos pelo que foi vivido, tanto pelo que foi ruim quanto pelo que não aconteceu”, diz Genaro Júnior.

Segundo ele, a resiliência depende do contexto cultural, das condições de saúde, financeira e de moradia. Além disso, em países altamente desiguais, como o Brasil, não só os efeitos psicológicos da pandemia mas também o acesso ao diagnóstico correto e ao tratamento adequado são diferentes de acordo com a classe.

### Um passo de cada vez

Especialistas explicam que, neste momento de retorno gradual às atividades, profissionais de saúde e familiares de-



“ A ideia é poder se ressocializar de uma forma saudável, o que implica respeitar os ritmos e os medos de cada um.

vem respeitar o tempo de cada idoso. “A ideia é poder se ressocializar de uma forma saudável, o que implica respeitar os ritmos e os medos de cada um”, afirma o psicólogo.

Os profissionais ouvidos pela *Aptare* afirmam que em um primeiro momento o ideal é priorizar as interações ao ar livre, mas que ter contato com outras pessoas é essencial, mesmo que virtualmente.

O problema é que, apesar de vacinados, muitos ainda se sentem inseguros para sair devido à circulação do vírus e às ameaças de novos picos de infecção de Covid-19. Há também os que não puderam processar as dores e as tristezas da pandemia.

“O medo nós enfrentamos com companhia, em especial alguém com quem temos intimidade”, diz Genaro Júnior. “Os idosos nesse momento precisam de alguma previsibilidade, das suas relações de confiança, por causa do imprevisível que tem sido a pandemia”, acrescenta.

No Brasil, uma pesquisa realizada pela Remobilize (Rede de Estudos em Mobilidade no Envelhecimento), coordenada pela fisioterapeuta Monica Rodrigues Perracini e em parceria com várias universidades, revelou que 82% dos idosos seguiam as medidas de restrição social em 2021 contra 80% em maio de 2020. Um ano depois do início da pandemia, 10% seguiam totalmente isolados.

Para a presidente da SBBG, a chave para este momento é informação científica e correta não apenas sobre os riscos do coronavírus, mas também sobre os benefícios do retorno às atividades prazerosas. A ideia é que, com segurança, a pessoa idosa possa retomar a sua rotina da maneira mais normal possível. “Cabe à família proporcionar visitas, retomar encontros com equipe multiprofissional, participar das atividades externas como eram antes e reorganizar com brevidade as consultas médicas”, explica Ivete.

Para tanto, é importante que seja estimulada a vacinação completa, bem como a dose de reforço. Os protocolos sanitários também seguem vigentes, por isso a família deve manter o uso de máscara e o álcool em gel, priorizar encon-

tros em locais abertos, além de manter o distanciamento.

Essas medidas também podem ajudar a mostrar ao idoso que ele está em segurança. “Isso vai auxiliar no retorno gradual, especialmente se feito por uma pessoa próxima, com quem o paciente tem intimidade e que ele sabe que tem sido criteriosa”, ressalta Genaro Júnior.

O psicólogo explica que pessoas muito amedrontadas ou que se recusam a retomar algumas atividades precisam ser tranquilizadas pelo seu círculo mais próximo e, para isso, ressalta a importância de relações e vínculos confiáveis.

Ele dá o exemplo de uma pessoa que quer muito voltar a viajar, sente falta de familiares que moram longe, mas tem medo de se expor no trajeto. Nesse caso, uma boa sugestão é, primeiro, ir a lugares mais próximos, percursos que podem ser feitos de carro em vez de avião ou ônibus.

“Vale a pena privilegiar atividades prazerosas que os idosos gostavam de fazer antes da pandemia, em espaços abertos e onde há circulação dos afetos, já que esses laços são bastante nutritivos em termos de saúde mental”, diz.

## Retorno ao consultório

Como muitos pacientes deixaram de ir às consultas médicas de rotina, os profissionais de saúde devem ter atenção redobrada nesse período de retorno. Isso porque, além de os idosos estarem mais frágeis pela perda de força física e mobilidade, é possível que muitos precisem de ajustes no tratamento de condições crônicas, como hipertensão ou diabetes.

“É importante observar as queixas dos pacientes, fazer avaliação cognitiva e da parte funcional. Médicos também precisam fazer orientação especial para que os idosos voltem a ficar mais ativos. Isso ajuda tanto na parte emocional quanto na parte física”, explica Busse. Segundo ele, uma avaliação global, realizada por equipe multidisciplinar, deve ser aplicada para medir as alterações e riscos, observando a saúde do idoso de forma multidimensional.

Para a presidente da SBBG, trata-se de uma fase de reconstrução biopsicossocial, já que os pacientes estão mais vulneráveis, mais frágeis e mais tristes do que antes. “A equipe de saúde tem um dado a mais a acrescentar na anamnese, que é sobre os efeitos da pandemia na sua situação geral de saúde, ou nas suas condições existentes pré-pandemia”, explica. “Cabe a nós atendê-los com ciência e cuidado, com tomadas de decisão compartilhadas nesse longo caminho de retomada da vida como ela é, ou era.” **A**

# LOGNIS

**FOSFATIDILSERINA + TRIPTOFANO + ARGININA + COLINA + NIACINA +  
VITAMINA B12 + VITAMINA B6 + L-METILFOLATO DE CÁLCIO + MAGNÉSIO**  
SUPLEMENTO ALIMENTAR EM COMPRIMIDOS REVESTIDOS

## **NUTRE E AUXILIA** O CÉREBRO NO DESEMPENHO COGNITIVO<sup>1</sup>



**Auxilia a memória**  
para aprendizagem e concentração.<sup>2,3</sup>



Ajuda a **evitar danos neuroquímicos**  
causados pela idade.<sup>1</sup>



**Contribui com a síntese**  
de neurotransmissores essenciais  
do humor.<sup>1</sup>



Referências Bibliográficas: 1) Richter Y, Herzog Y, Cohen T, Steinhart Y. The effect of phosphatidylserine-containing omega-3 fatty acids on memory abilities in subjects with subjective memory complaints a pilot study. Clin Interv Aging. 2010;5:313-316. 2) Monografia. Alternative Medicine Review Volume 13, Number 3 20 08 3) Glade MJ, Smith K. Phosphatidylserine and the human brain. Nutrition. 2015; 31(6):781-6.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL - Porção 2,36 g (2 Comprimidos revestidos) Magnésio 63 mg (24% VD); Triptofano 200 mg\*\*; Colina 83 mg (15% VD); Fosfatidilserina 100 mg\*\*; Arginina 125 mg\*\*; Niacina 30 mg<sup>1</sup> (188% VD); Vitamina B12 9,9 mcg (414% VD); Vitamina B6 6,0 mg (462% VD); Ácido fólico 614,87 mcg<sup>2</sup> (154% VD). Não contém quantidade significativa de valor energético, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas, gorduras trans, fibra alimentar e sódio.

\*% Valores diários para adultos, calculados com base nos valores de ingestão diária recomendada (IDR) estabelecidos pela RDC no 269/2005. \*\* VD não estabelecido. <sup>1</sup> Expresso como niacina equivalente. <sup>2</sup> 614,87 mcg DFE (folato dietético equivalente) corresponde a 368,92 mcg de ácido fólico.

Material científico destinado exclusivamente à Classe Médica.



# Pacientes oncológicos idosos: o papel da nutrição no tratamento



**SABRINA SEGATTO VALADARES GOASTICO** Médica nutróloga com residência em nutrologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; título de especialista em nutrologia pela Associação Brasileira de Nutrologia; chefe da equipe de nutrologia do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo e médica da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN); coordenadora clínica da EMTN do Hospital e Maternidade São Cristóvão.

Imagem: divulgação

A população de idosos com diagnóstico de câncer vem crescendo ao longo do tempo, consequente ao aumento da expectativa de vida no Brasil e no mundo. O estado nutricional desses idosos, que já apresentam deficiências nutricionais relacionadas a idade e comorbidades, uso de vários tipos de medicamentos e déficit cognitivo, pode ser afetado de forma negativa pela doença oncológica, assim como pelos efeitos colaterais do tratamento proposto (radioterapia, quimioterapia, cirurgia) (BLASIAK et al., 2020). Segundo Blanc-Bisson et al. (2008), o estado nutricional, identificado pela Miniavaliação Nutricional (MAN), com pontuação < 24 ou albumina sérica menor que 3,5 mg/dl pode estar prejudicado em quase 66% dos pacientes idosos com câncer.

A etiologia da desnutrição e da perda de peso induzida pelo câncer é multifatorial e complexa. Fatores como idade, tipo de câncer, estágio da doença e tipo de tratamento proposto contribuem para o desenvolvimento e agravamento da desnutrição, podendo atingir de 20% a 80% dos pacientes oncológicos, seja no momento do diagnóstico, no tratamento ou no acompanhamento de suporte (RYAN et al., 2019). A perda de peso não é simplesmente causada pela inanição; ela é secundária a um balanço energético negativo decorrente de ingestão oral reduzida e distúrbios metabólicos provocados pelo câncer, como mostra a Figura 1. Além disso, sintomas como xerostomia, náuseas, diar-

reia e alteração do paladar, associados a alterações metabólicas induzidas pelo tumor, levam à inapetência, anorexia e caquexia e contribuem para a desnutrição durante o tratamento oncológico. Alguns desses sintomas podem persistir mesmo após o término do tratamento, impedindo a recuperação nutricional e a funcionalidade dos pacientes. O acompanhamento nutricional em pacientes idosos com câncer é complexo por todos esses fatores e por isso requer um rigoroso acompanhamento multidisciplinar com especialistas como oncologista, geriatra, nutrólogo, nutricionista, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, entre outros (RAUH et al., 2018).

A cada dia são maiores as evidências de que a desnutrição, a perda de massa muscular e a sarcopenia contribuem para maior efeito de toxicidade da quimioterapia e radioterapia, resultando no atraso da terapia proposta, redução de dose e até mesmo na interrupção do tratamento, e também para a redução da taxa de resposta tumoral, impactando negativamente na evolução e no próprio tratamento da doença (BRASPEN, 2019). Além disso, a desnutrição piora a qualidade de vida, o bem-estar e o performance status, leva ao aumento no número de internações não previstas e tem impacto desfavorável na sobrevida. A perda de massa muscular durante o tratamento oncológico é um fator de risco independente para dose tóxica da quimioterapia (COTOGINI et al., 2019).

### Triagem e avaliação nutricional

Sabemos que a condição nutricional apresenta importante papel no tratamento dos pacientes oncológicos, porém somente 30% a 60% deles recebem terapia nutricional adequada por meio de aconselhamento nutricional, suplementos nutricionais orais, nutrição enteral ou parenteral (BRASPEN, 2019).

A triagem nutricional tem a intenção de detectar pacientes em risco nutricional, podendo ser aplicada de maneira rápida por qualquer profissional de saúde. Sua realização é recomendada no primeiro atendimento do paciente

ambulatorial e, em casos de pacientes internados, nas primeiras 24-48 horas de admissão hospitalar, sendo repetida periodicamente a depender da evolução clínica. Uma das ferramentas mais utilizadas no Brasil é a Triagem de Risco Nutricional 2002 (Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)) (KONDRUP et al., 2003). A avaliação inicial da NRS 2002 está na Tabela 1: a primeira parte é composta por quatro questões que envolvem IMC, peso, ingestão alimentar e condição de doença. Caso uma das questões seja positiva, deve-se prosseguir com a avaliação completa da triagem nutricional NRS 2002.

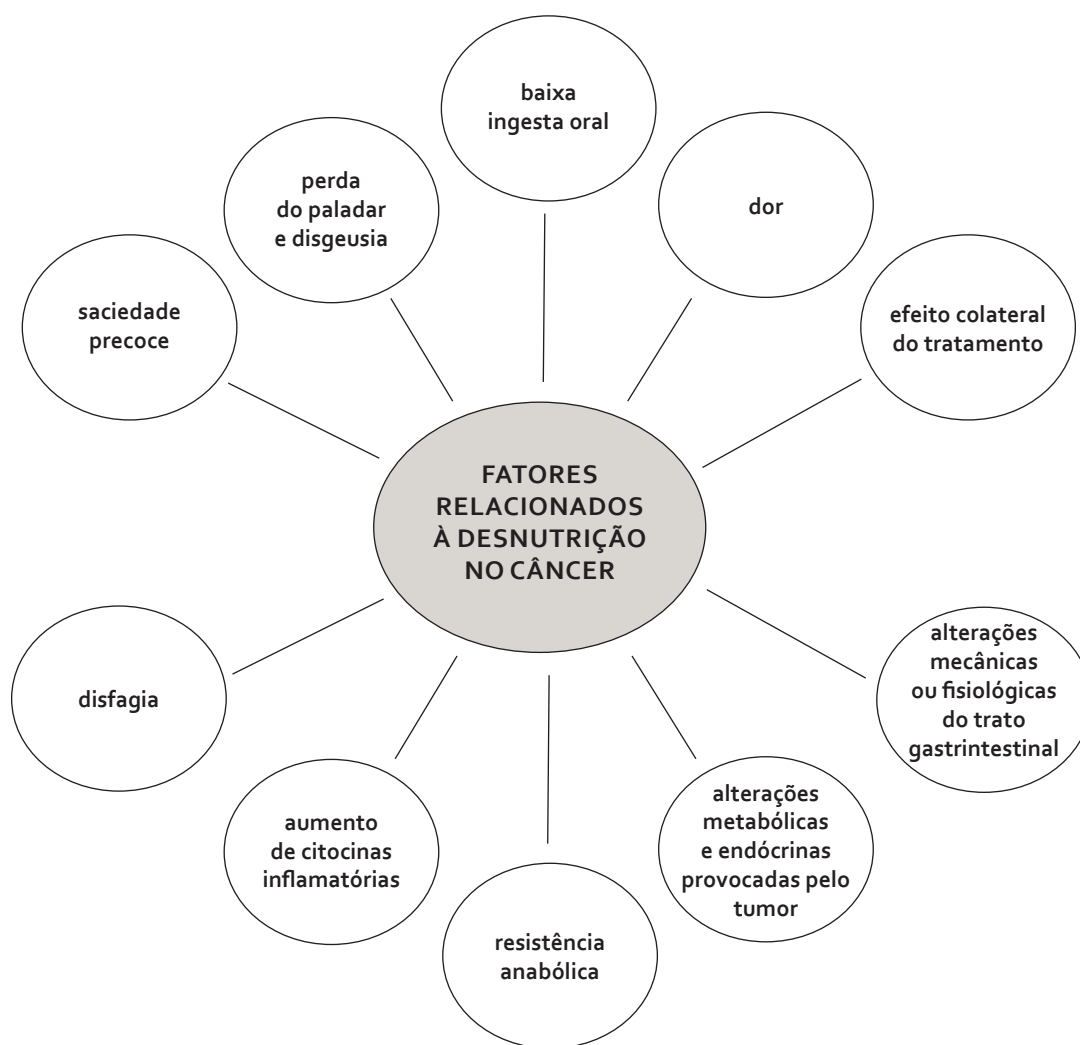


Figura 1 – Fatores relacionados à desnutrição no idoso com câncer

Fonte: A autora



**Tabela 1** – Avaliação Inicial Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)

AVALIAÇÃO INICIAL NRS 2002	SIM	NÃO
O IMC é < 20,5 kg/m <sup>2</sup>		
O paciente perdeu peso nos últimos três meses?		
O paciente diminuiu a ingestão alimentar na última semana?		
O paciente está em estado grave, mau estado geral ou em terapia intensiva?		

Fonte: A autora

Após realizada a triagem nutricional, o paciente deve ser avaliado quanto ao grau de desnutrição. Para isso existem vários outros métodos, como a Avaliação Global Subjetiva, produzida pelo próprio paciente (ASG-PPP), o Instrumento Universal de triagem de Desnutrição (MUST) e a Miniavaliação Nutricional versão reduzida (MNA-VR). A ferramenta mais utilizada para pacientes idosos, a partir de 65 anos, portadores de doença oncológica é a MNA-VR, sendo recomendada pela Sociedade Europeia de Nutrição Parenteral e Enteral (ESPEN) em 2018 (VOLKERT et al., 2019).

### Terapia nutricional

Os cuidados nutricionais em pacientes idosos durante a terapia ativa do câncer deve ter como objetivos o aumento da eficácia do tratamento, a redução dos efeitos colaterais indesejados, a prevenção de deficiências nutricionais e a manutenção do peso e da qualidade de vida (BLASIAK et al., 2020). Como já dito, o estado nutricional é um preditor independente de sobrevivência e a desnutrição está associada a piores resultados em pacientes mais velhos, além de ser um fator de risco para efeitos colaterais indesejados da quimioterapia.

A ESPEN 2016, no seu último guideline para pacientes oncológicos, recomenda que a intervenção nutricional seja feita para todos os pacientes em risco nutricional ou em desnutrição (ARENDS et al., 2017).

A terapia nutricional oral deve ser a via preferencial de nutrição, contribuindo para a autonomia do paciente. Indicam-se suplementos nutricionais para pacientes com baixa ingestão alimentar que não conseguem atingir 70% das necessidades nutricionais por via oral e/ou apresentam perda de peso de 5% nos últimos três meses ou 10% do peso nos últimos seis meses e que possuem trato gastrointestinal preservado (ARENDS et al., 2017). A terapia nutricional oral aumenta a ingestão alimentar e o consumo calórico-proteico, auxiliando na recuperação do estado nutricional e melhorando peso e composição corporal.

A terapia nutricional enteral é indicada quando o paciente não consegue atingir 60% das necessidades nutricionais por via oral por pelo menos duas semanas, seja por alterações neurológicas, anatômicas, psicossociais ou patologias (ARENDS et al., 2017).

Já a terapia nutricional parenteral é indicada quando a terapia nutricional enteral não consegue atingir 60% das necessidades nutricionais calculadas ou quando o trato gastrointestinal não está funcionando. Pacientes em pré-operatório de cirurgia abdominal de grande porte, que são classificados como desnutridos moderados ou graves, se beneficiam com o uso da nutrição parenteral no perioperatório por cinco a dez dias antes da cirurgia e no pós-operatório de forma precoce se o jejum é previsto (ARENDS et al., 2017).

## Nutrição perioperatória

Quando se trata de cirurgia, o estado nutricional dos pacientes idosos pode influenciar na morbidade, no tempo de internação hospitalar, em complicações infecciosas e custos hospitalares, sendo um fator independente para esses riscos. A ESPEN publicou recentemente um guideline de cirurgia que recomenda que o suporte nutricional pré-operatório seja realizado em pacientes com diagnóstico de desnutrição ou risco nutricional (WEIMANN et al., 2021).

Indica-se nutrição pré-operatória (Tabela 2) cinco a sete dias antes da cirurgia para todos os pacientes adultos com IMC < 18 kg/m<sup>2</sup> ou idosos com IMC < 22 kg/m<sup>2</sup>, albumina sérica <3,0 g/dl, perda de peso de > 10% nos últimos seis meses ou > 5% nos últimos três meses, Avaliação Subjetiva Global (ASG) grau C e avaliação do risco nutricional (NRS 2002) > 5 (WEIMANN et al., 2017). Recomenda-se o uso de nutrição imunomoduladora (via oral ou enteral) para pacientes que serão submetidos a cirurgia do trato gastrointestinal de médio ou grande porte em risco nutricional ou desnutrição. Os imunonutrientes promovem a modulação da resposta inflamatória e melhoram a síntese proteica, reduzindo complicações em pós-operatório, como infecção de ferida operatória e tempo de internação hospitalar. Deve ser indicada cinco a sete dias antes do procedimento cirúrgico para pacientes em risco nutricional e sete a 14 dias para desnutridos graves.

## Conclusão

É um grande desafio para os oncologistas determinar o tratamento ideal para pacientes mais velhos que apresentam comorbidades, reserva física muitas vezes limitada e condições geriátricas diversas. Um dos principais fatores que afetam o resultado da terapia anticâncer dos pacientes mais velhos é a desnutrição (CAILLET et al., 2017). Apesar de tantos estudos demonstrarem que o estado nutricional do paciente oncológico, principalmente dos idosos, pode afetar o resultado do tratamento e a qualidade de vida, muitos oncologistas ainda negligenciam a questão nutricional. Uma alta demanda de procedimentos e atualizações médicas, falta de tempo para abordagem e rastreamento nutricional ou falta de estudos clínicos fase III sobre nutrição podem colaborar para essa negligência. O cuidado do paciente oncológico tem início no consultório do oncologista, que deve reconhecer a importância da nutrição e envolver de forma precoce uma equipe multidisciplinar, favorecendo assim o paciente e impedindo o declínio do seu estado nutricional. Cerca de 20% dos pacientes com câncer morrem a cada ano apenas pelas consequências da desnutrição e caquexia e não pela doença oncológica (MUSCARITOLI; ARENDS; AAPRO, 2019). A inclusão da avaliação do estado nutricional e seu monitoramento devem ser considerados boas práticas clínicas no tratamento do câncer. Um suporte nutricional corretamente indicado e o acompanhamento com uma equipe multidisciplinar podem fazer toda a diferença no tratamento, no performance status e na qualidade de vida de idosos com câncer (COTOGNI et al., 2019; MUSCARITOLI; ARENDS; AAPRO, 2019). **A**

**Tabela 2** – Indicação de nutrição pré-operatória

IMC < 18 kg/m <sup>2</sup> ou idosos com IMC < 22 kg/m <sup>2</sup>
Albumina sérica <3,0 g/dl
Perda de peso de > 10% nos últimos seis meses ou > 5% nos últimos três meses
Avaliação Subjetiva Global (ASG) grau C
Avaliação do risco nutricional (NRS 2002) > 5

Fonte: A autora

## Referências bibliográficas

- ARENDS, J. et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v. 36, n. 1, p. 11-48, Feb. 2017. DOI 10.1016/j.clnu.2016.07.015.
- BLANC-BISSON, C. et al. Undernutrition in elderly patients with cancer: target for diagnosis and intervention. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, Boca Raton, v. 67, n. 3, p. 243-254, Sept. 2008. DOI 10.1016/j.critrevonc.2008.04.005.
- BLASIAK, J. et al. Nutrition in cancer therapy in the elderly—an epigenetic connection?. **Nutrients**, Basel, v. 12, n. 11, p. 3366-3382, Nov. 2020. DOI 10.3390/nu12113366.
- BRASPEN. Diretriz Braspen de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer. **Braspen Journal**, São Paulo, v. 34, p. 2-32, 2019. Supl. 3.
- CAILLET, P. et al. Association between cachexia, chemotherapy and outcomes in older cancer patients: a systematic review. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v. 36, n. 6, p. 1473-1482, Dec. 2017. DOI 10.1016/j.clnu.2016.12.003.
- COTOGNI, P. et al. Nutritional therapy in cancer patients receiving chemoradiotherapy: should we need stronger recommendations to act for improving outcomes?. **Journal of Cancer**, Wyoming, v. 10, n. 18, p. 4318-4325, 2019. DOI 10.7150/jca.31611.
- KONDRUP, J. et al. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v. 22, n. 4, p. 415-421, Aug. 2003. DOI 10.1016/s0261-5614(03)00098-0.
- MUSCARITOLI, M.; ARENDS, J.; AAPRO, M. From guidelines to clinical practice: a roadmap for oncologists for nutrition therapy for cancer patients. **Therapeutic Advances in Medical Oncology**, London, v. 11, p. 1758835919880084, Nov. 2019. DOI 10.1177/1758835919880084.
- RAUH, S. et al. Nutrition in patients with cancer: a new area for medical oncologists? A practising oncologist's interdisciplinary position paper. **ESMO Open**, London, v. 3, n. 4, p. e000345, May 2018. DOI 10.1136/esmoopen-2018-000345.
- RYAN, M. A. et al. Effects of weight loss and sarcopenia on response to chemotherapy, quality of life, and survival. **Nutrition**, Burbank, Calif, v. 67-38, p. 110539, Nov.-Dec. 2019. DOI 10.1016/j.nut.2019.06.020.
- VOLKERT, D. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v. 38, n. 1, p. 10-47, Feb. 2019. DOI 10.1016/j.clnu.2018.05.024.
- WEIMANN, A. et al. ESPEN guideline: clinical nutrition in surgery. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v. 36, n. 3, p. 623-650, June 2017. DOI 10.1016/j.clnu.2017.02.013.
- WEIMANN, A. et al. ESPEN practical guideline: clinical nutrition in surgery. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v. 40, n. 7, p. 4745-4761, July 2021. DOI 10.1016/j.clnu.2021.03.031.



Serviço domiciliar especializado  
no cuidado de idosos



Acompanhamento domiciliar  
de idosos



Enfermagem domiciliar



Atendimento médico



Psicologia



Emergência móvel



Carro adaptado  
para cadeirante



Nutrição



Fisioterapia



Ambulância para simples  
remoção



Fonoaudiologia



Serviço de monitoramento

\* Verificar disponibilidade  
dos serviços por estado.

Uma verdadeira  
rede de proteção ao idoso

Rio de Janeiro

(21) 2577-1717  
www.saidrio.com

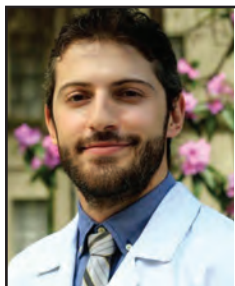
São Paulo

(11) 3590-0033  
www.saidsp.com

Belo Horizonte

(31)3045-5628  
www.saidbh.com

# Novas perspectivas para a sexualidade



**MILTON ROBERTO FURST CRENITTE** Médico geriatra; doutorado em ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) (em andamento); coordenador médico do Ambulatório de Sexualidade da Pessoa Idosa do Hospital das Clínicas da FMUSP; ponto focal de sexualidade do Centro Internacional de Longevidade (ILC-Brasil); professor do curso de medicina da Universidade de São Caetano do Sul; voluntário da ONG EternamenteSOU.

Imagem: divulgação

**A** coisa mais moderna que existe é envelhecer. Isso foi o que Arnaldo Antunes, hoje com 61 anos, disse em sua música *Envelhecer*, lançada há pelo menos dez anos. Mas será que a vivência da sexualidade pelas pessoas idosas estaria incluída nessa modernidade? E dependendo da resposta, o que há de novo nesse campo do saber?

A gerontologia, ciência que estuda o envelhecimento, avançou muito nas últimas décadas em relação ao “mito da velhice assexuada”, num processo entendido por “erotização da velhice” (DEBERT e BRIGEIRO, 2012). No entanto, diversas opressões e discriminações ainda restringem essa população da vivência e experimentação plena de seus corpos.

É verdade que, com o tempo, algumas mudanças fisiológicas ocorrem no corpo, como a redução de lubrificação vaginal nas mulheres ou o declínio da intensidade do orgasmo nos homens. Porém, são os preconceitos que levam muitos a crer que essas alterações são as principais causas de dificuldade nessas vivências. Há diversas outras, como o receio de homens idosos de serem considerados safados, indecentes ou degenerados por exporem publicamente seus carinhos e desejos. Essa situação pode ser ainda pior para mulheres mais velhas, cujo aprendizado sobre a própria sexualidade foi pautado por códigos morais mais rígidos (SRINIVASAN et al, 2019).

Nesse contexto, também há a necessidade de romper com pelo menos dois outros paradigmas: um que estabelece como padrão a heterocisnormatividade, cuja presunção de heterossexualidade e cisgeneridade não representaria os dilemas e desafios enfrentados pela população

LGBTQIA+ que envelhece; e outro que considera a penetração como única forma de obtenção de satisfação sexual, sendo nosso movimento contrário para “desgenitalizar o prazer” e permitir a descoberta pelas pessoas idosas de outras inúmeras zonas prazerosas em seus corpos.

“A sexualidade tem pouco ou nada a ver unicamente com ereções e orgasmos, e sim com comunhão, com tocar e se deixar tocar, acariciar e ser acariciada, ter e dar prazer. É só conseguir mudar o padrão de encarar e de atuar, usando formas abertas e receptivas entre si, que se chega ao nirvana nos encontros amorosos (Fucs, 1992, p. 94).”

Por essas razões, o olhar para a sexualidade deve ser comparado a um iceberg. Na ponta dele ficariam as manifestações biológicas. Porém, abaixo no nível do mar, e imperceptível para quem o vê de longe, seu maior volume seria composto por questões psíquicas, sociais e culturais. Dessa forma, é impossível explicar, “operar” ou auxiliar a sexualidade de pessoas idosas apenas com estratégias pautadas em medicamentos ou na indústria farmacêutica.

É inegável que esses recursos têm um papel significativo. Desde que não haja contraindicações, o uso de medicamentos para auxiliar a ereção tem a função de resgatar a confiança e a intensidade da rigidez peniana, garantindo a obtenção de prazer com a penetração, se esse for um desejo do indivíduo. E, mesmo para aqueles cuja resposta farmacológica não é a esperada, existem também intervenções orientadas por urologistas, como fármacos injetáveis ou até próteses penianas.

Já as questões relacionadas à lubrificação vaginal são uma das principais queixas encontradas por mulheres cisgênero e homens trans que envelhecem. Para tal, é fundamental que o profissional de saúde reforce a importância das preliminares e o uso de lubrificantes à base de água. O estrogênio vaginal pode ser utilizado em alguns casos em doses baixas, após exclusão de um antecedente pessoal de neoplasia relacionada a esse hormônio (SHIFREN et al, 2008).

Entretanto, duas outras reclamações aparecem como as mais comuns em até cerca de 40% das mulheres: o baixo desejo sexual e a dificuldade de atingir o orgasmo. Nesse contexto, resgato a imagem do iceberg mencionada anteriormente. É impossível imaginar que uma pílula mágica ou um suposto “Viagra” pudessem “normatizar” o desejo ou o orgasmo feminino (SHIFREN et al, 2008).

Problemas de relacionamento, machismo estrutural, estresse, fadiga, tabus, repressão sexual, violência sexual prévia, medicamentos de uso contínuo e condições médicas podem atrapalhar ou dificultar a libido de uma mulher. Dessa forma, a escuta deve ser a primeira abordagem do profissional de saúde, a fim de entender as expectativas relacionadas. Não é incomum, por exemplo, uma mulher buscar ajuda médica por falta de desejo para corresponder a uma demanda de seu (sua) parceiro(a). Após a avaliação dessas variáveis, o aconselhamento deve ser individualizado.

Outra medida não farmacológica que complementa o arsenal terapêutico dos problemas sexuais da mulher é a mudança do estilo de vida, como atividades físicas regulares, alimentação saudável, higiene do sono, controle do estresse, consumo consciente de álcool e cessação do tabagismo.

Entretanto, nesse debate sobre modernidade, envelhecimento e sexualidade não podemos passar sem discutir prevenção e incidência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como o HIV.

Hoje estimativas mostram que, em países como os Estados Unidos, a porcentagem de indivíduos com 50 anos ou mais que vivem com HIV é maior do que 50% da amostra total. Além disso, a taxa de novos pacientes nessa faixa etária que usam terapia antiretroviral (TARV) cresceu de 8,5% para 19,1% em homens, entre 1993 e 2012, e de 6,6% para 19,5% em mulheres (COSTAGLIOLA, 2014).

Outro ponto que merece destaque nesse debate se rela-

ciona ao diagnóstico tardio nessas pessoas. Estudos mostram que o risco de um idoso ser diagnosticado tardiamente é maior do que o de uma pessoa mais jovem. Isso pode ser deletério para o prognóstico de saúde, aumentando a possibilidade de desenvolver aids e levando a maiores taxas de mortalidade. Esse fato também é considerado como possível obstáculo para o controle da epidemia, o que acaba por contribuir para uma maior probabilidade de transmissão nessa faixa etária (MUKOKO et al, 2013).

Alguns formadores de opinião têm propagado a ideia de que o maior acesso às tecnologias de liberdade sexual por idosos, como o Viagra e os aplicativos de relacionamento, por exemplo, explicariam esses achados. Mas essa seria uma análise muito superficial e pouco elucidativa.

Por outro lado, são os tabus, os mitos e a ausência de políticas públicas de prevenção voltadas para pessoas idosas os potenciais fundamentos dessa tendência. Os especialistas em saúde coletiva já evidenciaram que campanhas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis desconectadas dos contextos sociopolíticos, sem relação com a realidade sexual da pessoa e baseadas na ameaça de morte são comprovadamente ineficazes.

Orientar um homem com disfunção erétil a utilizar camisinha, por exemplo, pode ter o efeito de “jogar palavras ao vento”, enquanto entender suas angústias e negociar o uso de um remédio para ereção, se não houver contraindicações, associado ao preservativo pode ser mais eficiente. Até mesmo em um casal supostamente monogâmico a utilização da camisinha pode sugerir uma possível traição, o que justificaria a sua não utilização nesse contexto. Nesse caso, uma conversa sem tabus, a testagem regular para ISTs, a recomendação para utilização de preservativos em possíveis relações extraconjugais ou até mesmo o uso da profilaxia pré-exposição (PrEP) seriam orientações viáveis (CRENITTE et al, 2021).

Assim, há a possibilidade de aplicar os conceitos da prevenção combinada, pouco conhecida entre geriatras e especialistas em gerontologia. Trata-se de uma abordagem simultânea em múltiplos níveis (biomédica, comportamental e estrutural), sendo que a estratégia biomédica elenca intervenções não hierarquizadas, que podem ser oferecidas à pessoa. Ou seja, não existe método melhor para todos, mas sim aquele mais adequado para o contexto de cada um.

Esse “cardápio” de possibilidades (Figura 1) envolve o acesso a preservativos internos e externos<sup>1</sup>, testagem regular para HIV e outras ISTs, lubrificantes, profilaxia pré-exposição (PrEP), profilaxia pós-exposição (PEP), vacinação para hepatite A e B e o tratamento de todas as pessoas que vivem com HIV (CRENITTE et al, 2021).



Figura 1 – Intervenções biomédicas

A transformação nesse campo do saber também envolve mais um tabu: a sexualidade em pessoas com demência. Ao contrário do que muitos acreditam, alguns pacientes podem manter desejos de expressões de sexualidade, mesmo que a maioria apresente uma redução no desejo, na frequência e na satisfação sexual.

Essa situação pode se apresentar ao profissional de saúde de diversas formas: seja um casal em que uma pessoa tenha demência, as duas ou até mesmo novas relações em

instituições de longa permanência para idosos (ILPIs). Essas realidades, que se tornarão cada vez mais comuns, acendem um debate no qual não existe verdade absoluta ou respostas fáceis e prontas.

A despeito da evolução do quadro cognitivo, muitos podem manter a capacidade de tomada de decisões. Em quadros leves, fica mais fácil o profissional perceber essa competência, mas em quadros moderados a avançados pode ser necessária a aplicação de um teste específico para avaliar a capacidade de julgamento.

Nesse contexto, reprimir ou proibir a expressão da sexualidade sem embasamento pode ser um ato violento que contribui com o sofrimento biopsicossocial da pessoa com demência e de seus familiares. Há relatos de casos na literatura evidenciando que alguns desses indivíduos podem apresentar melhora em alguns sintomas comportamentais ao terem a possibilidade de expressão da intimidade, do toque e do afeto.

Por outro lado, a fim de proteger a pessoa com demência, é importante destacar que o ato de “estupro de vulnerável” é previsto no Código Penal como um crime, e parceiros fixos poderiam, em tese, ser enquadrados nessa legislação. Por isso, o profissional de saúde deve questionar os cuidadores e, em caso de dúvida sobre a capacidade de consentimento, realizar uma avaliação mais aprofundada.

Porém, a sexualidade não se resume apenas ao ato sexual, e nossa abordagem não pode ser baseada no binarismo do “tudo ou nada”, do “certo ou errado” ou do “normal ou patológico”. É preciso ir além, respeitando a biografia e a heterogeneidade de cada um. Ao levarmos em conta que indivíduos com declínio cognitivo podem se beneficiar do toque e da intimidade, ao invés de simplesmente proibirmos a expressão da sexualidade nos casos de progressão da doença, é possível orientar aquele que irá se relacionar com o idoso sobre formas de carinho, afeto, toque e intimidade, como abraços ou até mesmo uma massagem nos braços e nas pernas com aroma agradável.

Por fim, falar em novidades no campo da sexualidade envolve mais transformações e quebra de tabus do que a descoberta de novas drogas pela indústria farmacêutica. Talvez a música de Arnaldo Antunes possa incluir na modernidade em envelhecer a liberdade para sentir e dar prazer, e para isso um caminho possível é aproveitado com uma frase da poeta Upile Chisala:

1. Preservativos internos e externos são os nomes das conhecidas camisinhas feminina e masculina, respectivamente. Mas podem ser usados por pessoas de todos os gêneros.

“As palavras são uma arma poderosa,  
De transformação,  
De mudança.  
Então transforme  
a si mesma  
e o mundo à sua volta”  
(CHISALA, 2020, p. 1)

#### Agradecimento

Agradeço a João Paulo Tiago (São Paulo, Brasil) pela confecção da figura divulgada neste artigo.

#### Referências bibliográficas

CHISALA, Upile. **Eu destilo melanina e mel**. São Paulo: Leya, 2020.

CRENITTE, Milton, RICK, Fernanda, AVELINO-SILVA, Vivian. Safer sex in older age: putting combination preventive HIV strategies into practice. **Lancet Longevity**, Volume 2, n 9, p.538-9, Setembro, 2021.

Debert, Guita e Brigeiro, Mauro. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 27, n. 80, p. 37-54, 2012.

FUCS, Gilda. **Homens e mulheres: encontros e desencontros** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

SHIFREN JL, MONZ BU, RUSSO PA, SEGRETI A, JOHANNES CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. **Obstet Gynecol**. v. 5, n. 112, p. 970, 2008.

SRINIVASAN, S. GLOVER, J, TAMPI, RR. Sexuality and the Older Adult. **Curr Psychiatry Rep**. v. 21, n. 97, 2019.

COSTAGLIOLA, D. Demographics of HIV and aging. **Current Opinion in HIV and AIDS**. v. 9, n. 4, p.294-301, 2014.

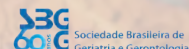
MUKOKO, A, VILLEGAS, R, ALIYU, M, WALLSTON, KA. Predictors of late presentation for HIV diagnosis: A literature review and suggested way forward. **AIDS and Behavior**. v. 17, n. 1, p. 5-30, 2013.

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

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

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

APOIO





# Reflexões sobre o XIV Congresso Brasileiro de Bioética

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

**D**e 29 de setembro a 2 de outubro ocorreram o XIV Congresso Brasileiro de Bioética, o VI Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e a I Jornada dos Comitês de Bioética Hospitalar. Como dito por Dirceu Greco, atual presidente da Sociedade Brasileira de Bioética, “é neste momento político, social e sanitário tão complexo que vivemos que a bioética se torna mais importante”. Foram dias de intensa reflexão sobre o tema que permeou todas as mesas – “A Terra em suas diversas formas e interações” –, integralmente na plataforma digital, permitindo palestras de pensadores em bioética de todo o planeta.

## Temas instigantes

Na primeira manhã de discussões, o VI Congresso de Bioética Clínica trouxe reflexões profundas sobre o cenário atual da pandemia de Covid-19: “As vacinas e o enfrentamento da pandemia e da infodemia”, por Samuel Goldenberg (Fiocruz Paraná); “Bioética clínica no cenário atual da Covid-19: atuação do Comitê de Bioética do HC-Unicamp”, por Flavio Sá (Universidade Estadual de Campinas); e “Bioética clínica em Latinoamérica” por Carla Saenz (Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS).

Carla Saenz, responsável pelo Programa Regional de Bioética da OPAS, lançou alguns desafios importantes dentro da ética da saúde pública, como a necessidade de cooperação entre as comunidades, alocação justa de recursos e respeito à diversidade de identidades e valores, onde nenhuma liberdade individual é absoluta. Segundo ela, os desafios éticos de natureza populacional requerem um verdadeiro valor ético de saúde pública. A especialista destacou ainda que durante a pandemia não apenas não bastaram as leis e os protocolos já existentes, ou mesmo experiências de pandemias prévias, como também faltaram produtos e materiais bioéticos direcionados ao público em geral, com melhor balanceamento das obrigações éticas para as questões populacionais, como na distribuição das vacinas. Por fim, ela afirmou que as sociedades latino-americanas precisam recuperar a diversidade de linguagem moral para o desenvolvimento de uma bioética “para a vida real” e não para a academia.

O XIV Congresso Brasileiro de Bioética seguiu com diversos temas e de maneira congruente com a visão da palestrante da OPAS. Na mesa “Fundamentação teórico-filosófica da bioética”, Miguel Kottow, professor do Departamento de



Bioética na Universidade do Chile, trouxe uma “proposta de fundamentos para uma nova bioética”. Segundo ele, a bioética está em crise e necessita de uma nova proposta fundamentada por ferramentas adequadas, passando a ser rizomática, perspectiva na qual todo argumento terá de se comunicar com outro(s) argumento(s), sempre aberto a novos pontos de fuga daqueles já existentes. Se a bioética é uma reflexão, não terá compromissos de coerência, sugestão ou recomendação. Se a bioética é a ética aplicada, há de elaborar um discurso responsável. Ele terminou sugerindo que devam existir alguns atributos antropológicos transcendentais para a consolidação da bioética rizomática, como a relação do ser humano com o outro, a transcendência imanente e a transcendência pessoal de si, e que as ferramentas para os fundamentos da nova bioética seriam o desenvolvimento de voz própria, a profanação das “vacas sagradas” e a criação de uma nova linguagem.


Outro tema bastante instigante foi “Como promover uma formação crítica em bioética”, apresentado por Sergio Rego, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, vinculada à Fundação Oswaldo Cruz, na mesa de “Bioética e Educação”. Ele ressaltou que é preciso “estimular o pensamento crítico, o reconhecimento da alteridade, da pluralidade e diversidade moral, da solidariedade e da justiça”. Em seguida, Patrícia Bataglia, da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista, trouxe “Uma reflexão sobre a formação de profissionais de saúde”, onde ressaltou a necessidade do desenvolvimento da competência moral nos estudantes da saúde para que lidem com a adversidade de modo empático, resolvam problemas e conflitos apenas através da reflexão e diálogo com base nos princípios morais universais ou valores, ao invés do uso da força e manipulação, ou submissão a outras pessoas.

No contexto de bioética e educação, Laura Bishop, diretora do programa acadêmico do Instituto Kennedy de Ética da Georgetown University (EUA), atualizou o conhecimento sobre recursos tecnológicos inovadores para uso na educação da bioética no engajamento de jovens em nível pré-universitário, trazendo exemplos de estudos e apresentações em plataformas digitais acessíveis.

Além dos temas anteriormente expostos, reflexões magistrais sobre a bioética na saúde foram deixadas por Marco Bobbio, secretário-geral fundador da Slow Medicine na Itália; Gonzalo Vecina, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; e José Paranguá de Santana, da Fiocruz Brasília. Outros temas da saúde ainda foram destaque no congresso, como “Bioética do início e do fim da vida”; “Bioética e direitos humanos”; “Bioética global, social e política”; “Bioética ambiental”; “Pluralismo e povos originários”; “Bioética e biotecnologia”; “Bioética e inteligência artificial”; e “Ética em pesquisa”.

Por fim, sob a coordenação de Reinaldo Ayer de Oliveira, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi apresentada a I Jornada dos Comitês de Bioética Hospitalar, com ênfase nos direitos dos pacientes e na estrutura e composição dos Comitês de Bioética Hospitalares.

### Reflexão necessária

A bioética revisitada nesse congresso trouxe a oportunidade de uma reflexão necessária para um olhar mais prático e menos acadêmico, mais aberto e responsável, e que dê conta das necessidades atuais da Terra e de todos os seres humanos. Nas palavras de Darryl Macer, diretor do Eubios Ethics Institute, em sua emocionante palestra sobre “Amor e natureza”: “A bioética é verdadeiramente a ponte para o futuro (Potter), a fundação da responsabilidade humana sobre as plantas e os animais (Jahr) e é o resultado do nosso amor pela vida (Macer)”. 

---

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

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

# Reflexões sobre a mediação de conflitos como fundamento a uma política pública de cuidados à pessoa idosa



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



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

Imagem: divulgação

## Introdução

A longevidade já é percebida como um fenômeno mundial, com o expressivo crescimento da população idosa em grande parte dos países. Nas nações desenvolvidas onde o envelhecimento se deu de modo lento foi possível a elaboração gradual de políticas públicas para atender às demandas que surgiriam. Entretanto, o que se observa em países em desenvolvimento, como o Brasil, é um rápido e exponencial crescimento do envelhecimento populacional, de modo comprimido, em poucos anos (ALCANTARA; CAMARANO; GIACOMIM, 2016 p.16).

São localidades com grandes desigualdades sociais e iniquidades em saúde, que mal conseguiram dirimir problemas de saneamento básico ou moradia, e em que agora

o envelhecimento pressiona o Estado a ser ágil na criação de políticas públicas e programas que atendam às necessidades da pessoa idosa (WONG; CARVALHO, 2006).

Já é consenso que o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida, sendo dinâmico, multifatorial e heterogêneo, onde há perdas e ganhos que se equilibram numa homeostase e que, associados ao estilo de vida, podem levar a uma velhice bem-sucedida ou a uma situação de agravos em saúde, com fragilidade e vulnerabilidade, exigindo maior demanda por cuidados de longa duração, muitas vezes sem nenhum apoio informal e com necessidade de atenção do Estado (OMS, 2015).

Com o advento da pandemia, observou-se a população idosa como grupo de risco, com oferta prioritária no esque-

ma vacinal, bem como mais recentemente para as doses de reforço. No entanto, foi possível perceber ainda mais outras questões, como o preconceito etário, as mortes em massa, o luto recorrente com a perda de familiares e amigos e os efeitos deletérios do isolamento social, dos conflitos oriundos do convívio familiar imposto, das sequelas pós-Covid e os cuidados dispensados aos mais velhos nesses cenários (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

São mais desafios que se somam aos anteriormente mencionados, num país que já tem leis e políticas descritas e dirigidas à população idosa mas que ainda carece de aplicações práticas. Este artigo tem por objetivo exemplificar e relacionar as contribuições da mediação de conflitos com as legislações e políticas públicas existentes neste contexto.

### **Políticas públicas desenvolvidas ao longo do tempo**

A Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como a Organização das Nações Unidas (ONU), vem investindo na construção de políticas públicas de cuidados destinados aos mais velhos, que serão brevemente destacados aqui. O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2003) surgiu como produto da II Assembleia Mundial do Envelhecimento em Madri, Espanha, com o intuito de assegurar às pessoas idosas participação social, perspectiva de gênero, proteção de direitos fundamentais e diminuição da pobreza, entre outros.

Em 2005 a OMS reafirmou as diretrizes traçadas em Madri e estabeleceu a Política do Envelhecimento Ativo (WHO, 2005) com a saúde como eixo fundamental, com especial apoio aos cuidadores formais e informais, além da participação social ativa, com segurança, valorizando a autonomia e a independência da pessoa idosa e fortalecendo a educação em envelhecimento e a aprendizagem ao longo da vida como um dos pilares, reconhecendo a população idosa em todos os níveis de funcionalidade e condições de saúde.

Como políticas mais recentes, destacam-se o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015), a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 (OPAS, 2020) e o Relatório Global sobre Idadismo (WHO, 2021), que fortalecem a importância da manutenção da capacidade funcional dos idosos, a criação de oportunidades de inserção social, a eliminação de barreiras ambientais, estratégias

globais para o desenvolvimento do envelhecimento saudável e o combate ao preconceito etário, que causa prejuízos à saúde e suprime direitos fundamentais.

No Brasil, temos dois marcos fundamentais: a Política Nacional do Idoso (PNI, 1994), criada pela Lei no 8.842 e posteriormente regulamentada por meio do decreto nº 1.948, e o Estatuto do Idoso (2003), considerado hoje o principal documento especialmente criado para assegurar os direitos da pessoa idosa a saúde, moradia, trabalho e renda, alimentação e participação social, mas também para criminalizar situações de violência em suas várias formas, abandono e negligência.

Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), cujo escopo são a preservação, a manutenção ou o fortalecimento da autonomia e da independência da pessoa idosa por meio do estímulo ao Envelhecimento Ativo.

A criação de serviços de atenção à pessoa idosa passa então a vigorar, obedecendo às diretrizes traçadas por políticas e marcos legais, tais como os núcleos de convivência do idoso (NCI), os centros-dia para idosos (CDI), as instituições de longa permanência para idosos (ILPI), assim como os serviços de saúde especializados, como o Centro de Referência do Idoso, existente no Estado de São Paulo.

Com a ampliação da visão sobre o envelhecimento como um processo, cujo curso de vida associa capacidades funcionais intrínsecas (fatores biofisiológicos e genéticos) e extrínsecas (o estilo de vida adotado por cada indivíduo e a interação deste com o meio ambiente onde vive) (OMS, 2015), e com a crescente valorização da convivência e solidariedade intergeracionais, com as necessidades de cuidados de longa duração e, mais recentemente, com os desafios impostos aos familiares e cuidadores, a mediação surge como possibilidade para a construção de diálogos saudáveis entre a pessoa idosa e o seu entorno.

### **A mediação e a importância de integrar as diretrizes de cuidado e proteção de direitos da pessoa idosa**

A mediação é um método consensual de solução e prevenção de conflitos em que é trabalhada a melhora da comunicação, da convivência relacional e dos cuidados necessários. Ela acontece em diversos contextos, entre eles o fami-

liar. Quando relacionada aos direitos da pessoa idosa, a mediação familiar pode contribuir para a visibilidade e a compreensão do processo de envelhecimento para garantia e afirmação de direitos, bem como para o empoderamento da pessoa idosa em sua participação, escuta e voz (MARTINS, 2017).

Com relação ao percurso histórico, a mediação é milenar, presente em diversas culturas, religiões, contextos, sendo desenvolvida no mundo todo. No Brasil, os estudos e práticas da mediação se iniciaram em 1990. A mediação passou a ser uma política pública em 2010 com a Resolução 125 do Conselho Nacional de Justiça, que instituiu a Política Nacional de Tratamento Adequado dos Conflitos de Interesses, com o fortalecimento do acesso à Justiça pelos meios consensuais e a criação em todo o país dos Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (Cejus) e dos parâmetros para a atuação do mediador judicial (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010).

Em 2015 foi finalmente aprovada a nossa Lei de Mediação: a Lei 13.140, que regulamenta a mediação entre os particulares e a possibilidade da mediação em conflitos que envolvem a administração pública, estabelece as diferenças entre a mediação judicial e extrajudicial, menciona os princípios de atuação do mediador e define a mediação como “atividade técnica exercida por terceiro imparcial sem poder decisório, escolhido ou aceito pelas partes, que as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsia” (BRASIL, 2015, Art. 1º - Parágrafo único).

Em seu artigo 2º, a Lei de Mediação reforçou os princípios de atuação do mediador:

(1) imparcialidade: garantia de uma atuação isenta de interferência pessoal do mediador e com conhecimento da realidade dos mediandos;

(2) isonomia entre as partes: tratamento igual de todos os participantes com equilíbrio da oferta de participação;

(3) oralidade: a mediação prima pela simplicidade e por colaborar com o diálogo entre os participantes, sempre com prevalência da fala à escrita;

(4) informalidade: leva em conta a realidade de cada caso concreto, havendo um procedimento a ser seguido, podendo ser flexibilizado sempre que necessário;

(5) autonomia da vontade das partes: a vontade é o prin-

cípio máximo da mediação, bem como o princípio da autodeterminação dos próprios participantes que chegam por si próprios em soluções;

(6) busca do consenso: a mediação sempre busca o entendimento e a resolução conjunta dos participantes;

(7) confidencialidade: em regra, a mediação é sigilosa, exceto em casos de ciência de crime e aumento de risco, que deverão ser comunicados;

(8) boa-fé: a mediação se fundamenta e somente acontece fundamentada na boa-fé de conduta (BRASIL, 2015, Art. 2º; BRAGA NETO, 2021, p. 111-113).

O direito a envelhecer tem seu percurso histórico com a evolução da legislação no âmbito internacional e nacional fundamentada nos direitos humanos fundamentais da pessoa idosa. Como exemplos de legislações que ancoram os direitos estão a Declaração Universal dos Direitos Humanos, documento pioneiro na proteção universal dos direitos humanos que estabelece a todos a liberdade, a igualdade e os direitos (UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS, 2008, art. 1º). A Constituição Federal Brasileira (1988), no parágrafo 3º, reforça os princípios de direitos fundamentais ao determinar entre os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil a promoção do bem de todos, sem preconceitos ou quaisquer outras formas de discriminações que se relacionem à pessoa humana (BRASIL, [2016]).

Conforme Santos, Moreira e Lima-Silva (2021), a partir da década de 1970 houve avanço na expectativa de vida, com necessidade de se implementar legislações específicas e políticas públicas e de assistência social direcionadas à pessoa idosa. Na década de 1980 a Assembleia Mundial para o Envelhecimento estipulou como meta um Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, com repercussões no Brasil, com destaque para avanços legais como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (1993). A LOAS garante o tripé seguridade social, saúde e previdência, com destaque para o benefício de prestação continuada (BPC) aos idosos com mais de 65 anos com renda familiar mensal per capita familiar igual ou inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo (BRASIL, 1993).

Outro importante avanço legal foi a Política Nacional do Idoso (PNI), que segundo Giacomini (2016, p. 595) “busca assegurar direitos, apresentar princípios e criar condições

para a autonomia e a integração social da pessoa idosa”. A mesma autora alerta para a dificuldade de sua efetividade e cita estratégias para fortalecer a PNI que envolvam os profissionais, os gestores e a sociedade, com o desenvolvimento de habilidades e competências para gerir questões relacionadas ao envelhecimento com aprimoramento do conhecimento e da prática (GIACOMIN, 2016).

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) chega aos 18 anos com conquistas e desafios ao elencar os direitos fundamentais da pessoa considerada idosa a partir dos 60 anos e reforçar as obrigações compartilhadas da família, Estado, sociedade e comunidade perante a efetivação desses direitos. Vale ressaltar que cada idoso e toda a população devem conhecer os preceitos legais, pois sua efetividade acontece quando atinge a diversidade e heterogeneidade de cada um que envelhece.

Com relação ainda aos direitos humanos da pessoa idosa e ao fortalecimento do acesso à Justiça pelos meios consensuais, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos (OAS, 2015) incentiva os Estados participantes a propiciar o desenvolvimento e o fortalecimento de políticas públicas e programas destinados à promoção de “mecanismos alternativos de controvérsias”, que incluem a mediação de conflitos. A Convenção protetiva do idoso assinada pelo nosso país em 2015 encontra-se em processo de aprovação (OAS, 2015, Art. 31).

Dessa forma, no âmbito dos direitos humanos a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos inova ao estabelecer formas alternativas de resolução de conflitos na concretização do princípio do

acesso à Justiça (MARTINS; HERRMANN, 2019). Com a aprovação da Convenção se fortalecem os diversos métodos consensuais de solução de conflitos, para que integrem as políticas públicas voltadas aos direitos da pessoa idosa.

### Considerações finais

As políticas públicas direcionadas à atenção e aos cuidados com a pessoa idosa têm sido concebidas à luz do fenômeno da longevidade em expansão no mundo todo. Todavia, a desigualdade social presente em muitos países, com desafios ainda não suplantados na distribuição de renda, no acesso a serviços essenciais, nas questões de moradia e nas dificuldades com cuidados de longa duração para os idosos, tem levado ao desenvolvimento de conflitos.

A mediação surge como método dialógico, consensual, construído de forma colaborativa e coletiva com todos os envolvidos no processo para, além do entendimento de possíveis soluções, dirimir ou findar desentendimentos, pois destina-se a envolver a todos no contexto do cuidado, levando em consideração a heterogeneidade do envelhecimento, suas particularidades e as necessidades e as expectativas da pessoa idosa em questão.

Embora seja um método bastante utilizado nas esferas jurídicas, equipes e serviços de saúde muitas vezes desconhecem a mediação como um caminho ao diálogo, passível de integrar as políticas e as diretrizes de cuidados, complementando a atuação interdisciplinar já bem estabelecida nesse âmbito. Que num futuro breve a mediação seja do conhecimento de todos, popularizada o bastante para ser percebida como acessível, necessária e resolutive. **A**

### Referências bibliográficas

ALCANTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIM, K. C. (org). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28693](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28693). Acesso em: 15 out. 2021.

BRAGA NETO, A. **A Mediação e a Administração Pública**. São Paulo: Editora CL-A Cultural, 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016].

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18769, 8 dez. 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8742compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742compilado.htm). Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Lei no 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Esta-

tuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1 out. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm). Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Lei no 13.140, de 26 de junho de 2015. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/L13140.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13140.htm). Acesso em: 13 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, [20 out.] 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 13 out. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução no 125, de 29 de novembro de 2010**. Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Brasília: CNJ, 2010. DJE/CNJ nº 219/2010, de 01/12/2010, p. 2-14 e republicada no DJE/CNJ nº 39/2011, de 01/03/2011, p. 2-15. Disponível em: [https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao\\_125\\_29112010\\_03042019145135.pdf](https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_125_29112010_03042019145135.pdf). Acesso em: 12 out. 2021.

GIACOMINI, K. C. Considerações finais. In: ALCANTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMINI, K. C. (org). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 595, 604. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28693](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28693). Acesso em: 15 out. 2021.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SANTANA, R. F. Saúde do idoso em tempos de pandemia covid-19. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, p. e72849, 2020. DOI [dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849](https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849).

MARTINS, A. N. E. **Mediação familiar para idosos em situação de risco**. São Paulo: Blucher, 2017. Disponível em: <https://www.blucher.com.br/livro/detalhes/mediacao-familiar-para-idosos-em-situacao-de-risco-1294>. Acesso em: 13 out. 2021.

MARTINS, A. N. E.; HERRMANN, M. E. C. A Mediação como instrumento de acesso à Justiça nas relações familiares com idosos. **Mais 60**: estudos sobre envelhecimento, São Paulo, v. 29, n. 73, p. 68-83, abr. 2019. Disponível em: <https://www.secsp.org.br/files/artigo/ae-ae9680/99cc/48f9/b807/f69d5362009b.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

OAS – ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos: AG/RES.2875 (XLV-O/15). In: REGULAR SESSION OF THE OAS GENERAL ASSEMBLY, 45th., 2015, Washington, D.C. **Proceedings...** Washington, D.C.: OAS, 2015. (OAS. Documentos oficiais; OEA/Ser.P); (OAS. Documentos oficiais; OEA/Ser.D). (Aprovada na segunda sessão plenária, realizada em 15 de junho de 2015). Disponível em: [https://www.oas.org/en/sare/documents/CIPM\\_POR.pdf](https://www.oas.org/en/sare/documents/CIPM_POR.pdf). Acesso em: 15 out. 2021.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. p. 12-13. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=3049B81A348F5579B3229E8B-](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=3049B81A348F5579B3229E8B-11FBC8C0?sequence=6)

11FBC8C0?sequence=6. Acesso em: 15 out. 2021.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Plano de ação internacional para o envelhecimento, 2002**. Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_manual/5.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf). Acesso em: 15 out. 2021.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Década do envelhecimento saudável 2021-2030**. Brasília: OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-2021-2030>. Acesso em: 15 out. 2021.

SANTOS, G.; MOREIRA, A. P. B.; LIMA-SILVA, T. B. **Os 18 anos do Estatuto do Idoso**. [São José dos Campos]: SUPERA, 2021. Disponível em: <https://metodosupera.com.br/os-18-anos-do-estatuto-do-idoso/>. Acesso em: 15 out. 2021.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS. **Universal Declaration of Human Rights**. Geneva: OHCHR, 2008. Disponível em: [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf). Acesso em: 15 out. 2021.

WHO – World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: WHO, 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 15 out. 2021.

WHO – World Health Organization. **Global report on ageism**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340208/9789240016866-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 out. 2021.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-30982006000100002>.

## 1

**Luiz Antonio Gil Jr.** – Médico geriatra; médico do Pronto Atendimento Geriátrico Especializado do Hospital Sírio-Libanês; doutorando em ciências médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; membro da Sociedade Internacional de Oncogeriatría; diretor médico do Instituto Benvita; co-founder da MastercareBrasil.

**IDENTIFICAÇÃO**

Sr. ABS, masculino, 80 anos, católico. Natural e procedente de Marabá-PA, área rural, quatro filhos, oito netos, vem para se tratar em São Paulo, pois um dos filhos morava na cidade.

**QUEIXA**

Solicitada avaliação de paciente internado devido a confusão mental.

**HISTÓRIA**

Paciente internado aos cuidados da equipe cirúrgica devido a neoplasia de pele (carcinoma espinocelular) com metástase em linfonodos axilares associado a infecção das lesões axilares e odor fétido.

**EVOLUÇÃO**

Durante a internação, apesar do uso de ciprofloxacino, clindamicina e analgesia com opioides, o paciente não evoluía bem, apresentando rebaixamento do nível de consciência e confusão mental. Solicitada avaliação da equipe de geriatria para avaliação e auxílio na manutenção do caso.

**COMORBIDADES**

Hipoacusia – não protetizado.  
Hiperplasia prostática benigna.

**Medicação em uso**

Tansulosina 0,4 mg (uso crônico).  
Ciprofloxacino, clindamicina, dipirona, morfina, enoxaparina (na internação).

**AVALIAÇÃO DA INTERCONSULTA**

**Motivo da solicitação:** avaliação e manejo do delírium. Auxílio para decisão terapêutica.  
Paciente com carcinoma espinocelular de pele metastático infectado (metástase ganglionar), internado para tratamento antimicrobiano e decisão sobre a terapêutica mais adequada para o tratamento do câncer. Sem outros focos de metástase. Acompanhado pelo neto.

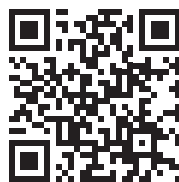
**PERFORMANCE STATUS NO MOMENTO**

**Escala de Karnofsky atual:** 30% extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte.  
ECOG 4 – restrito ao leito.

**Atividades básicas de vida diária:** atual – nenhuma (antes da internação – totalmente independente).  
**Palliative Prognostic Index:** menor que 4 – sobrevivência menor do que três semanas.

**PERGUNTA**

Qual a melhor condução para o caso?



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

# 2

**Marcela Cypel** – Médica especialista em oftalmologia pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia; residência pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, especialização em retina e vítreo pelo Departamento de Oftalmologia da Universidade de São Paulo; doutorado em ciências médicas e visuais e pós-doutorado pelo Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Membro associado da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

## IDENTIFICAÇÃO

Paciente do sexo feminino, 76 anos. Nascida e moradora na cidade de SP, viúva há dez anos. Professora aposentada de idiomas.

## PRIMEIRA CONSULTA

Vem à consulta com o filho, com o qual passou a morar há dois anos. Morava em um apartamento e agora vive em uma casa. Ela mesma conta sua história, com fatos interessantes, e se diverte com seu relato. O filho interfere pouco, faz alguns comentários e a corrige algumas vezes na ordem cronológica de alguns fatos. Ela mesma refere piora da visão durante a pandemia e diz já ter diagnóstico de catarata em ambos os olhos desde o final de 2019. Estava com receio de operar e a pandemia postergou a decisão. Só agora pôde retomar essa questão. Quando questionada sobre os tipos de atividade que gosta de fazer, responde que gosta de ler e fazer palavras cruzadas em português e inglês, ver televisão e produzir peças de tricô e crochê para pessoas carentes. Atualmente está com dificuldade nas atividades que envolvem visão detalhada.

### Realizado exame oftalmológico completo:

- Acuidade visual de 20/30 olho direito e 20/80 olho esquerdo (20/40 é a acuidade visual mínima para manutenção das atividades de vida diária com independência).
- Opacidade de cristalino moderada no olho direito e moderada a intensa no olho esquerdo, indicando presença de catarata.

São realizadas medidas de refração, mas não se chega a nenhuma combinação de grau que melhore a visão atual de forma significativa. Retina colada com discretos sinais de degeneração macular relacionada à idade.

**Conduta ao final da consulta:** indicação de cirurgia de catarata em ambos os olhos, com os pontos favoráveis do procedimento esclarecidos de forma cuidadosa. A paciente mostra-se interessada, mas o filho interfere, dizendo que vai conversar com os demais irmãos.

Durante a anamnese a paciente repete algumas informações e pergunta ao filho pelo menos três vezes se depois da consulta vai voltar para a casa dela.

Ao terminar a consulta ambos saem da sala, mas o filho pede à mãe que se sente na sala de espera, pois esqueceu algo na sala de atendimento. Volta ao meu encontro e conta que a mãe está com início de doença de Alzheimer e que a trouxe para atendimento, pois ela reclamava da visão. Ele achou que óculos poderiam ajudar, já que não sabe se valeria investir na realização de uma cirurgia de catarata.

### Impressão diagnóstica

- Doença de Alzheimer
- Catarata em ambos os olhos

## PERGUNTAS

- Como conduzir a consulta mediante a postura do filho da paciente?
- Qual a relevância do quadro demencial na minha conduta oftalmológica?



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



➔ **POR JOSÉ CARLOS CAMPOS VELHO**

Médico geriatra, praticante de tai chi chuan e editor do site Slow Medicine Brasil

javierastasio2.blogspot.com



**A OBRA DE LEONARD COHEN**  
(1887-1982)

Leonardo Cohen é um músico canadense com uma longa carreira iniciada nos anos 60. Nascido em Westmount, além de músico e compositor, escreveu um livro de memórias de sua adolescência e juventude, intitulado *A Brincadeira Favorita*. Cohen sempre foi explorador da alma humana e de suas vicissitudes. Já na sua velhice, depois de ter vivido inúmeros amores e em vários lugares do mundo, dedicava-se à vida espiritual, através da meditação em um mosteiro budista nos arredores de Los Angeles. Nessa época viveu graves problemas financeiros, pois foi enganado por seu representante. Esse acontecimento o fez voltar aos palcos, o que, para seus fãs, foi a melhor coisa que poderia acontecer. Além da gravação de dois novos CDs, ele fez uma grande turnê pelo mundo. Temas como a velhice, a solidão e a morte são abordados de forma poética e transcendente.



Tuca Vieira

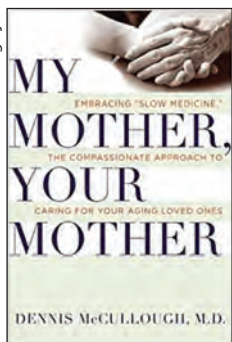


**CONCERTOS  
NA SALA SÃO PAULO**



Essa dica é de um passeio cheio de significado e beleza. A Sala São Paulo é o lugar onde a Orquestra Sinfônica do Estado de São Paulo (Osesp) se apresenta. Sediada numa antiga estação de trem, relacionada a um período áureo da economia paulista, o prédio é de uma incrível beleza arquitetônica. Ir ao concerto e ter a oportunidade de ver a Osesp é uma experiência transcendente e uma vivência de grande riqueza cultural. Ao adentrar aquele espaço sublime, nos deparamos com pessoas de todas as idades, mas percebemos que é um lugar essencialmente democrático e diversificado, mostrando a convivência frutífera entre as gerações. Chama atenção o número de idosos presentes – trata-se de um espaço que não oferece barreiras arquitetônicas ou de acesso. Tomar um café acompanhado de um petisco, conhecer sua bela livraria e mergulhar na sonoridade da orquestra é uma festa para os sentidos e o espírito.

Divulgação



**MY MOTHER,  
YOUR MOTHER,**  
de Dennis McCullough

Infelizmente sem tradução para o português, o livro de Dennis McCullough é uma obra-prima e uma referência seminal para a slow medicine. Falando das últimas fases da vida, o livro propõe uma série de atitudes a serem pensadas, e eventualmente tomadas, diante de diversas situações que quase inevitavelmente ocorrerão na velhice. É um livro que pode ser lido por médicos, familiares, cuidadores e profissionais de saúde e que certamente contribuirá para uma melhor compreensão e uma melhor vivência e preparação para a velhice tardia. Esse livro teve um papel fundamental na minha história pessoal, pois de forma casual tive contato com seu autor em um Congresso Americano de Geriatria em 2010. Através dessa obra pude ter acesso às ideias da slow medicine, que mudaram o rumo da minha vida e a minha forma de encarar a prática médica. Ele traz o olhar da slow medicine para o envelhecimento e a atenção geriátrica.

www.activif.com



**TAI CHI CHUAN**

O tai chi é uma modalidade de prática corporal chinesa cujas raízes são o taoísmo, o budismo, o confucionismo e as artes marciais dos monges do mosteiro Shaolin, na China. O tai chi é conhecido como uma prática mente-corpo e também como uma meditação em movimento. São movimentos lentos e graciosos, cuja origem é marcial. Sabe-se que o tai chi é uma prática corporal adequada para idosos, pois traz inúmeros benefícios para seu praticante: proporciona melhora no equilíbrio, na força muscular e na consciência corporal, com impacto também na respiração, sendo além disso uma oportunidade de convivência social. O tai chi é uma arte que se constrói com o tempo e a dedicação. Táí uma boa possibilidade de aprender uma arte e uma atividade física holística e abrangente.

Divulgação



**UMA HISTÓRIA REAL**

*Uma História Real* (*The Straight Story*, no título original em inglês) é um filme da década de 90, do diretor David Lynch, que conta a história de dois irmãos, Alvin e Lyle, separados há dez anos após uma discussão durante uma bebedeira. Ambos já estão com idade avançada e Lyle sofre um derrame. Alvin, tendo no horizonte a perspectiva do fim da vida e da morte, resolve rever seu irmão e faz uma longa viagem atravessando três estados do meio-oeste americano em um pequeno trator de cortar grama. Trata-se de um filme de enorme sensibilidade, com grande profundidade psicológica de seus personagens. A música e a fotografia são belíssimas. Baseado em fatos reais, o filme proporciona uma reflexão imperdível sobre a velhice e o final da vida.



GERP • 2022

## 12º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia

11º Simpósio das Ligas de Geriatria e Gerontologia

Pré-congresso: 30 e 31 de Março de 2022

Congresso: 5 a 9 de Abril de 2022

# BEM-VINDOS AO GERP 2022

## DIFERENCIAIS

- 4 Cursos pré-congresso
- Com a inscrição no Congresso, você já garante um Curso gratuitamente
- Aulas disponíveis para acesso pós evento
- Descontos para inscrições em grupo

### Saiba mais:

🌐 [congressogerp.com.br](http://congressogerp.com.br)

### Dúvidas:

✉ [inscricao@medicinecursos.com.br](mailto:inscricao@medicinecursos.com.br)

☎ (11) 97267-0947

### Siga-nos nas redes sociais:

📷 @sbggsp



**Mauricio de Miranda Ventura**

Presidente da Geriatria - SBGG SP



**Elci de Almeida Fernandes**

Presidente da Gerontologia - SBGG SP

"Esperamos que o GERP'22 seja um marco no histórico de nossos congressos. Sejam bem-vindos e um bom evento a todos."



Realização:  Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia  
SÃO PAULO

Organização:  Medicine Eventos

## Novo canal de Relacionamento Médico

A **Cora Residencial Senior** sabe da importância da continuidade dos cuidados assistenciais ao idoso em parceria com o médico de referência.

Queremos buscar uma visão e tratamento integrados para proporcionar a melhor adaptação do residente e, para isso contamos com você doutor, que será sempre nossa referência.

**Para oferecer uma interação ágil e personalizada** com a nossa equipe clínica, disponibilizamos um canal exclusivo para atendimento. À frente deste canal, Patricia Ribeiro se une à equipe Cora para viabilizar esse relacionamento.

**Entre em contato e saiba mais sobre o nosso Programa de Adaptação e os benefícios para o idoso e para você, doutor!**



11 96847-1215



11 5054-7210



relacionamentomedico@coraresidencial.com.br



corasenor.com.br