



RADAR
LANÇAMENTOS E NOTÍCIAS
DO MERCADO DE SAÚDE

QUEM FAZ
PROFISSIONAIS QUE SE DESTACAM
NA ÁREA DO ENVELHECIMENTO



MERCADO
ACOMPANHANTES CULTURAIS
GANHAM ESPAÇO

ano V • edição 26
nov/dez 2017 • jan 2018



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



ESPECIAL

Cinedebate *A Idade do Amor*
convida a refletir sobre
relacionamentos na terceira idade

COLÓQUIO

Slow medicine: uma conversa com
o geriatra José Carlos Campos Velho

BLUE ZONES

Saiba o que faz dessas regiões
verdadeiros polos da longevidade

Distribuição exclusiva
para a classe médica

Medley

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



6 Colóquio

Slow medicine e seu impacto na prática:
um papo com o geriatra **José Carlos Campos Velho**

11 Quem faz

Profissionais que fazem a diferença no envelhecimento

14 FYI

Uma seleção de estudos sobre geriatria e gerontologia
nos periódicos nacionais e internacionais



16 Capa

Blue Zones: os segredos das regiões mais longevas do mundo

24 Psicologia

Envelhecimento e sexualidade: mitos, preconceitos
e diferenças de gênero **Carlos Lima Rodrigues**

28 SBGG-SP Hoje

Vacinas: um dos pilares da prevenção
para o envelhecimento saudável **Maisa Kairalla**



30 Especial

Cinedebate *A Idade do Amor* convida
à reflexão sobre o amor na terceira idade

36 Mercado

Acompanhantes culturais conquistam espaço no mercado 60+

38 Em movimento

Ideias e recursos para o paciente e para o cuidador



40 Radar

Lançamentos e notícias do mercado de saúde

42 Programe-se

Anote na agenda: simpósios, congressos e workshops

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

GERIATRIA

Editor clínico:

Paulo Renato Canineu

Conselho editorial:

Claudia Burlá
Clineu de Mello Almada Filho
Cybelle Maria Costa Diniz
Eduardo Ferriolli
Elisa Franco de Assis Costa
Elizabeth Viana de Freitas
Emilio Hideyuki Moriguchi
Eurico T. De Carvalho Filho
Fânia Cristina dos Santos
Hercílio Hoepfner Jr.
João Carlos Barbosa Machado
João Senger
João Toniolo Neto
Julio César Moriguti
Mauricio de Miranda Ventura
Maysa Seabra Cendoroglo
Milton Luiz Gorzoni
Naira H. Salles de Lima Hojaij
Nereida Kilza da Costa Lima
Omar Jaluul

Renato Gorga Bandeira de Mello
Renato Maia Guimarães
Renato Moraes Alves Fabbri
Renato Peixoto Veras
Roberto Dischinger Miranda
Rubens de Fraga Jr.
Sami Liberman
Vitor Last Pintarelli
Wilson Jacob Filho
Yukio Moriguchi

Colaboradores:

Alexandre Leopold Busse
Amanda Aranha
André Kayano
André Pernambuco
Berenice Werle
Bibiana Povinelli
Carlos André Uehara
Eduardo Canteiro Cruz
Felix Martiniano M. Filho
Ianna Lacerda Sampaio Braga
Lara Miguel Quirino Araújo
Lilian Faria
Lilian Schafirovits Morillo

Luciana Farias
Luiz Antonio Gil Jr.
Maise Kairalla
Marcelo Valente
Rodrigo Demarch
Rodrigo Flora
Sumika Mori Lin
Thiago Avelino
Venceslau Coelho

GERONTOLOGIA

Editora clínica:

Naira Dutra Lemos

Conselho editorial:

Adriana Keller Coelho
Alexandre Leopold Busse
Anita Liberalesso Neri
Claudia Fló
Elaine Rodrigues da M. Baptista
Eliane Jost Blessmann
Eloisa Adler Scharfstein
Fábio Falcão de Carvalho
Fernanda Varkala Lanuez
João Marcos Domingues Dias

Johannes Doll
Jordelina Schier
Jussara Rauth
Laura Mello Machado
Leani Souza Máximo Pereira
Leila Auxiliadora J. de Sant'Ana
Leonor Campos Mauad
Ligia Py
Maria Angelica S. Sanchez
Maria Claudia M. Borges
Mariela Besse
Marisa Accioly Domingues
Monica Rodrigues Perracini
Myrian Spinola Najas
Rita de Cássia Guedes
Sabrina Michels Muchale
Sandra Regina Gomes
Sonia Lima Medeiros
Telma de Almeida B. Mendes
Tereza Bilton
Túlia Fernanda Meira Garcia
Valmari Cristina Aranha
Viviane Lemos Silva Fernandes
Wilson Jacob Filho
Zally P. Vasconcelos Queiroz

Aptare
REVISTA DE
GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

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

12.500 exemplares

Imagem de capa

Fotolia

Jornalista responsável

Lilian Liang (MTB 26.817)

ISSN 2316-1434

Contatos

EDITORIAL:

Lilian Liang

lilian@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

(11) 9-8585-8356

COMERCIAL:

Debora Alves

debora@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição: Renata Costa e Silvia Regina Sousa

(texto); Carlos Lima Rodrigues e Maisa Kairalla (artigo)

ERRATA: Na *Aptare* ed.25, divulgamos erroneamente que o vice-presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, **Bahij Amin Aur**, tem graduação em assistência social. **O correto é graduação em serviço social.**

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

 **DÍNAMO EDITORA**

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

Forever young



Assisti recentemente a um filme italiano chamado *Forever Young* (2016). É uma comédia que traz a história de um grupo de amigos às voltas com o próprio envelhecimento. Trata-se de um filme despretenso, que aborda dramas reais de uma perspectiva cômica e divertida.

Destaco uma cena que considero um dos pontos altos: Giorgio, um executivo de rádio à beira dos 50 anos que tem uma namorada de 22, vai à casa de sua massagista, porque querem cruzar seus cachorros. Enquanto aguardam a lua de mel canina, ela coloca um LP na vitrola para que Giorgio adivinhe a música. A inconfundível *Total Eclipse of the Heart*, de Bonnie Tyler, embala a cena. Os dois dançam e cantam a plenos pulmões, num primeiro sinal de que dali poderia nascer uma grande paixão.

Eu, obviamente, cantei junto. Quando os créditos finais do filme subiram, percebi que havia me identificado com mais situações do que esperaria normalmente. E foi então que me dei conta: envelhecer estava deixando de ser um verbo conjugado apenas na terceira pessoa.

Comecei a escrever sobre envelhecimento e longevidade em 2012, aos 38 anos. Os 40 se aproximaram com uma velocidade implacável, e o meu último dia de 39 anos foi passado no mais pleno sofrimento. Conseguiu ver a areia escorrendo na minha ampulheta mental: “Só mais cinco

horas até os 40. Só mais quatro horas até os 40”. Aí a areia acabou, os 40 chegaram e... nada mudou. Aquele sofrimento todo tinha sido à toa.

Mas, três anos depois desse dramalhão, vejo sinais claros da passagem do tempo. No meu próprio corpo, nos meus gostos, nos meus planos. A identificação com as questões apresentadas no filme foi a maior prova de que, aos poucos, começo a conjugar o verbo envelhecer na primeira pessoa.

Confesso que, inicialmente, essa constatação é um pouco assustadora. Por outro lado, é um privilégio entender o envelhecimento na própria pele, ainda que de forma incipiente. Nosso papel, como veículo de comunicação, é informar e educar para a longevidade. Ao falarmos com conhecimento de causa, acreditamos que nossa cobertura fica mais real, mais precisa e mais próxima de nossos leitores. Portanto, digam o que quiserem: para nós aqui da *Aptare*, envelhecer está sendo ótimo, pelo menos para fins profissionais!

À medida que começo a encarar meu próprio envelhecimento, penso também no tipo de idosa que gostaria de ser. Ainda não sei exatamente, mas gosto muito da música *Velha e Louca*, de Mallu Magalhães:

“Pode falar que eu não ligo/
Agora, amigo/Eu tô em outra/
Eu tô ficando velha/
Eu tô ficando louca

Pode avisar que eu não vou/
Oh oh oh/Eu tô na estrada/
Eu nunca sei da hora/
Eu nunca sei de nada

Nem vem tirar/Meu riso frouxo com algum conselho/
Que hoje eu passei batom vermelho/Eu tenho tido a alegria como dom/ Em cada canto eu vejo o lado bom.

Pode falar que nem ligo/Agora eu sigo/O meu nariz/Respiro fundo e canto/Mesmo que um tanto rouca
Pode falar, não importa/
O que tenho de torta/Eu tenho de feliz/Eu vou cambaleando/De perna bamba e solta

Nem vem tirar/Meu riso frouxo com algum conselho/Que hoje eu passei batom vermelho/Eu tenho tido a alegria como dom/Em cada canto eu vejo o lado bom.”

Boas festas e um belíssimo 2018, repleto de alegrias e realizações!

Lilian Liang
Editora



José Carlos Aquino de Campos Velho

Geriatra, clínico geral e fundador do movimento *slow medicine* no Brasil

Por uma medicina sem pressa

Por Lilian Liang

Em tempos em que as palavras de ordem são velocidade, produtividade e tecnologia, o geriatra gaúcho José Carlos Aquino de Campos Velho vem abrindo um caminho que pode parecer absurdo para muita gente. Desde 2015 ele é o principal porta-voz da *slow medicine*.

O movimento da *slow medicine* nasceu na Itália como um dos desdobramentos do movimento *slow food*, que ficou conhecido mundialmente por pregar não apenas o direito às refeições sem pressa, mas também a utilização de produtos artesanais de qualidade, que respeite tanto o meio ambiente quanto os produtores.

No Brasil, a *slow medicine* chegou pelas mãos de Campos Velho, quase que por acaso. O geriatra ouviu falar do conceito pela primeira vez em 2010, num congresso de geriatria nos Estados Unidos. Na sala praticamente vazia, ele foi apresentado aos princípios da medicina sem pressa e se encantou. “Eu me identifiquei imediatamente com as

ideias apresentadas. Na verdade, aquilo ali sintetizava de certa maneira uma forma de trabalhar que eu já vinha adotando havia muitos anos, que eu já percebia como uma forma adequada de ver as coisas em geriatria”, conta.

Mas foi apenas em 2015 que Campos Velho passou a se dedicar de fato ao movimento no Brasil. Ele criou o site www.slowmedicine.com.br e, aos poucos, foi construindo uma rede de contatos interessados numa medicina sem pressa, cuja filosofia propõe o resgate do tempo como parte essencial da abordagem médica. São dez princípios que regem a medicina sem pressa: tempo, individualização, autocuidado e autonomia, conceito positivo de saúde, prevenção, qualidade de vida, medicina integrativa, segurança em primeiro lugar, paixão e compaixão e uso parcimonioso de tecnologia. Tudo tem início a partir de um ponto muito simples: “A *slow medicine* começa pela escuta cuidadosa e respeitosa do paciente. Enfatiza o raciocínio clínico e o cuidado focado no

paciente”, diz a definição.

Nesses dois anos à frente do movimento no país, o site da *Slow Medicine Brasil* se tornou a principal referência mundial no tema, com materiais inéditos, reprodução de artigos internacionais, além de listas de filmes e livros dedicados ao assunto. Para divulgar a produção do site, Campos Velho se apoia fortemente nas redes sociais – hoje já são quase mil seguidores em sua página no Facebook.

Confira a entrevista.

Aptare – Como a *slow medicine* surgiu na sua prática?

Velho – Meu contato com a *slow medicine* foi num congresso da American Geriatrics Society, em 2010, na Disney. Fui assistir a uma palestra que se chamava “Humanidades em geriatria”. Os congressos americanos geralmente são muito cuidadosos em relação à questão do tempo. Se está marcado para começar às 13h30, começa às 13h30. Às 13h30 eu cheguei lá, tinha uma ou duas pessoas. Às

13h35 chegou mais um... Eram quase 13h45 quando chegou um senhor, que sugeriu: “Parece que não tem nada organizado aqui. Então vamos nos apresentar e conversar um pouco sobre o que fazemos”. Esse senhor era Dennis McCullough, autor do livro *My Mother, Your Mother*, e que foi o grande divulgador da ideia da *slow medicine* nos Estados Unidos. Fui conversar com ele no final da palestra porque fiquei muito encantado e me identifiquei imediatamente com as ideias que ele havia apresentado. Na verdade, aquilo ali sintetizava de certa maneira uma forma de trabalhar que eu já vinha adotando há muitos anos, que eu já percebia como uma forma adequada de ver as coisas em geriatria. Comprei o livro dele, que tinha sido publicado uns dois anos antes. Li o primeiro capítulo e disse: “É isso, essa história é sensacional”. Aí a coisa andava um pouco, eu começava a ler de novo e falava: “Nossa, é sensacional

essa história, preciso ler este livro até o fim”. Eu lia o primeiro e segundo capítulos, achava muito legal, parava. Até que em julho de 2015 decidi ler o livro até o fim.

Quando terminei, pensei: “Essa história é muito interessante, temos que trazer o autor para o Brasil”. Aí mandei um e-mail para o Dr. Dennis, que me respondeu dois dias depois dizendo que se lembrava de mim e que, sim, gostaria de vir ao Brasil para dar uma palestra. Fomos negociando, conversando, trocando e-mails, mas encontrei muita resistência, não achei ninguém muito interessado. Conversei com várias pessoas, porque o meu vínculo institucional era com hospitais privados onde eu trabalhava, não com uma instituição acadêmica. Infelizmente, a coisa não andou muito.

Mas naquele mesmo ano houve uma palestra no Hospital Sírio-Libanês com o Dr. Marco Bobbio, que é o autor de *O Doente Imaginado*. Na palestra, ele contava a história do movimento slow medicine na Itália. Aí pensei: “Nossa, que coisa interessante”. Eu não conhecia a história italiana, só conhecia o Dennis McCullough e achava que era uma coisa dele. Aí me interessei por isso.

Aptare – Seu envolvimento com a slow medicine é bastante recente. O que o levou a pensar nesse movimento de forma organizada?

Velho – No Congresso Pau-

lista de Geriatria de 2015 houve duas palestras de um médico americano chamado Steven Cummins, que falou sobre fragilidade. No final da segunda palestra, alguém lhe perguntou sobre vitamina D. Foi uma questão superpolêmica. Ele contou que iria publicar um editorial no *JAMA* (que foi publicado no dia 5 de fevereiro de 2016) que dizia: “Mais uma vez uma nova história a respeito das vitaminas recontada. Um conto que foi recontado, essa história não é bem assim”. Ele falava de um estudo suíço feito com 6 mil pacientes que mostrava que a reposição de vitamina D em pacientes com níveis abaixo de 30 levava a um número maior de quedas e fraturas. Quando vi essa palestra, eu já estava meio desconfiado da história da vitamina D. Havia umas três mesas falando sobre o tema.

No que isso me tocou? Em pensar mais a respeito da nossa prática. Aí eu estava no computador numa noite de sábado em dezembro – o congresso havia sido em meados de novembro – e fui ver se o domínio *slowmedicine.com* existia. Não existia. Comprei o domínio e mandei um e-mail para o Dr. Dennis: “Dr. Dennis, eu comprei o domínio do Slow Medicine Brazil, o que o senhor acha?”. Ele respondeu: “Acho que um website é um excelente começo”. Aí resolvi produzir material. A ideia principal era levantar uma consciência em relação a essa questão, para

quem sabe trazer o Dennis aqui e traduzir o livro dele. Fui falar com o Dr. Dario Birolini, que é professor emérito da USP em cirurgia e tinha escrito o prefácio do livro do Bobbio. Conversamos longamente. Ele resolveu bancar a iniciativa e hoje é um dos nossos mentores. No dia 12 de abril de 2016 publicamos o site, e desde então temos crescido.

Aptare – E como tem sido a repercussão?

Velho – Hoje o site é, sem falsa modéstia, o lugar onde você mais tem informação no mundo sobre slow medicine de forma sistematizada e concentrada. Está em língua portuguesa, mas, mesmo usando qualquer outra língua, nosso site ainda é o que tem mais informações e eu explico por quê.

Nos Estados Unidos há iniciativas isoladas: tem a Katy Butler, que escreveu o livro *Knocking on Heaven’s Door*, que é voltado a cuidados paliativos; tem a Victoria Sweet, que escreveu o livro *God’s Hotel* e que agora lançou *Slow Medicine: The Way to Healing*, que provavelmente terá muito impacto. Tinha o Dr. Dennis McCullough, que infelizmente faleceu em junho do ano passado; e tem um grupo de médicos de Harvard que faz revisões sistemáticas da literatura sob um olhar da slow medicine. Todos esses grupos, no entanto, funcionam, de certa maneira, de forma separada. Tem também um médico

que fazia fitoterapia chamado Ladd Bauer, que foi o autor do primeiro editorial em língua inglesa usando a expressão “slow medicine”. Ele se referia ao livro do Dennis McCullough, mas via a slow medicine como uma forma de pôr uma ponte entre a medicina tradicional e as práticas integrativas. É bem interessante. O Dr. Ladd Bauer é um pensador da slow medicine e fala do mito dos cegos e do elefante. Um pega a tromba e diz: “Isso é uma cobra”, outro diz “É uma corda”, outro pega a perna e diz “É um pilar”. Na verdade estão todos falando da mesma criatura. É isso que acontece com a slow medicine.

Na Holanda existe uma iniciativa bem tímida. Um advogado e um médico criaram um instituto de slow medicine que de certa forma foca muito no trabalho em questões de saúde pública, de cidades mais amigas, tentando levar alguns conceitos... É uma intervenção muito mais social do que voltada para medicina.

E tem um grupo italiano, que é o mais coeso. Eles têm uma Associação Italiana de Slow Medicine, acabaram de fazer a quarta edição do congresso de slow medicine em meados de novembro. Eles têm muita produção, uma presença densa dentro da sociedade médica e da mídia italiana. A grande questão é que nem os italianos falam muito com os americanos, nem os americanos

falam muito com os holandeses... Ninguém fala com ninguém. Eu consegui estabelecer vínculo com todas essas pessoas. A *slow medicine* brasileira bebe de todas essas fontes e está tentando criar uma linguagem local dessa ideia, com elementos de todos esses movimentos no mundo. Estou bastante vinculado a esses grupos na perspectiva de uma internacionalização do movimento. Então o que aconteceu foi isto: uma ideia que começou muito pequena – o site, trazer o Dr. Dennis – hoje tem toda uma implicação.

Aptare – É possível dizer que a *slow medicine* teria um mentor, como Cicely Saunders foi para os cuidados paliativos? Ou a *slow medicine* é uma construção muito maior?

Velho – A mãe de todos os movimentos *slow* é a *slow food*, que começou em 1986, em Roma. A *slow medicine* é uma vertente desse movimento, voltada para a saúde. Na verdade, esse é o ponto inicial. Alberto Dolara, cardiologista italiano, publicou em 2002, no já descontinuado *Italian Heart Journal*, um artigo que se chamava “Invito a Una Slow Medicine” (Convite à *slow medicine*). Foi quando a expressão “*slow medicine*” foi utilizada pela primeira vez. Nesse artigo ele apontava que, da mesma maneira que aconteceu com a comida, também a prática médica poderia se beneficiar do que ele chama-va de um desaceleramento

do processo de tomada de decisões. E ele apontava algumas áreas que poderiam ser muito beneficiadas com essa ideia. Uma delas eram os cuidados de final de vida, em que ele questionava o excesso de tecnologia, de intervenções e procedimentos. Ele propunha uma prática mais individualizada, cuidadosa, trabalhando com aspectos de suporte à família... Ele identificava o processo de desaceleramento no final de vida como uma questão importante.

Ele falava também a respeito dos idosos, mais especificamente sobre a tendência de desospitalização precoce que acontece nos hospitais. Por exemplo, no caso de um idoso que passa por um processo de desospitalização precoce sem uma transição de cuidados adequadamente estruturada: ele vai para casa ou para uma instituição? Quem vai cuidar dele? Dolara propunha que essa ideia de dar alta com precocidade, particularmente para idosos, poderia ser contraproducente, porque se esse trabalho não fosse bem elaborado esse paciente teria um risco alto de reinternar precocemente por outra ou pela mesma complicação, e muitas vezes numa instituição diferente da que ele tinha saído. Ele também propunha que talvez fosse melhor se o processo fosse mais cuidadoso, mais lento, mais organizado para dar alta para esse idoso e se houvesse

uma rede de suporte adequadamente constituída para que essa transição de cuidados se desse de maneira adequada. A ideia é que esse era um processo que se fazia com rapidez e que acabava criando problemas no sentido de reinternações precoces, de altas sem a resolução total ou pelo menos o encaminhamento da questão, e risco de novas internações, que também teriam implicação em custos. Esse, na verdade, foi o artigo inicial que fundou essa ideia.

Aptare – A *slow medicine* prega o desacelerar e dar mais tempo ao paciente, entre outros princípios. Como incorporar esses conceitos num sistema que estimula a produtividade e a velocidade, inclusive na medicina?

Velho – Você conhece a campanha *Choosing Wisely* [*Escolhendo com sabedoria, em tradução livre, é uma campanha norte-americana que procura educar a sociedade sobre diagnósticos, exames e tratamentos excessivos*]? Essa campanha é muito próxima da *slow medicine*. Na Itália, a Associação Italiana de *Slow Medicine* é quem executa a campanha da *Choosing Wisely* na Itália, e lá o mote é “Fazer mais não significa fazer melhor”. Nos Estados Unidos, a *slow medicine* e a *Choosing Wisely* andam de mãos dadas. Aqui no Brasil isso também acontece: a *slow medicine* tem muita proximidade com essa campanha. Quais são algumas das questões colocadas? A *slow me-*

dicine, na verdade, é uma filosofia de trabalho. Existe uma série de princípios que norteiam nossa prática. Obviamente, a questão da velocidade dos atendimentos e da necessidade de produtividade é uma questão cotidiana. Não tenho uma solução para isso nem penso em ter. Mas o que eu posso fazer é divulgar uma ideia diferente dessa: que você pode e deve fazer uma medicina de melhor qualidade e, dessa forma, provavelmente vai combater desperdícios. Se você puser um médico para atender 50 idosos no mesmo dia, ele provavelmente vai pedir muitos exames para esse idoso e vai encaminhar para muitos especialistas. Muito provavelmente, boa parte desses exames não serve para nada. E as consultas de especialista, então... É um modelo muito pouco racional. A verdadeira boa medicina é barata.

Aptare – Há quem discorde...

Velho – Sim, mas a boa medicina é barata. Ao escolher os procedimentos adequados para a pessoa, diminui-se o custo da *fast medicine*, que é uma medicina baseada em eficiência, em tecnologia. A *slow medicine* é uma forma de enfrentar isso, mas a questão é mais essencial: nossa ideia não é baratear custos, e sim melhorar a qualidade do atendimento. A grande questão é por aí. Muita gente diz: “Como vou fazer isso no SUS?”. Vamos usar o exemplo de uma

idosa hipertensa que foi se consultar num posto de saúde. Ela está hipertensa, precisa ajustar os medicamentos, mas o médico observa que existe uma série de outras demandas – ela tem osteoporose, está com algum grau de deterioração cognitiva... Se, ao invés de apenas examiná-la por uma crise hipertensiva e mandá-la embora, o médico atender essa paciente 3 ou 4 vezes a mais, mesmo que em consultas de 15 minutos, em dois ou três meses ele terá dedicado 1 hora, 1,5 hora para essa pessoa. Dessa forma, terá abordado os diferentes momentos, dando uma escala de prioridades em relação às coisas que são mais importantes. E hoje na saúde pública também há mais acesso à prática multiprofissional, então existem várias demandas que podem ser encaminhadas para que outros profissionais abordem de maneira mais adequada. Se você não consegue aplicar todos os dez princípios da *slow medicine* em uma consulta, não tem problema nenhum. Se aplicar um só, está bom. Ou seja, se você deixar de pedir um exame que você já sabe que não precisa, já estará fazendo um pouco de *slow medicine*. Se ouvir três minutos a mais, às vezes, já estará fazendo *slow medicine*. É uma questão de como você aproveita esse tempo, e de como você pode eventualmente se utilizar desses princípios, não

naquele atendimento especificamente, mas para se pautar no sentido de individualizar o cuidado, trabalhar com aquela pessoa em particular. Por outro lado, a grande questão é que estar num hospital de ponta em São Paulo, numa consulta caríssima, de maneira alguma garante que você vai estar fazendo *slow medicine*, porque muitas vezes essas pessoas são muito mais vítimas – particularmente os idosos – de diagnóstico em excesso, procedimento em excesso.

Aptare – Você tem exemplos?

Velho – Tenho um caso, muito recente, de uma senhora de 86 anos com uma demência de fase inicial, que tem diabetes, hipertensão, anemia crônica. Essa paciente chegou até mim em agosto do ano passado sendo acompanhada por uns 14 médicos, cada remédio prescrito por um deles. Ela tomava quase 20 medicamentos. Na primeira consulta, conversei, tomei o contato com a família e disse: “Ela está tomando remédio demais”. Essa paciente, hoje, está tomando uns oito ou nove medicamentos e tem dois médicos – eu e um dermatologista, para um quadro crônico de pele. Então houve uma estratégia de desprescrição. O termo “desprescrição” é central na geriatria: a gente sabe prescrever, mas não sabe tirar remédio, e precisamos saber isso. Essa paciente foi para a Itá-

lia recentemente. Antes de viajar, ela passou no consultório, eu pedi um exame de sangue – nem precisaria, mas a família ia ficar muito angustiada –, examinei e disse: “Pode ir para a Itália, não tem problema”. Dali umas duas semanas chegou no meu e-mail: “O senhor pode dar uma olhadinha nesses exames? O cardiologista da minha mãe pediu para ver se está tudo bem”. Aí eu imaginei que fosse a mesma coisa, mas não era. Ela tinha feito uma tomografia de tórax, uma aortografia, uma tomo de abdômen, um raio x de tórax, um eletro, ultrassons de abdômen, de carótidas, do sistema venoso e arterial dos membros inferiores e uma infinidade de exames de laboratório, inclusive todos os marcadores tumorais. Para quantos desses exames essa paciente teria indicação? Provavelmente nenhum. Além disso, essa paciente correu risco. É uma idosa de 86 anos que tinha tido um quadro dermatológico muito complexo dois anos antes. O contraste tomado poderia ter afetado a função renal, causado alergia... Essa paciente foi atendida em um grande hospital de São Paulo e foi vítima de *fast medicine*.

O cardiologista americano Bernard Lown, que escreveu *A Arte de Curar*, criou um conceito chamado *right care*, que nós traduzimos como “cuidado apropriado”. Em

janeiro deste ano, uma série de oito artigos foi publicada no *Lancet* sobre o *right care*, cuja ideia principal é combater o diagnóstico excessivo, o tratamento excessivo, mas também prestar atenção em subdiagnóstico e subuso. Então o que eles chamam de cuidado apropriado, ou *right care*, é o cuidado para a pessoa certa no lugar certo, no momento certo, na quantidade adequada. Provavelmente essa idosa que foi para a Itália foi vítima do *wrong care*.

O interessante é que essa série de artigos foi lançada em 2017 em Londres, e quem fez o discurso de lançamento foi o Andrea Gardene, uma das lideranças da *slow medicine* da Itália. Eles também falaram da *Choosing Wisely* nesse evento. Então foram unidas as ideias da *Choosing Wisely*, da *slow medicine* e do *right care*, e todas essas campanhas falam praticamente a mesma coisa: que a medicina altamente tecnológica acaba sendo problemática para os pacientes e que precisamos de um novo paradigma, que eles propõem que seja esse cuidado adequado, as escolhas sábias, a medicina sem pressa.

Aptare – A *slow medicine* tem muitos conceitos em comum com os cuidados paliativos, que vêm ganhando cada vez mais força e visibilidade.

Velho – A *slow medicine* é uma espécie de guarda-chuva. Você entra ali com a

Choosing Wisely, com a medicina narrativa, com os cuidados paliativos, com o right care... Todas essas iniciativas que se voltam ao cuidado mais humanizado, mais cuidadoso, cabem embaixo desse guarda-chuva, então é uma maneira de você sistematizar o cuidado com o paciente, a prevenção quaternária... Todas essas coisas dentro de um mesmo açambarcamento de ideias. Ou seja, existe uma relação muito profunda e temos muitos paliativistas que estão bastante próximos da ideia. Um dos módulos do 1º Encontro Brasileiro de Slow Medicine, que reuniu cerca de 80 pessoas e contou com o apoio da Associação Paulista de Medicina, foi sobre luto e cuidados paliativos na slow medicine. O post mais acessado até hoje no site foi da psiquiatra Ana Célia de Sousa, que escreveu um artigo chamado “O direito ao luto sem pressa”. A abordagem que ela faz é superinteressante, pois questiona as questões do DSM5, que estabelecia que duas semanas de luto eram suficientes, passando disso era depressão. No texto ela diz: “Vamos desacelerar essa ideia do processo de luto, vamos entender melhor o que é isso”.

Aptare – Você acha que a sociedade está preparada para o conceito de slow medicine?

Velho – O pessoal da Itália entende que, enquanto a

slow medicine não for um conceito que faça parte também do cidadão e do paciente, a gente não vai ter sucesso. Na verdade, essa é uma ideia que pode estar sendo capitaneada por profissionais de saúde, mas os pacientes e os cidadãos também têm de compartilhar dos mesmos valores e das mesmas ideias. Existe uma publicação chamada *Manifesto da Slow Medicine*, em que se fala de uma medicina sóbria, respeitosa e justa.

Medicina sóbria é aquela em que os progressos tecnológicos não correspondem exatamente a uma melhora do cuidado de uma determinada condição. Fazer mais não significa fazer melhor. Na medicina respeitosa os valores e as expectativas dos pacientes são invioláveis e pessoais, e devem ser respeitados. E uma medicina justa seria aquela acessível a todas as pessoas. Este é o mote do movimento italiano: uma medicina sóbria, respeitosa e justa. Quando eles apontam isso, particularmente quando falam da medicina justa, eles falam que você precisa realmente ter um aporte dos cidadãos nisso. Na Itália, os movimentos slow food e slow medicine se superpõem. Você pode ser associado da Associação Italiana de Slow Medicine e da slow food ao mesmo tempo. Nos EUA também existe uma superposição, como a

Choosing Wisely, que tem o apoio de uma entidade chamada Consumer Reports. São entidades externas à área da saúde, mas em que entra a questão do consumo consciente, do consumo adequado, e a slow medicine, de certa maneira, nada mais é do que o consumo consciente em saúde, em que se questiona o desperdício. Um exemplo: um paciente com uma síndrome coronariana aguda merece um tratamento absolutamente fast porque está infartando. Para esse paciente, faça tudo. Faça agora. Faça imediatamente, de maneira adequada. Mas depois disso o cuidado desse indivíduo não é ficar fazendo cintilografia miocárdica uma vez a cada seis meses, mas sim tomar os remédios direitinho, estabelecer uma relação legal com o médico, mudar os hábitos de vida... isso é uma prática muito mais slow.

Aptare – Como você vê o movimento da slow medicine aqui no Brasil daqui a dez anos?

Velho – Tive há pouco tempo uma reunião com o Dr. Dario exatamente para pensar os próximos passos. Outro dia escrevi um e-mail para o Ladd Bauer e ele disse que a slow medicine tem que se manter tão livre como o ar. Eu faço pós-graduação em tai chi e tivemos uma aula sobre taoísmo. Do ponto de vista do taoísmo, são necessárias três coisas para

caminhar: você precisa do caminho, você precisa do caminhante, e você precisa caminhar. Então o que eu acho é que estamos caminhando em uma direção que a gente ainda não conhece; estamos construindo um caminho.

Existe uma ideia de criar uma ONG que permita que a gente tenha uma participação social maior. O que queremos é realmente capilarizar o movimento. Ter porta-vozes em vários lugares do Brasil que possam falar desse movimento, que possam levar esse conhecimento para as pessoas e aprofundar a discussão. A grande questão da slow medicine é que se trata de uma filosofia, de uma ideia, de princípios que a gente está levando para uma prática de trabalho. Ela é basicamente uma estratégia de divulgação de conhecimentos e de uma sabedoria que está sendo resgatada. Estamos tentando atualizar os aspectos imemoriais da prática médica centrada na relação médico-paciente, no compartilhamento de decisões. A gente aponta no sentido de um processo absolutamente em construção, em que o grande objetivo é que ele vá se capilarizando, não só entre profissionais de saúde como entre gestores e a população em geral. Hoje acho que a iniciativa brasileira é uma das mais pujantes no mundo, mas é, na verdade, uma caminhada.

Profissionais que fazem a diferença no envelhecimento :: QUEM FAZ

Fotos: arquivo pessoal



MAURÍCIO DE MIRANDA VENTURA

Especialista em geriatria pela SBGG e pela AMB; mestre em ciências da saúde pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual; diretor técnico do Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual; coordenador do Internato em Saúde do Idoso pela Universidade Cidade de São Paulo; secretário-geral da SBGG-SP

Minha opção pela geriatria ocorreu em 1986, no último ano da faculdade, por almejar ter uma visão holística do paciente. Meus primeiros passos na especialidade foram no Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Após o término da residência, no início de 1990, fui aprovado no concurso para o recém-criado Serviço de Geriatria no Hospital do Servidor Público Estadual. Lá conheci os pioneiros da especialidade em nosso estado e fundadores da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo: Dr. Ney Geraldo Ribeiro Perracini, então di-

retor do serviço, e seu chefe de enfermaria, Dr. Mario Mosca Filho. Em 2008, após sua aposentadoria, assumi o cargo de diretor.

No começo, a enfermaria médica era encrustada na da ortopedia – dois quartos com quatro leitos cada. Em 1998, após a primeira grande reforma do hospital, tivemos nossa enfermaria inaugurada, com 34 leitos. Após nova reforma, hoje nossa enfermaria está mais moderna, com quartos adaptados às necessidades dos idosos. As quatro salas usadas para o atendimento ambulatorial se transformaram em nove.

Logo nos primeiros anos de serviço foi criada a especialização em geriatria, atendendo a

vocação para o ensino e a pesquisa. 1998 foi o primeiro ano da residência médica, com duas vagas ao ano. Atualmente contamos com dez vagas, que são preenchidas por médicos oriundos de diversos estados do país. Assim o serviço foi crescendo, e atualmente, além da residência médica, ministramos os Cursos de Especialização em Atendimento a Idosos dentro do ambiente hospitalar e ambulatorial e o Curso de Aprimoramento Profissional para profissionais de saúde não médicos.

E assim vamos tentando melhorar sempre, nos aspectos educacionais e assistenciais, para atender uma população mais prevalente e carente de atendimento especializado.



NEIDE ALESSANDRA SANSÃO PÉRIGO

Graduada em educação física pela Universidade São Judas Tadeu (2001); mestrado em ciências da nutrição pelo Departamento de Nutrição e Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp (2012); doutoranda na mesma instituição; assistente técnica da Gerência de Estudos e Programas Sociais (GEPROS) do Sesc SP – Serviço Social do Comércio – São Paulo

Minha relação com idosos começou cedo. Desde criança, lembro que gostava de viajar e dormir na casa dos meus avós. Passava as férias com eles e quando as aulas começavam atormentava os meus pais, pois não queria voltar para casa!

Já na universidade, meu trabalho de conclusão de curso baseou-se em entrevistar idosos frequentadores das aulas de atividades físicas para saber suas motivações e

expectativas, e assim começou a minha relação com o Sesc.

Como estagiária no Sesc Pompeia, pude conversar com o público idoso para a pesquisa e me aproximar cada vez mais dele. Ao finalizar a graduação, trabalhei no Residencial Santa Catarina. Foi uma experiência valiosa, pois entrei em contato com velhos longevos, de outra classe social e com questões funcionais totalmente diferentes das

que eu já conhecia.

No mestrado, estudei o “envelhecimento bem-sucedido” e tive o prazer de ser orientanda da professora dra. Maysa Seabra Cendoroglo, da Universidade Federal de São Paulo. Novamente para o estudo, consegui unir duas paixões, ou seja, idosos e o meu trabalho no Sesc. A pesquisa deu frutos e consegui programar o doutorado.

Atualmente, faço parte da Gerência

de Estudos e Programas Sociais do Sesc São Paulo (GEPROS), onde atuo no núcleo que cuida das ações voltadas para os idosos nas unidades do estado, com mais três colegas – Celina Dias, Sandra Feltran e Ricardo Silvestre.

Em conjunto com os técnicos das unidades, pensamos e organizamos ações em rede, ou seja, projetos que ocorrem simulta-

neamente, como a Semana de Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas; a Campanha de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa; o Dia Internacional do Idoso; o Festival da Integração; e o Cá entre Nós. Além disso, supervisionamos o programa TSI (Trabalho Social com Idosos) nas unidades, editamos a revista *Mais 60* e fazemos parcerias com instituições que atuam na área do envelhe-

cimento, como é o caso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Sou apaixonada pelo trabalho que faço no Sesc e por tudo que já estudei – e continuo estudando – sobre o envelhecimento e a longevidade. Penso que ainda temos muito a fazer e que só com paixão, boas parcerias e dedicação isso é possível.



SANDRA REGINA GOMES

Fonoaudióloga formada pela PUC-SP; título de especialista em gerontologia – SBGG; mestre em gestão e políticas públicas pela Fundação Getúlio Vargas; coordenadora de política para idosos da Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania da Prefeitura de São Paulo

Um trajeto profissional de mais de 30 anos e sempre com um olhar sobre os direitos das pessoas idosas. Onde tudo começou? Com atendimentos fonoaudiológicos em pacientes com sequelas neurológicas e quadros demenciais, que despertaram o meu interesse pelos aspectos sociais, pelas relações familiares, pela falta de informação sobre direitos e pelas dificuldades de um tratamento integrado. Naquela época, fui estimulada a fazer o curso de aperfeiçoamento em gerontologia – tive o privilégio de ser da primeira turma do professor Pápaléo, no Hospital Municipal do Servidor Público. O que mais me estimulou nas aulas foram os debates sobre como implantar e implementar as políticas públicas de forma a atender o maior número de pessoas idosas e seus familiares.

Atuei nas três esferas de governo. No município de São Paulo, sob a égide da então recém-sancionada Lei 10.741 – o Estatuto do Idoso – e a aprovação da Política Nacional de Assistência Social, em 2004, uma nova visão social transformou meu olhar. A consoli-

dação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado na direção do Sistema Único de Assistência Social, pautado no compromisso ético de incluir os “invisíveis”, muitos deles idosos, me permitiu desenvolver uma gestão democrática, participativa e de direitos sociais. Para tanto, foram implantados serviços de proteção social básica e especial para prevenir situações de riscos e vulnerabilidades sociais, tais como Centro de Referência da Cidadania do Idoso, Núcleos de Convivência para Idosos, Apoio Socioalimentar para Idosos, Abrigos para Idosos em Situação de Rua, Centro-Dia e República para Idosos.

Na esfera estadual, a ação foi a implantação do Programa da Organização Mundial da Saúde denominado São Paulo Amigo do Idoso. Em conjunto com o professor Alexandre Kalache e todo o secretariado, elaboramos o Selo Amigo do Idoso, que hoje conta com a participação de 243 municípios paulistas.

No governo federal, como coordenadora geral dos direitos do idoso, na Secretaria de Direitos Humanos, implantamos o Disque

100 – Módulo Idoso, com atendimento telefônico para todo o país e monitoramento junto aos Conselhos Municipais e Estaduais e Ministérios Públicos das denúncias de violências sofridas pela população idosa. A elaboração das recomendações do Fundo Nacional do Idoso para orientar os estados e municípios na utilização da verba foi mais uma ação. A assinatura do Compromisso pelo Envelhecimento Ativo, decreto que garantiu que 11 ministérios incluíssem em suas agendas os temas relacionados aos direitos da população idosa brasileira, foi mais uma grande conquista.

Hoje, de volta a São Paulo, na Coordenação de Política para Idosos, os primeiros passos foram dados, com a assinatura do Decreto Municipal que Regulamenta o Fundo Municipal do Idoso e a mudança de status do Grande Conselho Municipal do Idoso, de consultivo para deliberativo. Momento histórico para a população idosa do município, que será coroado com a implantação do Selo Cidade Amiga do Idoso, na maior metrópole do Brasil.



MARIA SOCORRO MEDEIROS DE MORAIS

Secretária Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, do Ministério dos Direitos Humanos

A Secretária Nacional da Promoção e Direitos da Pessoa Idosa surge num momento muito importante. Ela foi criada pelo decreto 9.122 de 09 de agosto de 2017 e teve suas ações regulamentadas pela lei 13.502 de 01 de novembro de 2017. Seu principal objetivo é coordenar e orientar as ações de promoção de garantia e defesa do idoso. Agora finalmente temos um ente no governo federal com vistas a fazer essas políticas falarem entre si.

A criação da Secretaria também coloca a questão do envelhecimento – necessidades, direitos e diretrizes para a política nacional – na pauta do governo. É um grande avanço dos movimentos sociais e a concretização de uma reivindicação que vem sendo apontada desde a 1ª Conferência Nacional de Direitos da Pessoa Idosa. Nesse momento, acredito que a Secretaria cria um diferencial nas políticas voltadas para a pessoa idosa.

Nosso maior desafio é exatamente fazer essa condução, de forma que as políticas que estão compartimentalizadas nos diferentes ministérios do governo federal falem entre si e se articulem, para que as pessoas idosas sejam alcançadas pelas políticas públicas. Esse é o grande *soft power* que podemos ter com essa Secretaria. Temos que vencer algumas resistências dentro do próprio Executivo, mas acredito que, com o apoio do Conselho nacional e dos Conselhos estaduais e municipais, concatenados com os desejos da sociedade, vamos conseguir caminhar.

Fazendo uma avaliação dos 30 primeiros dias de trabalho, acredito que começamos bem. Nosso primeiro ato foi fazer um seminário de boas práticas de direito em políticas de acesso à justiça para a pessoa idosa, junto com todos os Conselhos dos estados e redes

de assistência. Tivemos a presença de 26 estados brasileiros e conseguimos conhecer a realidade de cada conselho.

Tivemos também a alegria de ter a reunião da RAADH, que é a Reunião de Altas Autoridades em Direitos Humanos do Mercosul, onde a Comissão Permanente de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa se fez presente. Foi um momento ímpar de construção de políticas e de falarmos a mesma linguagem. Nesse primeiro mês também liberamos o edital 05/2017 para a seleção de projetos para instituições e entidades públicas com recursos do Fundo Nacional do Idoso, com foco na defesa e proteção dos direitos da pessoa idosa. Tivemos 198 projetos, dos quais 12 foram selecionados. Avançamos também numa participação ativa na pauta legislativa em defesa das emendas parlamentares, com vistas aos kits de equipagem dos conselhos municipais, bem como cursos de formação em direitos humanos da pessoa idosa para conselheiros e a rede de apoio dos estados e municípios. Esse avanço foi muito importante para nós. Além disso, através de um esforço concentrado junto à Casa Civil, conseguimos que o presidente da República ratificasse a Convenção Interamericana sobre os Direitos Humanos da Pessoa Idosa, que coloca o Brasil num cenário internacional sob a perspectiva dos direitos. Ela já foi encaminhada para o Congresso Nacional e pretendemos entregá-la à sociedade brasileira ainda em 2017. Também avançamos quanto às relações interinstitucionais, com a prefeitura de São Paulo, com a Universidade de São Paulo, entre outras. Também conseguimos junto ao Ministério dos Direitos Humanos a impressão de 50 mil cartilhas do Estatuto do Idoso na

versão de bolso, incluindo a lei 13.466, que estabelece prioridade especial para pessoas maiores de 80 anos. Conseguimos também avançar no kit de liberação de equipagem dos conselhos de direitos da pessoa idosa das capitais e dos estados. Ainda não temos equipe, porque estamos aguardando as nomeações, mas já conseguimos caminhar significativamente em 30 dias.

Embora o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso determinem de maneira clara os direitos da população 60+, acho que falta exatamente um organismo que garanta que as leis sejam, de fato, cumpridas, que cuide de maneira específica do resgate desses direitos. Dentro de nossas pautas queremos instalar a RENADI – Rede Nacional de Direitos da Pessoa Idosa, que será o envelopamento de todas as políticas referentes ao idoso e ao envelhecimento nos diferentes ministérios e órgãos. Vamos seguir nessa direção.

Acredito que o caminho para diminuir a distância entre sociedade civil e governo para garantir o respeito aos direitos dos idosos sejam os conselhos. Por isso, nossa primeira ação foi no sentido de formar conselheiros e dar instrumentos para que os conselhos funcionem. Foi esse trabalho que fizemos com os nossos parlamentares, visando ao fortalecimento dos direitos das pessoas idosas através do controle social e da participação da sociedade civil.

Sou uma otimista inveterada. Acho que precisamos resgatar a esperança das pessoas. Este é o grande papel dos intelectuais, gestores e políticos: resgatar a confiabilidade das pessoas. Digo que estarei nesse lugar enquanto estiver me fazendo bem e enquanto eu puder fazer o bem.

DILEMAS PARA RESPONSÁVEIS POR PACIENTES COM DEMÊNCIA AVANÇADA EM RELAÇÃO À SONDA DE ALIMENTAÇÃO

age and ageing

A demência avançada é uma doença incurável, e seu último estágio é marcado pela incapacidade de comer. A sonda de alimentação foi considerada uma solução útil nessa fase, mas nos últimos anos sua ineficiência foi comprovada e já não é praticada em muitos países ao redor do mundo. Em Israel, no entanto, o procedimento ainda é aceito. No departamento de gastroenterologia do Centro Médico Bnai Zion é realizada uma conversa séria com os responsáveis legais dos pacientes, na qual informações detalhadas são dadas sobre a ineficiência da sonda de alimentação. No entanto, a grande maioria opta por ela.

Esse estudo, publicado em outubro na revista *Age and Ageing*, investiga as considerações subjacentes à decisão de gastrostomia, apesar dos dados e das recomendações. Foi conduzida uma pesquisa qualitativa, incluindo a observação dos participantes na clínica e entrevistas em profundidade com os responsáveis.

Observou-se que a maioria das famílias não havia discutido as questões de final de vida com os pacientes. A esmagadora preferência pelo uso da tecnologia foi interpretada como algo que estava salvando a vida, em contraste com a alimentação de conforto, que foi interpretada como eutanásia. As razões dadas para a decisão de alimentação por sonda foram extraídas de uma série de perspectivas: religião, capacidade de sobrevivência anterior do paciente e considerações pragmáticas envolvendo relações com pessoal de enfermagem.

O estudo do processo de tomada de decisão dos responsáveis pelos pacientes com demência avançada mostra as camadas do significado do discurso israelense em relação aos problemas de fim de vida.

INCAPACIDADE DE PAIS IDOSOS E INTERCÂMBIO DE APOIO DIÁRIO COM FILHOS DE MEIA-IDADE

The Gerontologist®

Pais idosos geralmente apresentam dificuldades nas atividades da vida diária, que não apenas limitam sua capacidade de dar apoio como também aumentam a demanda de ajuda dos filhos de meia-idade. As pesquisas avaliam predominantemente os relatórios retrospectivos de pais com dificuldades a respeito do recebimento de apoio, mas sabe-se muito pouco sobre suas trocas diárias de apoio com os filhos de meia-idade. Esse estudo, publicado em setembro na revista *The Gerontologist*, examinou o apoio prático e emocional e os conselhos que pais idosos com e sem dificuldades proporcionaram e receberam de seus filhos de meia-idade e a relação entre a troca de apoio e o humor diário dos pais.

Os pais idosos (N = 202, média de idade = 79,86) do Family Exchanges Study II indicaram suas dificuldades e as características de seu contexto. Eles também relataram trocas diárias de apoio prático, emocional e conselhos com cada filho e seu humor diário por sete dias.

Os modelos multiníveis revelaram que os pais idosos com incapacidade eram igualmente propensos a proporcionar tanto apoio prático quanto emocional, no entanto tinham mais probabilidade de receber apoio prático. As incapacidades dos pais pareciam amortecer os efeitos dessas trocas de apoio, de modo que os pais com dificuldades versus os pais sem dificuldades relataram menos humor negativo ao fornecer suporte prático ou emocional e um humor mais positivo ao receber suporte prático.

Explorar o papel das dificuldades dos pais idosos em suas trocas de apoio diário com filhos de meia-idade expande a literatura sobre incapacidades na terceira idade e vínculos entre pais e filhos. Apesar das dificuldades crescentes, os pais idosos continuam a se envolver em trocas de apoio com filhos de meia-idade no cotidiano e parecem se beneficiar desse envolvimento.

RISCO DE QUEDA E FUNÇÃO EM MULHERES IDOSAS APÓS CIRURGIA GINECOLÓGICA

ARCHIVES OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS

O objetivo desse estudo, publicado no periódico *Archives of Gerontology and Geriatrics* em novembro, é examinar a mudança no risco de queda relacionado ao equilíbrio e as habilidades funcionais diárias nas primeiras duas semanas pós-operatórias e até seis semanas após a cirurgia ginecológica.

Foi realizado um estudo prospectivo de coorte em pacientes de 65 anos ou mais com cirurgia ginecológica. A confiança de equilíbrio (Escala de Confiança de Equilíbrio Específica das Atividades) e o estado funcional (atividades básicas e instrumentais da vida diária) foram registrados no pré e no pós-operatório diariamente por uma semana e duas vezes na segunda semana. O equilíbrio do desempenho físico e a mobilidade funcional foram mensurados no pré-operatório e uma semana pós-operatório usando a escala Escala de Tinetti, o Timed Up e o teste de caminhada de seis minutos. As medidas foram repetidas seis semanas após a cirurgia. Foram utilizados testes não paramétricos para dados emparelhados, comparando os escores basais com o pós-operatório (POD) 7 e com POD 42.

A idade média dos participantes era de 72 anos (faixa 65-88). O risco de queda foi elevado durante as primeiras duas semanas pós-operatórias, maior no dia de alta mediana, POD 2 ($p < 0,01$). O desempenho de equilíbrio e a mobilidade funcional na primeira semana foram significativamente menores do que a linha de base ($p < 0,01$). As habilidades funcionais diminuíram, incluindo a nova dependência na gestão de medicamentos em casa em 22% dessas mulheres independentes e cognitivamente intactas.

Os pesquisadores concluíram que, após a cirurgia ginecológica, o risco de queda das mulheres idosas é maior no POD 2 e permanece elevado por duas semanas a partir do início. As limitações funcionais no período inicial de recuperação doméstica incluem o esperado (banho, cozinhar etc.) e alguns inesperados (gerenciamento de medicação). Essa informação pode ajudar no planejamento da alta pós-operatória.

BAIXA OFERTA DE APOIO SOCIAL COMO FATOR DE RISCO PARA A MORTALIDADE NOS IDOSOS



O objetivo desse estudo, publicado em novembro no periódico *Archives of Gerontology and Geriatrics*, é determinar a relação entre suporte social e mortalidade em idosos, independentemente de outras condições de saúde.

Trata-se de um estudo longitudinal utilizando a base de dados do Estudo de SABE 2006 (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), composto por 1.413 indivíduos com 60 anos e mais, morando em São Paulo, Brasil. O estudo utilizou um questionário construído para o estudo SABE, que foi revisado por especialistas da América Latina e do Caribe. A rede social foi avaliada utilizando as variáveis: apoio social recebido; apoio social oferecido; número de membros na rede social. As covariáveis incluídas foram idade, sexo, condições de vida, estado civil, renda, educação, comorbidades, sintomas depressivos, cognição e dificuldades funcionais. A morte como resultado foi avaliada após quatro anos de acompanhamento.

De um total de 1.413 idosos na linha de base, 268 morreram em um período médio de seguimento de 3,9 anos (SE = 0,03). No modelo ajustado, a oferta de apoio social e ter redes compostas por nove ou mais membros reduziram o risco de morte em adultos mais velhos.

Esse estudo sugere que idosos que recebem apoio podem se beneficiar das trocas mútuas, uma vez que a reciprocidade nos relacionamentos melhora o bem-estar psicológico e é indicativa da qualidade dos mesmos. Assim, os idosos fazem parte de um grupo de pessoas cujo papel não é apenas receber, mas também ajudar os outros, e o apoio oferecido parece ser tão importante quanto o recebido.

FATORES RELACIONADOS À TOMADA DE DECISÕES PARA MOVER OS ADULTOS MAIS VELHOS EM INSTALAÇÕES DE CUIDADOS PROLONGADOS EM TAIWAN



Investigar as relações entre as características demográficas dos idosos, o tipo de instituições de longa permanência (ILPI) e as razões para se mudar para uma ILPI foi o objetivo desse estudo, publicado no periódico *Geriatrics and*

Gerontology International em agosto de 2016.

A pesquisa incluiu pessoas com mais de 65 anos que vivem em ILPIs. Um total de 1.280 questionários foi distribuído para 111 ILPIs em Taiwan; 480 questionários foram recuperados e 232 foram incluídos na amostra válida. O estudo utilizou uma análise de correlação canônica não linear, que avalia as relações entre conjuntos similares de variáveis categóricas.

Os resultados mostraram que os idosos no quadrante I se caracterizavam por estar envolvidos na tomada de decisão sobre a escolha das ILPIs e receberam apoio econômico de seus filhos. Os idosos no quadrante II viviam principalmente em ILPIs para receber cuidados médicos, enquanto aqueles no quadrante III tipicamente incluíam indivíduos com baixa renda, que não escolheram viver em ILPIs. Já os idosos no quadrante IV tiveram cognições positivas associadas a ILPIs.

Segundo os pesquisadores, os resultados do estudo podem facilitar a elaboração de políticas no campo das ILPIs, fornecer referência a profissionais e idosos e identificar os tipos de decisões tomadas pelos idosos quando se deslocam para uma ILPI, ajudando-os a melhorar suas estratégias em relação a permanecer nelas.

ENVELHECIMENTO E O CUIDADO RELACIONADO AO HIV NA ÁFRICA SUBSAARIANA: UMA ABORDAGEM SOCIOECOLÓGICA



Publicada na revista *The Gerontologist* de outubro, essa revisão da literatura sobre idosos que cuidam de pessoas com HIV/aids que vivem na África subsaariana (ASS) tem o objetivo de adaptar os modelos de estresse e enfrentamento do cuidador para incluir fatores culturalmente relevantes e contextualmente apropriados específicos para ASS, com base em teorias de curso de vida e de capital cultural.

Uma busca sistemática da literatura encontrou 81 artigos publicados entre 1975 e 2016, que foram revisados usando uma abordagem narrativa. As fontes primárias de artigos incluíram bancos de dados eletrônicos e sites relevantes da Organização Mundial da Saúde.

O principal desafio do cuidado na ASS reflete restrições financeiras significativas, especificamente necessidades como segurança alimentar, água limpa e acesso a saúde. A tarefa fica ainda mais complicada por se tratar de múltiplos indivíduos, incluindo filhos e netos adultos, no contexto de altos níveis de estigma associado ao HIV. Fatores que promovem a resiliência dos cuidadores incluíram espiritualidade, cuidados de saúde bidirecionais (recíprocos) e estratégias coletivas de enfrentamento.

A criação de um modelo teórico de cuidados que foque no contexto sociocultural dos cuidadores poderia levar a novas formas de desenvolver intervenções em comunidades de recursos baixos.

Os hábitos para viver mais E COM SAÚDE

Saiba mais sobre as Blue Zones, regiões com altíssima concentração de centenários, e o que podemos aprender com elas

Por Renata Costa

Viver mais anos com boa saúde é uma meta que certamente muitos almejam atingir. Hoje parece haver consenso entre os estudos de que a maneira como as pessoas envelhecem tem apenas 30% de influência genética e 70% dos hábitos de vida. “Há várias pesquisas com irmãos gêmeos idosos separados no nascimento e com vidas totalmente diferentes que provam isso”, diz Claudia Fló, presidente do Departamento de Gerontologia da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Saber quais são esses hábitos que levam a um envelhecimento bem-sucedido e como praticá-los no dia a dia é o que está por trás dos livros best-sellers de Dan Buettner, pesquisador e explorador americano que vive em Santa Bárbara, na Califórnia. Ele tornou famoso o termo Blue Zones, para designar locais com alta concentração de indivíduos com mais de 100 anos e grupos de idosos que envelheceram sem problemas crônicos de saúde. Suas duas primeiras obras abordavam a longevidade em termos de hábitos e alimentação; já seus dois livros mais recentes (o último deles lançado nos Estados Unidos agora em outubro) tratam das Blue Zones da felicidade – e não têm correspondência com aquelas dos centenários.

O termo Blue Zone, no entanto, não foi criado pelo autor americano. Em 2004, o demógrafo belga Michel Poulain e o físico italiano Gianne Pes publicaram no *Journal of Experimental Gerontology* um artigo com dados demográficos da Sardenha, destacando essa região com grande concentração de homens centenários. No mapa publicado, a região estava marcada com um círculo azul – daí o termo.

A pesquisa dos dois europeus estabeleceu um diferencial em relação a outros estudos e mesmo a reportagens sobre locais com grande número de centenários. Foi o primeiro estudo que levantou dados de registros de nascimento e óbito em órgãos



Fotolia

oficiais. Até então, outros locais apontados como centros de longevidade eram vistos com desconfiança ou até mesmo desacreditados, pois eram classificados com base no depoimento dos próprios centenários e suas famílias – e em muitas culturas ser o mais velho de seu vilarejo é um diferencial de respeito. Assim, nem sempre a informação se comprovava verdadeira.

Após a publicação do artigo *Identification of a geographic area characterized by extreme longevity in the Sardinia island*, a National Geographic Society enviou à Sardenha o pesquisador-explorador Dan Buettner. Sua observação sobre o modo de vida dos moradores dessa ilha na Itália foi publicada em 2005 como matéria de capa da revista *National Geographic* com o título “Os segredos de uma vida longa” e cunhou, de vez, o termo Blue Zones. Além da Sardenha, Dan descobriu e listou mais quatro – Loma Linda (Califórnia, Estados Unidos), Icaria (Grécia), Okinawa (Japão) e Nicoya (Costa Rica) (*veja quadro sobre cada Blue Zone nas págs. 18 e 19*). Segundo os estudos de Buettner, para a expectativa de vida, apenas 10% são resultado dos genes. Nada menos que 90% seriam resultado do estilo de vida.

O que as Blue Zones nos ensinam

Apesar de cada uma das cinco zonas terem características próprias, é possível abstrair hábitos comuns a todas elas. É disso que tratam os quatro livros publicados por Dan Buettner sobre as Blue Zones. O autor defende que qualquer pessoa, em qualquer lugar do mundo, pode adotar esses hábitos em busca de maior longevidade e envelhecimento saudável.

Ele classificou esses hábitos nos chamados Power9 (*veja quadro ao lado*), indo além do binômio alimentação saudável e atividade física. “São orientações que resumem, basicamente, como é levar uma vida simples, sem muito auxílio da tecnologia, o que prova que envelhecer bem não tem nada de sofisticado nem inatingível”, explica Claudia Fló, da SBGG.

O geriatra João Senger, professor do curso de gerontologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS) e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Rio Grande do Sul, concorda que os Power9 podem nos ajudar a acrescentar anos de vida com saúde. “São hábitos que não têm nada de anormais. São estilos de vida saudáveis que, se seguidos, podem fazer os indivíduos chegarem melhor aos anos avançados.”

Baseado em sua experiência como médico e pesquisador, Senger afirma que o desafio mundial deixou de ser alcançar a longevidade. Hoje, o que se deve buscar é uma solução para as doenças crônicas, em especial as neurodegenerativas. “Conseguimos acrescentar mais anos à nossa vida, agora precisamos é melhorar a qualidade dela”, afirma. Ele explica que a maior parte das pessoas que chegam aos 60 ainda terá pela frente ao

menos 12 anos de vida. “Mas metade delas será dependente, sofrendo com demências, quedas e fraturas e doenças crônicas.”

Veranópolis, um achado na Serra Gaúcha

Assim como liderou a pesquisa sobre as cinco primeiras Blue Zones no mundo, a National Geographic Society também foi a

POWER9

1. Sempre em movimento: a melhor atividade física é aquela que você faz sem perceber, como caminhar, abrir mão de tecnologias como o controle remoto e praticar atividades como jardinagem.

2. Propósito: saber por que você acorda todas as manhãs acrescentaria, segundo Buettner, sete anos a mais na expectativa de vida.

3. Desacelerar: o estresse é inevitável, mesmo nas Blue Zones, e esse mal leva, como a medicina já sabe, à inflamação crônica, o que, por sua vez, é associada com maior incidência de doenças no envelhecimento. O que é recomendável, a exemplo das populações mais longevas, é dissipar o estresse, seja orando, meditando ou dedicando tempo à família e a outras atividades prazerosas.

4. A regra dos 80%: comer até encher 80% do estômago e evitar a sensação de plenitude. Os 20% restantes são a diferença entre ganhar ou perder peso. Outro ensinamento sobre a alimentação é fazer uma refeição leve à noite.

5. Priorizar vegetais: leguminosas, soja e lentilha são o pilar da alimentação das Blue Zones. Carnes são ingeridas apenas ocasionalmente.

6. Vinho: uma a duas taças diárias de vinho tinto contribuem para uma vida mais longa.

7. Pertencimento: dos 263 centenários entrevistados por Buettner, apenas cinco não professavam fé nem pertenciam a uma comunidade religiosa.

8. Pessoas amadas em primeiro lugar: família como prioridade e convívio intergeracional.

9. Companhias certas: nas cinco Blue Zones, os centenários pertencem a grupos que levam uma vida de hábitos saudáveis.



AS CINCO BLUE ZONES

1. LOMA LINDA, CALIFÓRNIA, ESTADOS UNIDOS

O lema da prefeitura de Loma Linda, município com cerca de 25 mil habitantes, é “uma cidade focada na saúde e na prosperidade”, e os serviços de saúde locais são reconhecidos como efetivos no atendimento à população. No entanto, um terço deles tem ainda mais saúde e vive, em média, dez anos a mais que seus vizinhos e que o restante de seus compatriotas. E, diferentemente das outras Blue Zones, Loma Linda não é banhada pelo mar.

O que diferencia esse grupo é a religião. Aqui se encontra a maior comunidade de adventistas do sétimo dia de todos os Estados Unidos. E, basicamente, os fiéis comem o que está determinado na *Bíblia*: grãos, frutos, oleaginosas e vegetais. Nada de carne, e fumo e bebidas alcoólicas são proibidos. Em compensação, as pessoas bebem muita água.

A dieta vegetariana seguida por eles faz com que os índices de colesterol, pressão arterial e doenças cardiovasculares sejam baixíssimos. Isso porque ela também é aliada à prática regular e moderada de exercícios. A religião traz ainda dois benefícios para esse grupo – o senso de pertencimento e momentos de reflexão. Pertencer à comunidade, ter amigos com quem conversar e saber que eles têm com quem contar ajuda a diminuir o estresse. Guardar o sábado como dia santo, em que ninguém trabalha e fica em casa com a família ou na igreja com a comunidade, também contribui para desacelerar o ritmo de vida e fortalecer os laços com quem importa. Além disso, a comunidade é incentivada a fazer trabalho voluntário, e os centenários encontram aí muito propósito de vida.

2. NICOYA, COSTA RICA

Essa é a única Blue Zone na América Latina, pertinho da fronteira com a Nicarágua. Assim como na Sardenha, os homens centenários são em maior número do que as mulheres. No entanto, seu principal diferencial, assim como em Okinawa, é o conceito de “plan de vida”, ou

seja, seus habitantes têm sempre em mente seus propósitos de vida. Parte desse plano de vida é o relacionamento familiar, que integra diversas gerações e faz com que os idosos, incluindo os centenários, sintam-se úteis e valorizados. A ascendência indígena é motivo de orgulho dessa população e amplia o sentimento de pertencimento – a uma cultura milenar, com tradições, histórias e muita sabedoria.

Além disso, há algo na água que o povo de Nicoya bebe: cálcio. A quantidade desse elemento na água local é alta, o que para os pesquisadores explica as baixas taxas de doenças cardíacas, os ossos fortes e o baixo índice de fraturas de quadril da população.

A alimentação, em especial à noite, é bastante leve, em pouca quantidade e simples, consistindo em arroz, feijão e uma proteína, para a maior parte da população. Uma pesquisa realizada em 2014 pelo Departamento de Demografia dos Estados Unidos em Nicoya mostrou que, embora a dieta dessa população não seja rica em vegetais, azeite de oliva e outros itens que costumam fazer parte de uma dieta saudável, o consumo quase inexistente de comida processada mantém baixos os índices glicêmicos entre os idosos.

Durante o dia, eles têm o costume de se expor ao sol, produzindo a vitamina D necessária para um bom funcionamento do organismo e para o fortalecimento dos ossos. Trabalho físico é parte da rotina dos adultos locais, e a prática não muda com o envelhecimento.

3. OGLIASTRA, NA SARDENHA, ITÁLIA

Nessa ilha do Mar Mediterrâneo com praias paradisíacas pode parecer fácil ser longevo e ter uma ótima qualidade de vida. Mas não é assim tão simples – considerando que há outras praias paradisíacas no mundo e, no entanto, seus habitantes não vivem tanto como lá. Os mais longevos da Sardenha são os homens da região montanhosa de Ogliastra. Uma pesquisa no início dos anos 2000, cujos resultados foram o atrativo para que Dan Buettner visitasse a região, levantou os dados de nascimento em cartórios locais e descobriu que, das 17.965 pessoas nascidas entre 1880 e 1900, 91 alcançaram a idade de 100 anos.

Na população foi encontrada uma peculiaridade genética rara, o



responsável, ainda que de maneira indireta, para que Veranópolis, município no Rio Grande do Sul a 170 quilômetros da capital Porto Alegre, ganhasse projeção no assunto longevidade.

Em 1994, o geriatra gaúcho Emílio Hideyuki Moriguchi fazia seu pós-doutorado na Bowman Gray School of Medicine, na Wake Forest University, no estado da Carolina do Norte, Estados Unidos, quando leu uma reportagem publicada na revista *National Geographic* sobre locais onde havia o maior número de longevos, e ali estava citada Veranópolis. “Naquela época a expectativa de vida no município era de 77 anos, taxa que a população brasileira em geral ainda não atingiu tanto tempo depois”, conta.

Tudo isso aconteceu 20 anos antes do início da pesquisa de Dan Buettner sobre as Blue Zones e, desde que Moriguchi chegou a Veranópolis, ele e mais uma equipe de profissionais e pesquisadores da geriatria e da gerontologia já produziram 22 dissertações de

marcador M26, que está diretamente ligado à longevidade. Com o isolamento social na ilha, sem muitos relacionamentos com pessoas de outros lugares, essa variante genética foi preservada. No entanto, a pesquisa salienta que o gene não garante a qualidade de vida. Isso os hábitos saudáveis fazem.

Os habitantes ainda caçam, pescam e plantam a comida diária. Sua dieta, portanto, é baseada em grãos, vegetais, frutas e bastante queijo pecorino, feito com leite de ovelha e rico em ômega-3. Carnes são consumidas mais comumente aos domingos e em ocasiões especiais. Para beber, leite de cabra e uma ou duas taças diárias de vinho tinto. Celebrar e respeitar os idosos faz parte da cultura, que valoriza a família e a diversão entre amigos. Rir muito é uma característica desse povo, que também preserva o costume de caminhar bastante.

4. ICARIA, GRÉCIA

O passado de invasões de diversos povos a essa pequena ilha, no Mar Egeu, empurrou a população original para as montanhas, onde acabou isolada. Vivendo assim, cultivou a valorização à família e às suas tradições. Segundo levantamento de Dan Buettner, os idosos ali não têm demência e raramente convivem com outras doenças crônicas tão comuns ao resto do mundo, como problemas cardiovasculares e diabetes.

A primeira característica que os estudos levantam para tentar entender como um em cada três moradores desse local ultrapassa os 90 anos de idade é que a população despreza totalmente o relógio. Um cochilo no meio da tarde também é comum. Essa pausa contribui para diminuir o estresse e a ocorrência de mortes por causas cardiovasculares. Os mais longevos desse local costumam ser de baixa renda e vivem uma vida simples: caminhada pela montanha, comendo o que se planta e em interação com os vizinhos, incluindo jogar dominó e promover outras atividades sociais simples.

A alimentação é a típica mediterrânea, com frutas e vegetais, cereais integrais, batata e óleo puro de oliva, que contém gorduras

monoinsaturadas que reduzem o colesterol. Para beber, muito chá de ervas plantadas no quintal e ricas em antioxidantes. Eles também não dispensam o vinho tinto e o leite de cabra, rico em potássio e triptofano, aminoácido que diminui o estresse.

A religião é o catolicismo ortodoxo grego, que prega períodos de jejum frequentes. Em praticamente metade do ano, os fiéis são conclamados a realizar um jejum de restrição de alimentos como carnes, peixes com espinha, ovos, laticínios, azeite de oliva e bebidas alcoólicas, o que reduz em cerca de 30% o número de calorias.

5. OKINAWA, JAPÃO

Essa também é uma ilha, mas, diferentemente da italiana, as mais longevas são as mulheres – elas são 90% da população acima dos 100 anos. A expectativa delas é a maior entre todas as mulheres do planeta. Na comparação com os americanos, os idosos dessa ilha ainda têm menos câncer, demências e problemas cardiovasculares. Além da alimentação saudável, altamente nutritiva, com muito consumo de soja e pobre em calorias, alguns costumes da população fazem a diferença para o envelhecimento saudável e rico em anos. O primeiro deles é o “moai”, um círculo de amizade forte e intergeracional que se mantém constante pela vida, permitindo que as pessoas se ajudem e cuidem umas das outras. O outro é “ikigai”, que significa senso de propósito. Ou seja, a população é fortemente incentivada a formular constantemente o motivo de cada um levantar-se da cama todos os dias, não importa com qual idade.

Cuidar de um jardim é um hábito bastante comum que mantém os adultos e idosos ativos, além de ser uma atividade que diminui o estresse, produz alimentos frescos e remédios naturais, já que o plantio de ervas para chás é muito comum. Essa atividade ao ar livre constante também faz com que eles estejam expostos ao sol, produzindo vitamina D. Além da jardinagem, outros fatores contribuem para a vida ativa, como caminhadas e o costume de sentar-se em tatames – e não em sofás. Isso leva a um movimento rotineiro de levantar-se e agachar-se, fortalecendo os músculos e as articulações.

mestrado, 11 teses de doutorado, 12 monografias, 20 artigos em publicações nacionais e internacionais e a criação de oito bancos de dados com informações compiladas junto à população idosa, segundo dados de 2016.

A primeira pesquisa, iniciada em 1994, teve início com 100 idosos e, na sequência, mais 196 idosos muito idosos, para analisar a presença de fatores de riscos cardiovasculares, como tabagismo, diabetes, obesidade, níveis altos de colesterol, hipertensão e histórico familiar para doenças cardiovasculares. Dados como alimentação, atividade física diária e gasto de energia semanal também foram considerados. Na mesma época, também foram realizados estudos sobre a avaliação da função renal e transtornos oculares dos idosos.

Quatro anos depois, tiveram início os estudos genéticos com genotipagem da apolipoproteína E (apoE), gene relacionado com o processo de envelhecimento. Foi a partir daí que novas abordagens de pesquisas começaram a ser implementadas, partindo da pergunta “Quais os segredos de um envelhecimento saudável?”.

Assim, novas análises foram incluídas, entre elas estudos sobre a associação entre o nível de consumo alcoólico, principalmente de vinho, e seus compostos antioxidantes e a presença de fatores genético-moleculares associados a doenças cardiovasculares. Estudos posteriores incluíram análise de satisfação de vida, função cognitiva (memória), perfil psicológico dos idosos associado ao envelhecimento, saúde bucal, consumo de alimentos funcionais e sua associação com a saúde.

Em 1999, outro projeto incluiu também os adolescentes de Veranópolis, para investigar se os costumes dos longevos estariam sendo preservados e o que aconteceria à longevidade da população caso o estilo de vida dos idosos se perdesse. Para esse estudo, pediatras e geriatrias uniram-se para entender o perfil de saúde dos adolescentes. Ao final, constatou-se que muitos dos adolescentes já apresentavam fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, em especial a obesidade e a hipertensão. Esse resultado deu origem a uma terceira fase do projeto, o programa de Promoção de Saúde e Longevidade com Qualidade de Vida.

No ano 2000 foi realizada a primeira análise longitudinal, comparando o perfil de saúde e de vida dos idosos que faleceram entre 1996 e 1999 com os que sobreviveram. Nos anos de 2006 a 2009, o status vital de todos os participantes da coorte que iniciaram em 1994 foi apurado por meio de visitas domiciliares. Fez-se o registro do dia exato do óbito e da causa da morte pelo atestado de óbito.

De 1994 a 2007, o Projeto Veranópolis foi uma parceria entre a prefeitura municipal e a Pontifícia Universidade Católica do

Rio Grande do Sul (PUC-RS), por meio de seu Instituto de Geriatria e Gerontologia. A partir de 2007, o projeto passou a ser responsabilidade da Universidade do Rio dos Sinos (Unisinos), no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Associação Veranense de Assistência em Saúde (AVAES) e do Hospital Comunitário São Peregrino Lazziozi. No entanto, conta com pesquisadores colaboradores de outras instituições, como o grupo de pediatria ligado à PUC-RS, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), do Instituto do Coração de São Paulo (Incor) e do Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre.

A Blue Zone brasileira

João Senger, da UCS, diz que todas as nove características das Blue Zones são encontradas em Veranópolis. Até mesmo o hábito de beber vinho, já que a cidade encontra-se na região vinícola do Rio Grande do Sul. Outra Power9, a religiosidade, também é forte, e a maioria da população é católica, frequentadora da igreja local. “No entanto, mesmo quem não segue uma religião, mas cultiva uma espiritualidade qualquer, ainda sendo ateu, crendo em si próprio ou tendo esperança em algo, ganha em anos e em qualidade de vida”, afirma Moriguchi.

A convivência intergeracional também é outra característica da cidade. “Temos que lembrar que esta é uma comunidade descendente de italianos e que preza muito pela família. Há muitos casos de até quatro gerações que moram juntas”, diz. Em 2017, o geriatra deu início a um projeto para estudar os telômeros, estrutura que forma as extremidades dos cromossomos, nesses idosos que vivem com familiares de diversas idades. “Queremos provar que o relacionamento intergeracional diminui a velocidade de encurtamento dos telômeros, reduzindo assim o envelhecimento celular”.

Ainda que a longevidade da população em Veranópolis hoje não seja a maior do país – em torno de 75,5 anos –, o município conta com muitos idosos longevos, acima dos 90 anos, o que poderia render a ela o rótulo de Blue Zone. “Estamos pleiteando o título, já que a cidade possui todas as nove características”, diz Senger. O médico conta ainda que Dan Buettner já foi informado disso e respondeu com um “quem sabe”.

Enquanto o título de Blue Zone não chega, Veranópolis comemora a certificação de Cidade Amiga do Idoso, outorgada pela Organização Mundial da Saúde há cerca de um ano. Tudo foi elaborado em parceria com pesquisadores do Instituto Moriguchi que atuam na região, com a população e com representantes de empresas e órgãos municipais. “Esse é o principal diferencial da cidade em relação à qualidade de vida dos idosos – unir todos os principais atores para atingir o bem comum”, diz Senger.

QUANDO SEUS PACIENTES *estão em boas mãos.*

Como profissional de saúde, você vivencia diariamente a fase sênior de seus pacientes e suas famílias. A Senior Vita chegou para auxiliá-lo na tarefa de cuidar e maximizar o potencial e as reservas funcionais e cognitivas existentes nos idosos. Nós proporcionamos o melhor em termos de cuidado, carinho e profissionalismo.

Somos um **Centro-dia para Idosos**. Aqui promovemos bem-estar através de atividades socioculturais e de saúde, em um ambiente seguro, alegre, tranquilo e estimulante. Os idosos passam o dia conosco e no fim da tarde retornam para o aconchego de sua casa, mantendo-se o vínculo familiar, com seus pertences e seu lugar de conforto.



Avaliações de saúde periódicas



4 Refeições Diárias elaboradas por nutricionista



Planos flexíveis



Ambiente seguro e acessível



Socialização

Cuidado com a saúde e divertimento se misturam. Proporcionamos dias muito agradáveis com atividades em grupo variadas como artesanato, jardinagem, oficinas culinárias, dança sênior, sessões de cinema e muitas outras. **Aqui a tristeza passa bem longe!**



Estímulos Físicos

Através de profissionais com ampla experiência no cuidado geriátrico, oferecemos fisioterapia, educação física e terapia ocupacional diariamente. O objetivo é o fortalecimento, a reabilitação e o conforto físico para **manter o idoso com a máxima independência, e ativo por mais tempo.**



Estímulos Cognitivos

Oferecemos treinos cognitivos e de memória. Provemos **cuidado especializado para idosos com Alzheimer** e outros tipos de demência. Atividades como arteterapia, musicoterapia e jogos especializados fazem com que estes estímulos sejam suaves e muito prazerosos.



Promoção da Espiritualidade

Creemos que fé e espiritualidade são características fundamentais para o bem-estar. Trabalhamos com o coeficiente espiritual dos idosos através de sessões semanais de meditação facilitadas por teólogos, proporcionando momentos de **orações, encorajamento e fortalecimento interior.**



Conte conosco. Recomende a Senior Vita para seu paciente!

Oferecemos um dia de experimentação grátis.



(11) 2371-8065 | (11) 2371-8334



(11) 96628.3004

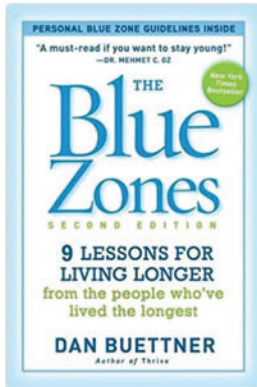


contato@seniorvita.com.br

Av. Pedroso de Morais, 2525 – Pinheiros
(Próximo a Pça Panamericana)

www.seniorvita.com.br | facebook.com/seniorvita


SENIOR VITA
EXCLUSIVE CARE



BLUE ZONES

na prática

Dan Buettner, que tornou o termo Blue Zones conhecido no mundo todo, esclarece alguns pontos sobre as regiões e os Power9 e diz como as pessoas em grandes centros, com uma vida cada vez mais sem tempo, podem aplicar todo esse conhecimento.

O movimento natural é um dos Power9. Em sociedades urbanas como as nossas, em que a tecnologia faz muito do trabalho, seu livro dá dicas de como mover-se de forma natural, subindo escadas ou fazendo caminhadas. A atividade física programada, em academias ou clube, não cumpriria esse papel?

Dan Buettner – O estilo de vida nas Blue Zones é uma extensão de como as pessoas viviam desde o início dos tempos. Elas vivem em ambientes que as incentivam a mover-se pelo menos a cada 20 minutos. Os seres humanos têm trabalhado duro a maior parte do tempo desde que surgiram no planeta Terra. Agora, graças à tecnologia e à mecanização, as máquinas fazem a maior parte do trabalho por nós. O que acontece então é que o trabalho para o qual nossos corpos foram projetados não é mais feito, e não fazemos mais o movimento regular e de baixa intensidade que necessitamos para nos desenvolver. O dano de ficar sentado à mesa ou no sofá por oito horas ininterruptas não será compensado por 45 minutos na academia de ginástica.

Há muitas pessoas sedentárias. Por outro lado, cresce nos grandes centros o número dos adeptos de corridas. Esse tipo de exercício de alto impacto atende ao quesito “movimento natural” ou não traria benefícios nesse sentido?

Dan Buettner – Não há nada errado em se exercitar, participar de corridas ou competir em triatlons. Eu comecei como ciclista de longa distância e bati recordes mundiais

praticando isso pelo mundo. Eu obviamente entendo o apelo e a felicidade que esse tipo de atividade pode trazer, mas ela não substitui o “movimento natural”, que é uma das sabedorias dos Power9.

Um dos Power9 é religião e frequentar algum serviço religioso habitualmente. O senhor até dá dicas no último capítulo de seu livro para quem não tem religião. A recomendação continua sendo a procura por uma religião, como o budismo ou o unitário universalismo? Então ateus vivem menos e com menos saúde? Não há escapatória?

Eu, particularmente, não sou religioso, mas as pesquisas mostram que fazer parte de uma comunidade que compartilha uma fé traz melhores resultados à saúde. Meu colega Gary Fraser, médico, fez uma metanálise e descobriu que pessoas que frequentam a igreja ou um templo ou uma mesquita vivem de quatro a 14 anos a mais do que quem não frequenta.

A alimentação é um achado bastante importante nas Blue Zones. Hoje as pessoas têm cada vez menos tempo para cozinhar e o fast-food é a opção mais barata. Como passar essa mensagem àqueles que se consideram sem tempo para cozinhar e que têm pouco dinheiro para gastar nas refeições fora de casa?

Dan Buettner – Descobrimos que uma dieta baseada em vegetais é a mais saudável. Cerca de 90% das calorias consumidas nas Blue Zones vêm de fontes vegetais. Ou seja, feijões, grãos integrais como arroz, pães com fermentação natural, vegetais e frutas. Você pode comer coisas simples e mesmo assim ser saudável – recomendamos feijões, verduras em geral e grãos todos os dias.

“

O estilo de vida nas Blue Zones é uma extensão de como as pessoas viviam desde o início dos tempos. ”

Ingerir uma dose de bebida alcoólica diariamente foi um dos achados da Blue Zones, e você mesmo cita que há pesquisas que tratam dos benefícios de uma taça de vinho tinto por dia. Já outros estudos relacionam o hábito ao maior risco de câncer de mama. O que deve pesar na criação desse hábito?

As pessoas em todas as Blue Zones, exceto os adventistas, bebem álcool moderada e regularmente. E quem bebe de forma moderada vive mais do que os abstêmios. A dica é beber de um a dois copos por dia, de preferência o vinho tinto Cannonau, da Sardenha, junto com amigos e/ou com as refeições. E não, não adianta ficar sem beber durante a semana inteira e tomar 14 doses no sábado. Evidentemente, se você não gosta de beber álcool, não deve se forçar a consumi-lo.

O ambiente que valoriza o idoso também conta para a longevidade. Como é possível transformar a nossa cultura ocidental, que valoriza a juventude?

Dan Buettner – A pesquisa feita nas Blue Zones, assim como outros dados novos, mostra que a vida intergeracional gera longevidade, saúde e felicidade. Singapura, um dos lugares mais felizes da Terra, gasta mais dinheiro *per capita* no cuidado com idosos do que qualquer outro lugar do mundo. Lá, se seus pais idosos vivem com você ou no máximo a 100 metros da sua casa, você tem desconto nos impostos, o que incentiva os filhos a cuidar dos pais. Eu duvido que esse tipo de coisa fosse implementado no mundo ocidental, mas é um exemplo impressionante de como uma política pública pode influenciar seus cidadãos a ser mais felizes e saudáveis.

Manter laços sociais é um dos Powerg. O desenvolvimento das tecnologias de comunicação ajuda ou atrapalha a construção dessas redes?

Dan Buettner – A interação social diária e passar um tempo com as pessoas que amamos – familiares e amigos – são a

chave da longevidade e da felicidade. As pesquisas mostram que estar online de 30 a 45 minutos no máximo por dia é o tempo ideal. As mídias sociais não aumentam a saúde ou a felicidade.

Populações longevas e centenárias parecem estar concentradas em regiões pequenas e isoladas, comumente longe dos grandes centros, e acabam se tornando ambientes controlados. Como extrapolar os achados nessas populações para um contexto maior e predominantemente urbano?

Dan Buettner – Em quatro das Blue Zones, por terem ficado isolados de alguma maneira, os centenários conseguiram preservar seu estilo de vida tradicional sem a contaminação de fast-food em sua alimentação e sem uma infraestrutura que gira em torno dos automóveis. O trabalho que fazemos nas comunidades do Projeto Blue Zones para otimizar o Life Radius – a área em torno das nossas casas e onde passamos 90% do nosso tempo – é um bom exemplo de como usamos os princípios da longevidade em ambientes contemporâneos.

Como tem sido sua experiência em aplicar os princípios das Blue Zones em populações maiores e para resolver problemas específicos, como a obesidade?

Dan Buettner – Os resultados do Projeto Blue Zones em cerca de 40 cidades nos Estados Unidos foram tremendos. Três cidades litorâneas na Califórnia reduziram a obesidade em 14% e o cigarro em 30%. Outras comunidades tiveram aumentos significativos nos níveis de atividade e engajamento social, economizando milhões nos custos com cuidados de saúde.



O pesquisador-explorador Dan Buettner em ação, em uma de suas muitas viagens



Carlos Lima Rodrigues

Psicólogo clínico com formação em terapia cognitivo-comportamental, doutor em ciências pela Faculdade de Saúde Pública/USP, mestre em gerontologia pela PUC/SP, vice-presidente do OLHE – Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento.

E-mail carloslimar@yahoo.com.br

Envelhecimento e sexualidade: mitos, preconceitos e diferenças de gênero

TAKE HOME MESSAGE

1. A vida sexual das pessoas idosas ainda é um tema polêmico, geralmente cercado de preconceitos, o que pode ser atribuído à ideia errônea de que a atividade sexual é algo que não é mais de interesse dessa faixa etária.
2. A população idosa atual é uma geração que ainda traz impregnada em seus valores muito daquilo que teve como aprendizado sexual na sua juventude. Traz consigo toda a carga de valores sociais, morais e religiosos acerca da sua atividade sexual, no papel de homem ou mulher.
3. Existe a necessidade de observar que o comportamento sexual da população idosa vem se transformando. O conceito de sexo apenas para a procriação e o mito do idoso assexuado vão ficando para trás, e o que se percebe no cenário atual são idosos com uma vida sexual cada vez mais ativa.

A vida sexual das pessoas idosas ainda se configura um tema polêmico, geralmente cercado de preconceitos, fato que pode ser atribuído à ideia equivocada de que a atividade sexual é algo que não faz parte do repertório de interesse das pessoas mais velhas. Apesar do importante e acelerado processo de crescimento da população idosa, essas pessoas frequentemente se deparam com seus direitos desrespeitados, incluindo o de exercer sua atividade sexual, visto que manifestações eróticas dos mais velhos são muitas vezes consideradas imorais e até patológicas.

O ser humano, diferente das outras espécies animais, está livre de um mecanismo biológico que imponha ciclos para a sua

atividade erótica. Historicamente, no entanto, a sexualidade sempre foi muito vinculada à reprodução, como afirma Foucault: “O casal, legítimo e procriador, dita a lei”. Dessa forma, de acordo com Gozzo et al., até pouco tempo atrás o ato sexual sem objetivo de procriação era considerado algo pecaminoso, que deveria ser reprimido. Nas culturas pré-modernas havia grande pressão para que se constituíssem famílias grandes. Ter maior quantidade de filhos significava mais mão de obra disponível, o que se mostrava bastante positivo para o desenvolvimento capitalista do Ocidente e, dessa forma, podia induzir à repressão social da atividade sexual não reprodutiva. Assim, esta deixou de ser uma questão privada e passou a ser uma questão

pública. Nesse período se vinculava a vida sexual à reprodução, e qualquer forma de atividade que não fosse para esse fim era tratada com repulsa, tanto pela Igreja quanto pela medicina. Nossa civilização, impregnada por esses valores, ainda hoje tem dificuldade para entender o sexo como mero objeto de prazer e, por essa razão, ainda o trata, em muitas ocasiões, como um assunto vergonhoso. É possível que se construa nessa relação o interesse pelo ato sexual associado apenas ao período fértil do ciclo vital, ou seja, na fase mais jovem do desenvolvimento, levando à construção equivocada da ideia de que, com o envelhecimento, o impulso sexual deixa de fazer parte do repertório de vida do ser humano.

Segundo Abdo, “toda atividade sexual que não contemple a procriação (como, por exemplo, a masturbação, as relações homossexuais, o erotismo puro) tem sido muitas vezes considerada anômala por diferentes civilizações”. O sexo entre pessoas idosas poderia ser incluído nessa lista de relações “proibidas”, pois a atividade sexual nessa faixa etária não tem como objetivo a procriação, e sim o prazer erótico.

Os recortes raciais, geográficos, etários, culturais e de gênero são de grande importância ao lidar com a velhice. As questões de gênero e idade são particularmente relevantes na discussão da atividade sexual entre pessoas idosas. Ser homem ou ser mulher, em dado período, vai ter grande influência no desenvolvimento da vida sexual. Num tempo recente da história do Brasil, entre o final do século XIX e o início do século XX, em relação aos homens, as mulheres ainda viviam uma situação social inferior no que se referia aos seus direitos. No âmbito legal, eram comparadas a outros grupos que necessitavam ser tutelados, como loucos, menores e interditos. Incluem-se nessa desigualdade de gênero os direitos à vida sexual.

Os ensinamentos sobre o sexo e os valores culturais que a ele são dados apresentam diferenças entre as gerações, da mesma forma que determinados padrões de comportamento esperados, para homens e mulheres, são socialmente cobrados dos indivíduos. Sendo assim, para uma adequada abordagem da vida sexual das pessoas idosas é preciso antes compreender e contextualizar sua infância e juventude, de forma a entender a quais regras sociais e morais elas foram submetidas, e como apreenderam esses valores. É fundamental procurar entender as diferenças de gênero que se constroem durante a vida para que se faça uma reflexão da função sexual na velhice. Feminino e masculino assumem suas posturas de acordo com cada cultura, e a reflexão sobre gênero e suas diferenças leva a uma cons-

trução com base na perspectiva relacional entre um e outro.

Em nossa cultura, os atuais idosos tiveram influência de um período em que fazia parte do universo masculino a vida pública, através das relações de trabalho. Ao universo feminino eram reservados a vida privada, as atividades domésticas e os cuidados com a família. O homem era o provedor econômico, e a mulher, a provedora de afeto. Esse universo heterogêneo era caracterizado por algumas particularidades que ainda se fazem presentes: ao nascer um menino, os pais referem-se a ele como “meu garotão”, e à menina como “minha princesinha”, embutindo aí um modelo de força masculina e de fragilidade feminina. Rampin e Freitas (2012) ressaltam que as mulheres passam por um processo de estigmatização desde a infância, sendo submetidas a valores considerados femininos, como o modo de se vestir, as cores a serem escolhidas e as posturas sociais esperadas, num processo inferiorizado em relação ao homem. Esses códigos sociais apontam para a diferença de papéis que irão se estruturar ao longo da vida (incluindo a velhice) para além das diferenças biológicas.

O corpo também sofre mudanças durante o desenvolvimento, com fenômenos distintos a cada sexo. A menopausa e, conseqüentemente, a impossibilidade de procriar representam marcos importantes para as mulheres, sinalizando de certa forma a chegada da velhice. Para os homens, que podem continuar procriando, surge o fantasma da impotência sexual. Para as mulheres essa época coincide com a saída dos filhos de casa, o que pode significar solidão e perda de sentido em suas atividades à medida que não terão mais de quem cuidar. Já para os homens, tal período tende a coincidir com a aposentadoria, que, da mesma forma, retira o sentido de reconhecimento social do seu papel masculino.

Deve-se ressaltar a diferença conceitual entre sexo e gênero, com o primeiro totalmente associado às diferenças determinadas pelo corpo, e o segundo aos significados atribuídos ao fato de ser homem ou mulher em cada cultura e em cada pessoa. São esses valores atribuídos aos papéis masculino ou feminino que vão interferir também na forma como cada um, em cada cultura e em cada período histórico, constrói a sua sexualidade. É por meio dessa construção social que em determinado momento se vinculou a atividade sexual à reprodução, e não ao prazer erótico. Segundo Paiva et al (2008), grupos aos quais as pessoas pertencem, entre eles a família ou os espaços religiosos, são determinantes na forma como se criam diferentes valores e normas em relação à atividade sexual.

“

Isso aponta para a necessidade de observar que o comportamento sexual da população idosa também vem se transformando. ”

No século XX ocorreram mudanças sociais que, de certa forma, interferiram significativamente na vida sexual das pessoas. A chegada dos anticoncepcionais representou um avanço na direção de separar a reprodução da atividade sexual. A concepção passou a ser prevenida de forma artificial, sendo possível ter uma vida sexual livre do medo de uma gravidez indesejada e, dessa forma, a mulher tomou como seu o prazer sexual, antes domínio exclusivo dos homens. Mais tarde ocorreu o contrário: com o advento da fertilização in vitro, foi possível que a concepção ocorresse de forma artificial. Dessa forma, tanto a contracepção quanto a reprodução passaram a não depender mais da atividade sexual, assegurando de vez ao indivíduo a propriedade da sua vida sexual.

A população idosa atual é uma geração que ainda traz impregnada em seus valores muito daquilo que teve como aprendizado sexual na sua juventude. Traz consigo toda a carga de valores sociais, morais e religiosos acerca da sua atividade sexual, no papel de homem ou mulher. Todas essas mudanças ocorridas em meados do século XX trouxeram grandes vantagens, em especial às mulheres, que viram as novas tecnologias médicas liberando-as para o prazer sexual sem a necessidade da procriação, tendo no divórcio também um aliado e abrindo a possibilidade de escolha de um novo parceiro. Mesmo com todas essas mudanças importantes, a literatura indica que as mulheres ainda continuam a dar mais importância à sua vida sexual no que se refere aos problemas relacionais do que à atividade sexual propriamente dita, principalmente as mulheres mais idosas.

Com o advento da aids, nos anos 1980, outras mudanças afetaram a atividade sexual das pessoas. O prazer sexual passou a ser considerado um risco. O conceito de monogamia voltou a ter força e o uso de preservativos como forma de sexo seguro ganhou notoriedade. A abstinência sexual, que nos períodos anteriores foi incentivada para a contracepção, passava agora a ser considerada por alguns setores religiosos uma forma de pre-

venção das DST. De lá até os dias atuais, as pessoas idosas nunca foram o foco de atenção na prevenção da aids e outras DST, embora o Boletim Epidemiológico de 2008 tenha incluído em sua publicação um bloco temático para casos de aids em pessoas com 50 anos ou mais (Ministério da Saúde, 2008). Analisando os dados mais recentes, e com recorte etário de pessoas com 60 anos ou mais, o Boletim Epidemiológico 2011 mostra 13.414 casos de aids notificados de 1980 a junho de 2011, representando 2,6% da população total. Desse contingente, 34% dos casos se deram entre as mulheres e 66% entre os homens.

Isso aponta para a necessidade de observar que o comportamento sexual da população idosa também vem se transformando. O conceito de sexo apenas para a procriação e o mito do idoso assexuado vão ficando para trás, e o que se percebe no cenário atual, principalmente após a chegada dos medicamentos para a disfunção erétil, são idosos com uma vida sexual cada vez mais ativa. Isso é preocupante na medida em que esse segmento da população não teve incorporado aos seus hábitos o uso de preservativos ou qualquer outro tipo de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis. A literatura mostra que o uso dessas medicações tem se mostrado um fator associado à transmissão do HIV em homens que apresentam disfunção erétil, mas ainda são poucos os estudos que investigam o impacto desse tipo de medicamento na contaminação em homens mais velhos. Da mesma forma, embora no Brasil o Ministério da Saúde realize campanhas nacionais relacionadas à temática, a abordagem acerca da atividade sexual da pessoa idosa como vulnerável à contaminação pelo HIV ainda é feita de forma muito tímida, provavelmente por considerar a atividade sexual nessa idade como tabu e apontando para a dessexualização da velhice. As campanhas de prevenção são geralmente veiculadas ao público mais jovem e em fase reprodutiva. Mesmo o programa de promoção do envelhecimento saudável e ativo, preconizado pelos Planos de Ação de Envelhecimento de Viena e Madri, não menciona os cuidados e esclarecimentos necessários a uma boa saúde sexual da pessoa idosa, contribuindo para a manutenção do estereótipo da velhice assexuada, a partir do princípio de que idosos são pessoas de baixo risco para a contaminação pelas doenças sexualmente transmissíveis.

Esses fatos mostram que há pouca preocupação em relação à atividade sexual na velhice, na medida em que se acredita que, com o passar dos anos, o interesse pela vida sexual desaparece. Porém, sabe-se que a sexualidade faz parte da vida humana durante toda a vida. Sendo assim, uma pessoa teria

condições de manter uma vida sexual ativa até o final da sua vida. Mas não é isso o que acontece com boa parcela da população idosa, afinal, apesar de inata ao ser humano, a atividade sexual sofre interferências externas referentes a aspectos sociais, psicológicos e religiosos, entre outros.

Com base no mito da velhice assexuada, o homem idoso que exerce a atividade sexual é considerado “tarado”, enquanto a mulher idosa que pratica o ato sexual é julgada “assanhada”. Sob o mesmo aspecto, Negreiros afirma que “com medo de se tornar ridícula, para fugir do estigma de ‘velha assanhada’, a idosa adota, em geral, uma postura discreta”. Ainda Gomes et

al observam o mesmo ao afirmarem que a vida sexual das pessoas idosas é um tema pouco abordado, e que a fala médico-psicológica sobre o assunto costuma ser de forma deserotizada e antierótica. Palacios-Ceña (2012) também observa que, embora a atividade sexual contribua para o bem-estar geral, ela costuma ser negligenciada quando se trata de pessoas idosas. Esses exemplos citados na literatura acadêmica nos mostram que, infelizmente, as pessoas mais velhas que demonstram exercer livremente a sua vida sexual ainda são classificadas por rótulos negativos e pejorativos, tanto em seu meio de contato social quanto pelos espaços de atenção à saúde e assistência.

Referências bibliográficas

1. Abdo CHN. Descobrimto sexual do Brasil: para curiosos e estudiosos. São Paulo: Summus, 2004.
2. Bohórquez Carvajal JD. Sexualidad y senectud. *Hacia Promoc Salud*. 2008;13:13-24.
3. Bruns MAT. O olhar do cotidiano e a perda da sensibilidade. In: Bruns MAT, Almeida S. *Sexualidade: preconceito, tabus, mitos e curiosidades*. Campinas: Átomo, 2010.
4. Büchele F, Oliveira AS, Pereira, MD. Uma revisão sobre o idoso e sua sexualidade. *Interface*, 2006;3:131-43.
5. Driemeier M, Andrade SM, Ponte ER, Paniago AM, Cunha RV. Vulnerability to AIDS among the elderly in an urban center in central Brazil. *Clinics*. 2012;67:19-25.
6. Engel MG. Gênero e política em Lima Barreto. *Cadernos Pagu*. 2009;32:365-388.
7. Fernandez MR, Gir E, Hayashida M. Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39:129-35.
8. Figueiredo RMMD. Prevenção às DST/aids em ações de saúde e educação. São Paulo: NEPAIDS; 1998.
9. Foucault M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1977.
10. Giddens A. *A Transformação da Intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora Unesp, 1993.
11. Gir E, Nogueira MS, Pelá NTR. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2000;8:33-40.
12. Gomes L, Cárdenas CJ, Alves VP, Lopes C. Reflexões sobre a imagem da velhice mostrada no filme “Elsa e Fred. Um amor de paixão”. *Acta Sci Human Soc Sci*. 2008;30:25-34.
13. Gorinchteyn JC. *Sexo e AIDS depois dos 50*. São Paulo: Ícone; 2010.
14. Gozzo TO, Fustinoni SM, Barbieri M, Roher WM, Freitas IA. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2000;8:84-90.
15. Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha Júnior I. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52:312-17.
16. Ministério da Saúde(Brasil). *Boletim Epidemiológico – aids e DST*, 2008.
17. Negreiros TCGM. *Sexualidade e gênero no envelhecimento*. ALCEU. 2004;5:77-86.
18. Oliveira JSC, Lima FL, Saldanha AAW. Qualidade de vida em pessoas com mais de 50 anos HIV+: um estudo comparativo com a população geral. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2008;20:179-84.
19. Paiva V, Peres C, Blessa C. Jovens e adolescentes em tempos de aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicol USP*. 2002;13:55:78.
20. Paiva V, Aranha F, Bastos FI. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:54-64.
21. Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Jiménez-García R, Fernández-de-las-Peñas C. Sexual behaviors among older adults in Spain: results from a population-based national sexual health survey. *J Sex Med*. 2012;9:121-29.
22. Paschoal SMP. Envelhecimento na perspectiva de gênero. In: Côrte B, Mercadante EF, Arcuri IG. *Masculin(idade) e velhice: entre um bom e mau envelhecer*. São Paulo: Vetor; 2006.
23. Rampin TTD, Freitas JCG. Gênero e direito: uma análise do princípio constitucional da igualdade. In: Bruns MAT, Souza-Leite CRV. *Gênero, diversidades e direitos sexuais: nos laços da inclusão*. Curitiba: CRV; 2012.
24. Rodrigues CL. O papel do trabalho na construção da masculinidade. In: Côrte B, Mercadante EF, Arcuri IG. *Masculin(idade) e velhice: entre um bom e mau envelhecer*. São Paulo: Vetor; 2006.
25. Rodrigues CL, Duarte YAO. Violência sexual contra pessoas idosas. In: Berzins M, Malagutti W. *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. São Paulo: Martinari; 2010.
26. Rohden F, Russo J. Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. *Rev Saúde Pública*. 2011;45:722-29.
27. Sousa, JL. Sexualidade na terceira idade: uma discussão de aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. *DST – Jornal Bras. Doenças Sex. Transm.*, 20(1), 59-64, 2008.
28. Trindade E, Bruns, MAT. Meia-idade masculina: significados do envelhecimento. In Bruns, MAT, Del-Masso MCS, organizadores. *Envelhecimento Humano: diferentes perspectivas*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2007.
29. Zampieri AMF. *Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da aids*. São Paulo: Ágora, 2004.
30. Zornitta M. *Os novos idosos com aids: sexualidade e desigualdade à luz da bioética*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

Vacinas: um dos pilares da prevenção para o envelhecimento saudável

Por **Maisa Kairalla***

As doenças infecciosas são responsáveis por elevadas taxas de morbidade, internações e mortes em idosos. A importância clínica das infecções nessa população está relacionada a menor capacidade de reserva funcional, alterações nos mecanismos de defesa (disfunção imunológica e alterações intrínsecas à fisiologia do envelhecimento) e concomitância de doenças crônicas degenerativas. É sabido que a imunização é uma das armas que temos à mão para usar na prevenção de doenças.

Os conhecimentos desse fato implicam na discussão sobre a utilização da prática de imunização específica em idosos. Com a ênfase sendo dada às medidas de prevenção e promoção de saúde, médicos e outros profissionais da saúde devem se responsabilizar pela orientação da população geriátrica e seus familiares quanto à necessidade da utilização desse recurso simples e de comprovado custo-benefício.

Os benefícios das vacinas para a saúde da população são inquestionáveis. Porém, ainda não alcançamos os índices dos programas pediátricos entre a população idosa. Em comparação aos adultos jovens, o público 60+ tem maior risco de adquirir doenças infecciosas, aumentando o número de hospitalizações, morbidade e mortalidade. Sem dúvida, é nesse grupo que encontramos a maior lacuna entre a possibilidade e a necessidade da utilização dos recursos de imunização, bem como o desconhecimento dos profissionais sobre as indicações formais e precisas da vacinação.

Para a população idosa imunocompetente, a Sociedade Brasileira de Imunização (SBIIm) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) preconizam a utilização das vacinas: influenza, infecções pneumocócicas, tétano-difteria, hepatite A e B e herpes-zóster. No caso da febre amarela, o idoso deve ser vacinado do mesmo modo que o restante da população, ou seja, em caso de viagem ou moradia em locais de risco, tendo sua condição avaliada pelo seu médico. Esse

profissional analisará os riscos e os benefícios segundo cada indivíduo, em especial se ele apresentar alguma doença.

Vale ressaltar que algumas doenças de incidência na infância – e passíveis de prevenção com a vacinação –, como sarampo, caxumba, coqueluche e rubéola, também podem acometer os adultos. No entanto, essas doenças apresentam menor taxa de incidência em adultos do que em crianças e, por isso, nenhuma dessas vacinas tem indicação formal na população geriátrica.

A prevenção ganha ainda mais peso quando se sabe que a população geriátrica apresenta importante declínio funcional após um evento estressor, como infecção ou internação hospitalar. Um exemplo disso é a pneumonia, cuja incidência aumenta com a idade e com o número de comorbidades e não raro leva a internações hospitalares. Os pacientes idosos representam metade das internações pela infecção no Brasil.

Outro exemplo é o herpes-zóster – e sua principal complicação, a neuralgia pós-herpética. Trata-se de uma afecção que causa grande impacto na qualidade de vida, promovendo disfunção para as atividades da vida diária e maior dependência. Estima-se que um em cada três idosos a partir dos 75 anos possa apresentar a doença.

Sabe-se também que idosos portadores de comorbidades como diabetes mellitus, pneumopatias ou cardiopatias apresentam maior incidência de doenças infecciosas, em especial influenza e pneumonia. No entanto, uma vez infectados, sofrem uma exacerbação dos sintomas clínicos, com maior taxa de incidência de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, entre outras complicações.

A imunização deve estar presente do nascimento à velhice. Do lado dos profissionais, a vacinação deve ser encorajada como prática médica e fazer parte da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Do lado do paciente, a educação sobre a vacinação é fundamental para evitar doenças e promover quali-

dade de vida e saúde na velhice. No Brasil, a adesão dos idosos às campanhas de imunização ainda é baixa, em parte devido ao desconhecimento e até a um certo estigma em relação à segurança e à efetividade da vacinação.

Por isso, é fundamental trazer o tema à reflexão e ampliar o conhecimento sobre ele, de forma a reduzir as barreiras que impedem o idoso de aderir à imunização como ferramenta de prevenção de doenças. Mesmo que ele já tenha sido imunizado quando criança ou na idade adulta, é recomendada a vacinação a partir dos 60 anos, quando, devido ao envelhecimento, pode haver uma baixa no sistema imunológico, responsável por garantir as defesas de seu corpo contra doenças.

A educação para o envelhecimento saudável está diretamente relacionada à prevenção. Assim, é preciso lembrar a importância de ter uma vida em que sejam incluídas uma alimen-

tação saudável, uma rotina de atividades físicas e medidas como a vacinação.

O envelhecimento precisa ser planejado nas esferas social, econômica e de saúde. A prevenção é uma forte – talvez a principal – aliada para o envelhecimento bem-sucedido. Nesse cenário, a vacinação deve ser promovida e encorajada em benefício de um melhor envelhecimento.

Maisa Kairalla Médica geriatra titulada pela SBGG; mestre em medicina pela Unifesp; médica coordenadora do Ambulatório de Transição de Cuidados da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Unifesp; presidente da SBGG-SP biênio 2016-2018

Leitura recomendada

1. Tratado de Geriatria e Gerontologia – 4ª Ed. 2016, capítulo Vacinas
2. Guia de Vacinação Geriatria 2016/2017 – SBIm e SBGG
3. Calendário CDC ACIP 2016/2017

Aptare

GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Aproximando o profissional clínico da geriatria e da gerontologia

Na revista *Aptare* você vai encontrar:

- Entrevistas com especialistas
- Resumos de estudos internacionais
- Artigos atuais e de aplicação prática
- Recursos para o paciente e para o cuidador
- Notícias sobre o mercado de saúde



Para receber a revista gratuitamente, envie seu nome completo, CRM e endereço para contato@dinamoeditora.com.br



Um convite para FALAR DE AMOR

Como um simples trailer se transformou numa jornada para discutir amor e relacionamentos na terceira idade

Por Lilian Liang

CAPÍTULO 1 A IDEIA

“Lili, o projeto é lindo, mas não sei se a indústria vai se interessar em patrocinar”, disse Debora Alves, gerente de marketing da Dínamo Editora. Sempre ponderada, ela se referia à ideia de um cine debate que eu estava pensando em fazer, a partir do trailer do documentário *The Age of Love* (*A Idade do Amor*). O diretor Steven Loring contava a história de idosos que participavam de evento de *speed dating* (encontros rápidos), abordando suas expectativas, sonhos e experiências. Num mundo em que a velhice é sempre associada a doença e perda de autonomia, falar de relacionamentos e da possibilidade de novos amores era uma brisa de ar fresco.

Debora tinha razão. Procuramos patrocinadores por meses. Embora todos se encantassem com o projeto, nenhum deles se animou a bancar a iniciativa. Além de o envelhecimento ser uma causa nova, a economia em 2015 não era das melhores.

Resolvemos, então, fazer como uma ação da própria Dínamo Editora. Em parceria com a consultoria Angatu IDH e o Centro de Referência do Idoso da Zona Norte (CRI Norte), realizamos duas sessões do cine debate, com a exibição do documentário legendado em português, seguida de uma discussão liderada pelas psicólogas Isabella Quadros e Valmari Cristina Aranha. Cada sessão contou com 150 idosos, de diferentes centros de convivên-

cia de São Paulo, que se divertiram e se emocionaram. Minha intuição se confirmou: os idosos queriam falar de amor e participaram ativamente do debate. Quem disse que amor e terceira idade não combinam?

CAPÍTULO 2 A CORRIDA

Depois dessa experiência, percebemos que o cine debate tinha potencial para se tornar um projeto mais amplo. Submetemos então uma proposta ao Proac – Programa de Ação Cultural do governo do estado de São Paulo, que permite que empresas apoiem projetos culturais através de leis de incentivo.

O projeto enviado era composto de dez sessões do cine debate, juntamente com instituições parceiras. Os participantes receberiam um kit lanche e, caso fosse necessário, teriam transporte à disposição. Nosso objetivo? Incentivar a população 60+ a falar de amor e relacionamentos, porque eles são fundamentais para um envelhecimento de qualidade. Queríamos tirar o foco do binômio saúde-doença e trazê-lo para a construção de relações, amizades e redes. O projeto também previa uma 11ª sessão, voltada para profissionais que trabalham com o envelhecimento.

O projeto foi submetido em março de 2016 e aprovado em agosto do mesmo ano, para nossa alegria. Entre os potenciais parceiros, foi o laboratório Aché, um dos maiores players da indústria

farmacêutica nacional, que abraçou a causa e patrocinou a proposta. Para eles, o cinedebate era uma oportunidade para falar de longevidade de uma forma inovadora e em toda a sua diversidade. Recebemos a boa notícia com festa e arregaçamos as mangas. Era hora de colocar o bloco na rua.

CAPÍTULO 3 O COMEÇO

No papel tudo funciona perfeitamente, mas na prática a história muda – imprevistos acontecem, agendas não batem, prioridades mudam. Felizmente, tínhamos uma equipe altamente engajada, com profissionais que muitas vezes assumiram responsabilidades que nem lhes diziam respeito e driblaram problemas sem nunca perder o bom humor.

Depois de muita expectativa, a ação foi finalmente inaugurada no dia 27 de setembro. As duas sessões iniciais aconteceram dentro da programação da Virada da Maturidade – a primeira na Unibes Cultural e a segunda no Espaço Itaú de Cinema Augusta. E, como no projeto piloto, os idosos se divertiram e se identificaram com muitas das situações retratadas no filme. As discussões, lideradas pelas psicólogas Isabella Quadros e Val-mari Cristina Aranha, traziam reflexões alegres, tristes, en-

graçadas e sempre muito ricas. Mesmo os jovens que estiveram na segunda exibição participaram do debate, relatando suas experiências como filhos e netos. Falar de amor, quem diria, dava pano para promover também um diálogo intergeracional!

CAPÍTULO 4 AS SESSÕES

Os números não mentem: o envelhecimento é um fenômeno feminino. Todas as sessões tinham um público sempre composto majoritariamente por mulheres.

Além da Unibes Cultural e do Espaço Itaú de Cinema Augusta, o documentário foi exibido nos seguintes locais: NCI Capão Redondo, Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia, Sesc Bom Retiro, PUC-SP, Congregação Israelita Paulista, Espaço Itaú de Cinema Shopping Bourbon, Enkyo e CRI Norte, com um público médio de 100 pessoas em cada sessão.

O projeto previa que as exibições acontecessem para audiências variadas e em diferentes regiões da cidade, exatamente para atingirmos idosos de realidades distintas. Essas diferenças ficaram muito claras durante as exibições. Um exemplo: em locais menos privilegiados e com menos acesso à cultura, o conceito de *speed dating* era algo completamente

Fotos: Lilian Liang



Reflexões, trocas e muitas risadas marcaram as sessões do cinedebate em São Paulo

novo e tinha que ser explicado na discussão. Já nas regiões onde os participantes tinham maior poder aquisitivo e mais acesso à cultura, havia uma familiaridade com o conceito, e as nuances eram mais facilmente compreendidas.

No entanto, essas diferenças contavam muito pouco nas conversas que se seguiam ao filme, já que todos tinham uma experiência para compartilhar. Um dos aspectos mais gratificantes era o fato de muitos participantes se sentirem à vontade o suficiente para expressar seus sentimentos e desejos. “Sou viúva há 20 anos, graças a Deus, e não pretendo ter outro relacionamento”, disse uma das idosas participantes na CIP. “Se eu encontrasse alguém como o Jon (*um dos personagens do filme*), aí estaria aberta para outro relacionamento”, disse outra senhora, no Sesc Bom Retiro. “Casamento é muito difícil, e eu e meu marido somos casados há 50 anos”, disse uma outra idosa, recebendo aplausos. “Mas hoje somos só amigos, se é que vocês me entendem”, completou, enquanto a plateia caía na risada.

Um dos poucos homens que se manifestaram nas sessões foi um senhor que completaria 90 anos no dia seguinte ao da exibição. Prestes a entrar na centésima década de vida, ele dividiu sua sabedoria: “Muita gente deixa de se relacionar porque o(a) companheiro(a) anterior causou muito sofrimento. Mas o que a nova pessoa tem a ver com isso? Temos que estar abertos a novas pessoas e novas experiências”.

Os participantes eram convidados a responder a um breve questionário no final das sessões, com perguntas como “Você gostaria de ter um namorado?” e “Você participaria de um evento de *speed dating*?”. Para nossa surpresa, grande parte dos idosos respondeu sim para as duas perguntas.

CAPÍTULO 5 O OUTRO LADO

Falar de amor, sexo e relacionamentos ainda é tabu na terceira idade. Por isso, muitos idosos deixam de mencionar a solidão, a falta de contato (inclusive físico) e a ausência de uma rede de amigos como fatores que impactam a qualidade de vida no envelhecimento.

Por outro lado, os próprios profissionais não estão preparados para abordar tais temas. Diante de uma conversa delicada sobre as dificuldades do sexo ou a importância de uma rede de suporte, muitos preferem se esquivar. As consequências disso já começam a aparecer: com aplicativos de paquera cada vez mais populares,

medicamentos para disfunção erétil cada vez mais disponíveis e a ausência de uma cultura de uso de preservativos, o índice de soroprevalência na população idosa só faz aumentar.

Veio desse descompasso a ideia de fazer também um workshop para profissionais que trabalham com o público 60+. O projeto não pretende apenas incentivar os idosos a falar sobre esses assuntos, mas também preparar os interlocutores para tanto. Assim, após a 11ª exibição, haverá um bate-papo com o diretor do documentário, Steven Loring (*veja entrevista exclusiva no quadro*), com a presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, Carmita Abdo, e com a psicóloga do Serviço de Geriatria do HCFMUSP Valmari Cristina Aranha.

Estudos mostram que relacionamentos, sejam eles amorosos ou não, contribuem amplamente para a longevidade. Sabe-se que ter um parceiro para a vida adiciona três anos à



Público feminino era maioria nas sessões

expectativa de vida. Com o cinedebate, nosso desejo é estimular essas conversas, de modo que idosos e profissionais entendam que se trata de um aspecto essencial para um envelhecimento produtivo e de qualidade.

CAPÍTULO 6 **AS LIÇÕES**

As lições que aprendemos com esse projeto não são particularmente inéditas, mas quantas vezes nos esquecemos do que está bem na nossa frente? De tão óbvio, muitas vezes um fato acaba se tornando novidade. É como olhar para o seu companheiro de anos e, de repente, se lembrar de todas as razões por que se apaixonou por ele.

Talvez a principal lição do cinedebate tenha sido a confirmação de que amor e relacionamentos são temas universais, que interessam a todos, independentemente da idade, do sexo, da localização, do nível socioeconômico ou cultural. Todo mundo quer viver ou já viveu uma história de amor. Todo mundo quer se relacionar. Todos buscam companheirismo,

identificação, senso de pertencimento. Porém, apesar da obviedade, continuamos excluindo os idosos dessa troca tão bacana e fundamental, baseados num critério tolo – e, ousado dizer, preconceituoso – de idade.

No caso do cinedebate, a bagagem dos participantes é que tornou tudo mais interessante. Ser confrontado com os desejos, os sonhos e as expectativas de quem muitas vezes tem o dobro da sua idade foi realmente um privilégio, que por si só já teria valido todo o trabalho envolvido na concretização desse projeto.

Termino com uma história que resume bem as experiências vividas nessa iniciativa. Numa das sessões, fui cumprimentada por uma senhora que, conversa vai, conversa vem, disse que não tinha nenhum interesse em ter um novo relacionamento, pois já era viúva havia 50 anos. Ao final do filme, ela veio novamente conversar comigo, dessa vez animadíssima: “Vocês precisam fazer um evento desses pra gente! Eu ajudo a organizar!”. Para ela, não restou dúvida de que se relacionar pode ser algo saudável, desejável e até divertido, mesmo que ela mesma não quisesse um novo relacionamento. Para nós, foi a maior prova de que nossa missão estava sendo cumprida.



LOVE, LOVE, LOVE...

Nunca os Beatles estiveram tão certos: “All you need is love”. Na entrevista a seguir, Steven Loring, diretor do documentário *A Idade do Amor*, conta suas motivações para fazer o filme, seu impacto e as lições aprendidas pelo caminho.

O que o levou a fazer esse filme?

A Idade do Amor começou como uma jornada muito pessoal, inspirada em dois eventos da minha vida. Primeiro, meu pai faleceu de repente e deixou minha mãe, depois de 50 anos de casamento, emocionalmente sozinha pela primeira vez em sua vida adulta. Um dia, ela me perguntou: “Quem vai me abraçar novamente, quem vai segurar minha mão e compartilhar uma refeição?”. Ela deixou de ser parte de um casal para a vida toda para se tornar, como ela disse, “apenas outra velha no mundo, sozinha”.

Na mesma primavera, meu tio de 78 anos, que nunca havia se casado e nem mesmo namorado, conheceu uma mulher de 80 anos e juntos eles mergulharam física e emocionalmente em um novo caso de amor. Vendo como os idosos em minha própria vida estavam lidando, de maneira inesperada e profunda, com questões do coração, eu procurei na mídia popular por histórias relacionadas a idade e amor, mas encontrei muito poucas. E, com as populações mais velhas crescendo nos Estados Unidos e em todo o mundo, senti que havia uma história importante à espera de ser contada.

Quais foram os principais desafios para levar o amor na terceira idade à telona?

Curiosamente, o principal desafio foi o oposto do que eu esperava. Quando comecei a pesquisar sobre o filme, tinha meus próprios estereótipos e pressupostos sobre idosos. Então, quando ouvi falar sobre o evento de *speed dating* – cujos trinta participantes, todos com mais de 70 anos, não faziam ideia de que um filme poderia ser feito –, presumi que seria impossível que todos assinassem a licença para uso de imagem que eu precisava para começar a filmar. Idosos, pensei comigo mesmo, são tímidos, e muito provavelmente terão vergonha de contar aos seus amigos, e sobretudo aos filhos, que estão à procura de um novo amor. Então, eles nunca se deixarão ver em telas de filmes ao redor do mundo. Mas, não querendo desistir, liguei para cada participante com meu discurso de desculpas, e o que eu descobri foi surpreendente. Todos os trinta estavam ansiosos para participar. Suas atitudes foram perfeitamente explicadas por uma mulher que me disse: “Tenho 74 anos e moro sozinha, e ninguém, nem mesmo meus filhos, me pergunta o que está no meu coração. Por dentro, sou a mesma pessoa que sempre fui, mesmo que eu seja invisível para o mundo. Então, claro, vou falar com você. Em quanto tempo você pode vir?”.

Assim, minhas preocupações sobre o acesso à vida particular dos idosos desapareceram à medida que suas histórias e medos, sentimentos e sonhos vinham à tona. Eles me receberam em suas vidas e casas, fornecendo um material tão rico e surpreendente que meu maior desafio se tornou como acomodar 168 horas de filmagem em um filme de 76 minutos. Através do simples ato de ouvir e validar os sentimentos desses idosos que queriam amar e se conectar e crescer, muitos se tornaram verdadeiros amigos, que me mantêm atualizado sobre suas vidas e novos amores.

Você tinha alguma ideia de que o documentário chegaria a uma audiência tão vasta e teria tanta repercussão?

Uma vez que *A Idade do Amor* era um projeto pessoal, trabalhei por três anos sem pensar onde encontraria uma audiência. Quando concluí o filme e o submeti a festivais, me disseram que ele só seria interessante para pessoas com mais de 80 anos, de modo que encontrar distribuição era improvável. Mas, a partir de nossa primeira exibição pública, espectadores de todas as idades reagiram à história de amor inesperada, à comédia não prevista e ao drama de idosos reais, tão nervosos e esperançosos quanto os adolescentes. Os idosos disseram que se sentiram empoderados ao ouvir seus verdadeiros sentimentos expressados; o público de

“
[...] a busca pelo amor é igualmente importante e intensa em qualquer etapa da nossa vida.”

meia-idade imaginou o seu próprio futuro e a possibilidade de buscar um novo amor; e os adolescentes me disseram que nunca mais veriam suas avós do mesmo jeito. O filme encontrou rapidamente espaço em centros para idosos e comunidades residenciais, em escolas e universidades, em bibliotecas e locais culturais, em grupos religiosos e de envelhecimento saudável, em conferências e programas de aprendizagem ao longo da vida, e até mesmo em cassinos! E sempre me perguntam quando ele estará disponível para visualização em casa – muitas vezes por crianças que querem compartilhá-lo com um idoso, pai solteiro, para desencadear uma conversa que eles não podem começar sozinhos.

Em termos de exibições institucionais e profissionais, parece que existem poucas ferramentas efetivas para introduzir as questões de desejo, intimidade e amor em populações mais velhas a estudantes e àqueles na linha de frente do envelhecimento saudável. Mesmo que o mundo esteja inegavelmente envelhecido, ainda enfrentamos uma mensagem antienvelhecimento constante das corporações e da mídia. Assim, o filme tornou-se uma janela única nos corações de uma nova “quarta geração” de idosos de 75 a 100 anos que não estão dispostos a aceitar a antiga narrativa do declínio. Ao mostrá-los em um contexto emocional com o qual todos podemos relacionar, suas palavras e ações apresentam uma visão moderna do envelhecimento que é difícil de estereotipar ou ignorar.

Sabemos que amor e relacionamentos são temas universais. Mas, de acordo com a sua experiência, exibindo o documentário em todo o mundo, é possível dizer que as expectativas e os desejos também são os mesmos?

Meu objetivo com *A Idade do Amor* foi chamar a atenção para uma população esquecida, por meio de uma história que fala para todas as idades. O conceito de *speed dating* foi escolhido como uma janela provocativa para corações mais velhos, ainda procurando se conectar intimamente com os outros. Independentemente da idade, pensei, quem não en-

tende a solidão, a intimidade ou a busca pelo amor?

Em todos os lugares onde o filme foi exibido, as audiências se mostraram tocadas pelas vozes honestas que expressam uma saudade de parcerias tradicionais. No entanto, os comentários revelam como os idosos acham o amor e a conexão satisfatórios de outras formas. Na verdade, muitos não desejam um companheiro, mas estão satisfeitos com amizades íntimas, ou com o amor que compartilham com a família, ou por viver com um animal de estimação. Um número crescente opta por manter sua estrutura de vida atual, desfrutando de um relacionamento comprometido sem co-habitação. E alguns – como a minha própria mãe – não conseguem entrar em um novo relacionamento, mas encontram amor e conexão na memória reconfortante e na “presença” de uma alma gêmea perdida.

As aspirações e os desejos também são afetados por questões de economia, expectativa de vida, religião e outros fatores sociais e culturais. Por exemplo, idosos russas que vivem de aposentadoria me disseram que o amor é um luxo que não podem pagar, e muitos homens solitários da geração da Segunda Guerra Mundial ficam envergonhados de participar de um evento de namoro (alguns grupos preferem organizar eventos de “amizades rápidas”). Os encontros rápidos para idosos também surgiram em países como a Índia, onde uma geração cada vez mais ativa de idosos, depois de décadas em casamentos arranjados, amplia agora as expectativas, ao enfrentar a busca do amor por conta própria.

Não importa se o objetivo envolve casamento, namoro, amizade ou simplesmente libertar-se de estereótipos e expressar desejos verdadeiros: o filme encoraja e capacita os idosos a rejeitar a solidão e crescer emocionalmente, independentemente da idade.

Que impacto a realização do documentário teve em sua vida e na maneira como você vê seu próprio envelhecimento?

Acho que nenhum de nós embarca num projeto criativo de vários anos se esse projeto não conversa, de alguma forma, com nossas próprias perguntas sobre viver nossas vidas. Como um cineasta solteiro de meia-idade, sei que cheguei a esse projeto com minhas próprias preocupações sobre o futuro, me perguntando se eu poderia encontrar o amor na minha própria vida. Durante a produção, meus olhos foram abertos pelo espírito, pela determinação e pelas atitudes dos participantes e, mais tarde, dos telespectadores da minha idade que me disseram como as perguntas e preocupações enterradas em seus próprios corações foram respondidas observando os sentimentos expressados na tela.

Parece que as experiências do pequeno grupo de idosos tipicamente invisíveis do filme, de alguma maneira, abordaram um elemento comum de todas as nossas viagens emocionais, à medida que nos olhamos no espelho ou adiante na estrada e nos perguntamos o que há no futuro.

E, não querendo ser muito pessoal, mas uma dessas telespectadoras se aproximou de mim, perguntando-me se eu não queria tomar um café com ela. Agora, dois anos depois, parece que o filme que dirigi voltou e dirigiu minha própria vida no caminho da conexão e do amor. Eu acho que o universo tem seus caminhos...

Quais foram as principais lições aprendidas ao fazer esse filme?

Quando comecei a filmar, escrevi a minha pergunta de pesquisa básica e a coloquei na minha mesa: “O amor e nossa necessidade de amor mudam à medida que envelhecemos? Em caso afirmativo, como?”. O que os participantes do evento me ensinaram é que a busca pelo amor é igualmente importante e intensa em qualquer etapa da nossa vida. É a derrota da solidão, a necessidade do toque e o conforto de ser entendido que todos nós buscamos.

No entanto, quando somos jovens, com menos conhecimento de quem somos e do que precisamos interiormente, também estamos distraídos com preocupações práticas, como dinheiro, carreira, aparência, status, romance, crianças – e todas essas coisas ficam amarradas em nossa definição de amor romântico. Então, nós presumimos que as pessoas mais velhas não podem se apaixonar pelo que fizeram quando eram jovens, e depreciamos seus relacionamentos como “focos” ou “apenas companheirismo”.

Na verdade, uma vez que somos mais velhos, à medida que nossas diferenças se desvanecem e as distrações juvenis desaparecem, o que nos resta é o autoconhecimento. Somos menos propensos a passar o tempo com a pessoa errada; nosso foco é em companheiros que realmente nos veem e entendem como somos, sem o brilho e a bagagem da juventude. Um idoso me disse que a beleza é diferente de uma maneira parecida – que não se trata mais da pele mais suave e do cabelo mais perfeito, mas sim de “ser aberto e com espírito de aventura”.

O que eu descobri é que o amor não muda, mas que a emoção se torna “mais pura” à medida que envelhecemos. E a mensagem da sociedade de que o amor verdadeiro é apenas para os jovens pode ser retrógrada. A forma mais pura de amor, entre dois iguais que acham alegria na partilha de gentileza, ideias e toque, pode ficar mais doce conforme envelhecemos.

Acompanhante de idosos: MERCADO EM ASCENSÃO

Com o público da terceira idade mais ativo, ter alguém que possa acompanhá-lo em eventos culturais é uma boa opção para as famílias

Por **Silvia Sousa**

Vamos combinar que o idoso já não é o mesmo de 20 anos atrás. Hoje vive-se mais e procura-se por mais qualidade de vida. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 14,3% da população brasileira é composta por pessoas com mais de 60 anos, o que significa quase 30 milhões de idosos. E esse número deve aumentar nas próximas décadas, já que a expectativa de vida aumenta ano a ano. O brasileiro nascido em 2015 deve viver até os 75,5 anos. A tendência é que em 2050 ele chegue, em média, aos 81 anos. É um salto gigantesco se compararmos com 1940, quando a expectativa média da população do Brasil era de 45 anos de idade.

Os idosos foram adquirindo novos hábitos de vida. Quase a metade deles pratica alguma atividade física regularmente, não se importa em viver sozinho e preocupa-se com a qualidade do que consome. Eles também estão cada vez mais engajados no mundo virtual. Uma pesquisa de 2016 da Ericsson ConsumerLab constatou que 60% dos idosos brasileiros usam mais as redes sociais agora do que faziam um ano atrás. O mesmo vale para o aplicativo de mensagens instantâneas. Isso faz com que aquela imagem da avó que passa o dia fazendo crochê enquanto o avô está de pijama e chinelo na sala fique cada vez mais no passado.

Vida cultural agitada

Viajar, conhecer lugares novos ou simplesmente assistir a uma peça de teatro são algumas opções de passeio para esse novo idoso. Mas o problema é que muitos deles já são viúvos ou, mesmo com seus parceiros, têm receio de sair de casa sozinhos. Uma possibilidade é contratar o serviço de acompanhante cultural. “Essa é uma profissão ainda nova aqui no Brasil. Esse profissional vai acompanhar o cliente em passeios pela cidade ou até em viagens que duram uma tarde, um dia ou até um fim de semana”, explica a pedagoga Rita do Amaral, do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE), de

São Paulo (SP), entidade que realiza um curso de acompanhante cultural de idoso para formar novos profissionais na área.

Vale ressaltar, no entanto, que o acompanhante cultural não é um cuidador, profissional preparado para lidar com o envelhecimento e suas consequências, que tem foco no cuidado. “O acompanhante está preparado para entreter o idoso, conversar sobre o passeio que acabaram de fazer. Se a pessoa precisa de cuidados específicos, o ideal é que o cuidador ou alguém da família o acompanhe durante a saída”, completa Rita.

Há também empresas que organizam passeios para a terceira idade, que saem em grupos. “Nós vemos peças de teatro, concertos de música, visitamos exposições de arte e fazemos até viagens curtas de um dia para cidades que ficam perto de São Paulo,

RELAÇÃO PROFISSIONAL

Mesmo convivendo de perto com o idoso, Denise Mazzaferro, do OLHE, alerta que antes de tudo a relação entre o acompanhante e seu cliente deve ser profissional. Por isso, apelidos como idosinho, velhinho, vovozinho, mesmo que carinhosos, devem ser evitados. Os detalhes da contratação são acertados com antecedência, principalmente quando ela é feita pela família, o que é muito comum. Acerte o valor que será pago, como será pago, o tempo que durará o serviço e até detalhes como transporte (em carro próprio, no carro do idoso, de táxi) e pagamento de despesas extras, como alimentação e outros detalhes que possam surgir. E até como será feita a prestação de contas.

Vale até mesmo criar uma planilha onde serão acrescentadas as informações de cada cliente, os locais que já foram visitados, outros lugares para conhecer no futuro e os valores que envolvem o serviço. Como é comum o acompanhante ter mais de um cliente, a organização é fundamental.

como São Roque”, explica Darilma de Freitas Guimarães, 80 anos, há 20 proprietária da Voivolto, uma das empresas pioneiras em organizar excursões para idosos em São Paulo. Ela conta que entrou no negócio para ajudar o irmão, que se aposentou e procurava uma nova ocupação, mas acabou se apaixonando pelo ofício. Para organizar os grupos, ela envia todos os meses, por e-mail ou pelo correio, a programação dos eventos culturais selecionados aos clientes cadastrados. Os interessados se inscrevem e, a partir daí, ela traça o roteiro, que consiste em buscar a pessoa em casa, levar ao evento (com ingresso incluso) e depois deixá-la em casa novamente. “Eu organizo tudo para que a pessoa não tenha dor de cabeça”, diz.

Esse tipo de serviço costuma atrair a população da terceira idade porque também é uma maneira de fazer novas amizades. Darilma conta que o grupo é bem variado, todos são muitos animados e que dos eventos culturais surgem até outros compromissos, como um almoço para celebrar as novas amizades.

Mínimos detalhes

O clima é descontraído, mas o trabalho é sério e exige comprometimento e planejamento detalhado. E, claro, em certas ocasiões, paciência. Isso porque às vezes nem é o próprio idoso que se interessa pelo serviço, mas sim um filho que acha uma boa contratá-lo para os pais. Então, num primeiro momento é preciso haver uma aproximação entre as duas partes. “O vínculo vai ser formado aos poucos. Algumas pessoas são mais fáceis, outras mais resistentes”, diz Rita. Ela sugere que os primeiros encontros sejam na residência do cliente. Ali, o acompanhante vai descobrir os gostos dele, por que ele contratou o serviço, e analisar suas limitações, como uso de cadeira de rodas, por exemplo. “Vale ficar atento ao seu cliente. O acompanhante precisa entender que o idoso nem sempre quer aquilo, mas é um desejo dos filhos. Por isso, os primeiros encontros podem ser caseiros, como tomar um chá juntos ou jogar baralho, até criar afinidade”, ensina Denise Mazzaferro, membro do conselho gestor e uma das professoras do curso ministrado no OLHE. A partir daí, vai surgindo a programação de eventos.

Antes de levar o idoso ao local, cabe ao acompanhante uma visita para verificar a acessibilidade, os banheiros, os melhores horários de visita e outras condições gerais que interfiram no bem-estar do cliente. Também vale a pena agendar com antecedência e até analisar se pode haver trânsito para chegar ao local escolhido.

Além de pesquisar a programação e levar o idoso, o acompanhante deve estimulá-lo a pensar sobre a experiência que acabou de ter. “É bom conversar sobre o filme ou a peça, e não ficar limitado só ao leva e traz”, alerta Rita. Ou então estar pre-

parado para propor outras opções de lazer. Pode ser uma tarde no parque ou então incentivá-lo a organizar um café com os amigos, por exemplo.



Fotolia

CINCO DICAS PARA SER UM BOM ACOMPANHANTE

Veja quais são as características desejáveis num acompanhante de idosos:

1. Ter interesse por eventos culturais: conhecer as peças de teatro e concertos de música que estão em cartaz, locais de lazer e outros eventos é fundamental.
2. Ser um explorador da cidade: saber como se locomover ou onde levar o idoso é importante para o profissional. Por isso, ele precisa se planejar para explorar a cidade em que trabalha.
3. Pensar no interesse do outro: o acompanhante deve sempre pensar no que o idoso gostaria de fazer para incentivá-lo a sair de casa. Caso saiba que seu cliente tem interesse em algo que você não conhece, vale a pena estudar um pouco sobre o assunto.
4. Ser paciente: lidar com os desejos e, mais, com as limitações do outro exige uma dose de paciência.
5. Seguir as regras de etiqueta: vestir-se de acordo com a situação, comportar-se adequadamente e evitar gírias ao falar contam pontos a favor do acompanhante.

VEÍCULO COMPACTO



Uma equipe de alunos da Escola Politécnica (Poli) da USP, em parceria com outras seis instituições, desenvolveu o protótipo de um veículo automotivo específico para idosos. Pelo trabalho, o time conquistou o segundo prêmio geral no 2017 Pace Annual Forum, em Toluca, no México. O evento incentiva instituições no mundo todo a se organizar em times para desenvolver projetos de mobilidade urbana.

A ideia consiste em um veículo portátil voltado para o público 60+ das grandes cidades brasileiras, pensado especificamente para percorrer pequenas distâncias com comodidade e praticidade. O aparelho oferece duas opções de pilotagem: um modo “esportivo”, com guidões que lembram aqueles de uma motocicleta, e um modo mais inovador, que permite o controle através de joysticks e do uso dos pés.

O veículo foi concebido para alcançar 20 km/h, o que o torna incompatível com as ruas de uma cidade como São Paulo, por exemplo. Assim, o plano consiste em reservar para o veículo a possibilidade de se locomover em ciclovias, ciclofaixas e calçadas. Depois que o idoso chegar a seu destino, o projeto prevê que o dispositivo entre em modo compacto, assemelhando-se a uma mala – o que facilitaria o transporte da máquina por parte do dono.

Fonte: *Jornal da USP*



ENVELHECIMENTO EM PODCASTS

A grande inspiração foram suas andanças Brasil a fora. Willians Fiori, professor convidado dos cursos de gerontologia da EACH-USP e do Hospital Israelita Albert Einstein, conhecia ações e profissionais pioneiros mas que não tinham visibilidade.

Foi daí que nasceu a ideia do Gerocast, um podcast dedicado a questões do envelhecimento. “A ideia veio por experiência própria, como consumidor de podcasts. Existem temas muito diversos nesse universo, mas essa mídia ainda é pouco utilizada no Brasil”, explica.

O primeiro episódio foi ao ar em outubro. “O objetivo é disseminar informação e dar voz aos que lidam com as questões da velhice, sejam profissionais, familiares, os próprios idosos e quem quiser entender melhor a cultura gerontológica”, conta.

Segundo o professor, o Gerocast é uma plataforma colaborativa, em que todos podem contribuir com os assuntos que considerarem mais pertinentes. “Acredito na criação de trocas e sinergias. O Gerocast pode ser um veículo que une pessoas e ideias. A repercussão tem sido muito positiva, inclusive fora do meio da geriatria e gerontologia”, completa.

Para saber mais: www.gerocast.com.br



VELHICES LGBT

Promover um diálogo sobre as questões relacionadas à velhice LGBT, visando a desenvolver iniciativas conjuntas com serviços socioassistenciais e de saúde. Esse foi o objetivo do I Seminário

Velhices LGBT, iniciativa da ONG Eternamente SOU com a equipe do vereador Toninho Vespolti, realizado em 25 de novembro em São Paulo.

O evento tem coordenação de Diego Félix Miguel, especialista em Gestão de Serviços de Saúde para Idosos (OPAS/OMS) e professor de pós-graduação em gerontologia, e Rogério Pedro, presidente da ONG.

“O processo de envelhecimento é único e pessoal. As oportunidades que temos ao longo da vida é que compõem o ser velho. Porém, as pessoas LGBT estão inseridas em normas socioculturais de aceitação que não compreendem sua essência. Estão expostas a maior vulnerabilidade social por causa do preconceito e da violência, muitas vezes até de âmbito familiar”, explica Miguel. “Precisamos lutar contra a invisibilidade dessas pessoas e trazer para a pauta das políticas públicas as demandas que são negligenciadas em nosso atendimento ao desconsiderarmos suas especificidades.”

Para mais informações: www.facebook.com/eternamentesou/



ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

O Ministério da Saúde lançou no início de novembro a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Saudável, que traz pela primeira vez orientações aos profissionais de saúde e gestores para aumentar a qualidade de vida dessa população. Com as novas medidas, o atendimento às pessoas com 60 anos ou mais deve priorizar avaliação funcional e psicossocial, além dos dados clínicos. O objetivo é reduzir a perda da autonomia, aumentar o desempenho cognitivo e a sobrevida desses pacientes.

Entre as novidades anunciadas está a implementação do atendimento multidimensional, em que o foco deixa de ser apenas na doença. O cuidado passa a ser orientado pela avaliação clínica, psicossocial e funcional, o que permitirá identificar as reais necessidades de cada caso. Assim, o acompanhamento desses pacientes será norteado a partir de um projeto terapêutico individual, com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamentos, reabilitação e cuidados paliativos.

Outra novidade é a atualização e implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que permite conhecer as necessidades de saúde dessa população atendida na atenção básica. O Ministério da Saúde também está lançando, em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), um aplicativo que possui três ferramentas para subsidiar profissionais de saúde na avaliação das pessoas idosas. Com o aplicativo, será possível identificar a pessoa idosa vulnerável na comunidade, identificar a vulnerabilidade familiar para definir o foco do acompanhamento e avaliar a massa corporal em relação à altura, detectando o estado nutricional dos idosos. A ferramenta estará disponível gratuitamente pelo Google Play para Android.

O Ministério da Saúde colocou em consulta pública o documento com as orientações técnicas para a implementação da linha de cuidado da pessoa idosa no SUS, para colaboração de cidadãos e especialistas. O documento ficará disponível para contribuições até 8 de dezembro no link: <http://portalms.saude.gov/audiencias-e-consultas-publicas>



DIVIDINDO A CASA

Para mulheres que querem encontrar pessoas para dividir a casa, já existem inúmeros serviços online nos EUA. Um deles é o Golden Girls Networks, criado pela americana Bonnie Moore, que aos 63 anos se separou de seu marido e, de repente, se viu numa casa recém-reformada e com uma hipoteca que ela não conseguia pagar.

A solução foi dividir a casa com outras pessoas. Com o tempo Bonnie percebeu que, assim como ela, havia outras mulheres na mesma situação. Em 2014, ela lançou uma base de dados online para proprietários e pessoas interessadas em alugar. Batizou o serviço de Golden Girls Network, numa alusão ao seriado homônimo, traduzido como "Supergatas" em português, que passou no Brasil nos anos 1980, em que quatro mulheres moravam na mesma casa.

A base hoje tem cerca de 1,5 mil pessoas, que pagam uma taxa de 39 dólares por seis meses de acesso. Os membros criam um perfil detalhado e depois procuram o banco por pessoas interessadas em dividir a casa. A maioria dos usuários tem entre 50 e 70 anos. As combinações são sempre entre duas pessoas, mas também há listas com mais um interessado. "Há quase uma crise de mulheres que se veem sozinhas depois dos 50 e não estavam esperando por isso. Divórcio na meia-idade é uma epidemia. É uma estatística sobre a qual as pessoas não falam muito, mas definitivamente existe," explica.

Para saber mais: <https://goldengirlsnetwork.com/>

RADAR :: lançamentos e notícias do mercado de saúde

APARELHO AUDITIVO DE TESTE 3 EM 1

Imagens: divulgação



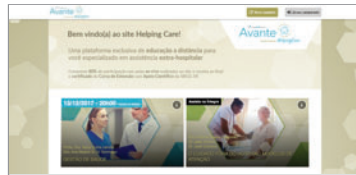
A marca suíça **Bernafon** lançou o sistema de aparelhos auditivos

de teste Belflex, uma alternativa revolucionária na escolha do modelo que melhor atenda as necessidades do paciente, levando em conta conforto, inteligibilidade para fala e itens personalizados.

Com o Belflex, o fonoaudiólogo pode programar até três categorias de desempenho, ou seja, até três aparelhos auditivos diferentes em um mesmo dispositivo. O paciente poderá levar o teste Belflex para comparar os diversos níveis de tecnologia em suas situações diárias cotidianas – ambientes silenciosos, com fala, com ruídos. Basta apertar um botão em um controle remoto para alternar entre os aparelhos.

Belflex é pré-programado para um período de teste e desliga automaticamente depois dos dias estipulados. Na consulta de acompanhamento com o fonoaudiólogo, um registro de dados incorporado ao circuito do aparelho mostrará qual foi a categoria de desempenho, ou seja, o aparelho auditivo mais usado pelo paciente nos diversos ambientes durante o teste. Experimentar as diversas possibilidades antes de adquirir o produto propicia maior envolvimento na adaptação e mais confiança na decisão da escolha de um aparelho que atenda de fato as necessidades auditivas de cada paciente.

CURSO DE EXTENSÃO



A Nestlé Health Science, com apoio do **Residencial Toniolo** e da **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – São Paulo**, acaba de lançar o curso de extensão Avante EAD Helping Care, uma plata-

forma exclusiva de educação à distância para profissionais especializados em assistência extra-hospitalar ao paciente idoso.

O lançamento oficial da iniciativa aconteceu no dia 26 de outubro, no auditório da sede da Nestlé em São Paulo. O palestrante convidado foi Wilson Jacob Filho, professor titular de geriatria da FMUSP. O jornalista Rodrigo Bocardí mediou as discussões que seguiram a apresentação.

O curso é gratuito e teve início em novembro. São 13 módulos mensais, com aulas ao vivo que acontecem sempre às 20 horas, no horário de Brasília. Para receber o certificado do curso, que tem o apoio científico da SBGG-SP, o aluno precisa ter 80% de participação nas aulas ao vivo.

Entre os temas abordados na plataforma estão “O cuidado fora do hospital: modelos de atenção”, “Sarcopenia: conceito e abordagem”, “Cuidados de final de vida” e “Síndromes demenciais”, entre outros. As aulas serão ministradas por grandes nomes da geriatria e da gerontologia.

Para saber mais: www.avantead.com.br

NOVA LINHA DE ABSORVENTES PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA



A **Kimberly-Clark** lançou a Plenitud Femme, uma linha voltada para mulheres com rotina ativa que lidam com escapes de urina.

A Plenitud Femme permite que a mulher mantenha a calcinha em três diferentes formatos. A tecnologia dos produtos mantém a região íntima seca, garante controle de odor e evita problemas como irritações e congestionamentos com vazamentos.

Cada produto tem características específicas. O protetor diário, o mais discreto da categoria, é direcionado para escapes considerados leves e moderados. O absorvente ultra, com formato seguro e discreto, retém três vezes mais do que um absorvente menstrual noturno. Por último, o absorvente noturno, mais longo, promove maior segurança e é ideal para perdas de urina moderadas a intensas.

EINSTEIN LANÇA INCUBADORA DE STARTUPS



O **Hospital Israelita Albert Einstein** acaba de inaugurar a Eretz.bio, uma incubadora de startups que se propõe a ser um espaço dedicado ao incentivo do empreendedorismo como forma de transformar a saúde brasileira. Localizada no bairro da Vila Mariana, em São Paulo, a incubadora vai oferecer infraestrutura para o trabalho de startups selecionadas, que terão à sua disposição laboratórios e espaços de desenvolvimento de pilotos nas diversas unidades do hospital, assim como acesso facilitado ao know-how dos profissionais e pesquisadores do Einstein para solucionar problemas e desafios, desenvolver, prototipar e validar produtos.

“Oferecer um espaço diferenciado para que essas empresas possam gerenciar seus negócios em um ambiente criativo e de inovação nos abre portas para responder a questões com as quais lidamos diariamente e cujas respostas ainda não conseguimos encontrar”, diz Sidney Klajner, presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. “Por outro lado, como a inovação está em nosso DNA, temos como oferecer o ambiente ideal para a pesquisa e para o desenvolvimento de soluções que farão a diferença na vida das pessoas.”

NOVO TRATAMENTO PARA DIABETES TIPO 2 APROVADO NO BRASIL



A **Sanofi** recebeu a aprovação de registro do medicamento Soliqua pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Trata-se de um novo produto, uma combinação fixa de insulina glargina (U100) e lixisenatida, em dose única diária. A indicação é para pacientes adultos que precisam melhorar o controle glicêmico com diabetes mellitus tipo 2 inadequadamente controlada com medicamentos hipoglicemiantes orais isolados ou combinados com insulina basal, ou insulina basal utilizada isoladamente. O tratamento é um adjuvante de dieta e exercício para melhorar o controle.

O medicamento combina os dois princípios ativos em uma única caneta pré-preenchida que usa a tecnologia SoloStar, a plataforma de canetas de injeção de insulina descartável mais usada no mundo. Essa forma de aplicação, mais simples, deverá facilitar o manejo do medicamento pelo paciente e aumentar a adesão ao tratamento.

O processo de liberação segue agora para outras etapas dentro do Ministério da Saúde. A expectativa é que o medicamento esteja disponível a partir do ano que vem.

ALÍVIO PARA SINTOMAS DO OLHO SECO



A **Genom Oftalmologia**, divisão da União Química Farmacêutica Nacional, apresenta L-CAPS, o primeiro suplemento alimentar específico para alívio dos sintomas do olho seco a ser comercializado no Brasil. Com formulação exclusiva que traz a combinação de Ômega 3 de óleo de peixe e Ômega 6 de óleo de borragem, além de óleo de linhaça, das vitaminas C, D, E, B6 e B12 e dos minerais cobre, selênio e zinco, o produto está disponível em apresentação com 60 cápsulas gelatinosas, zero açúcar e sem glúten.

Estudos mostram que a prevalência de olho seco varia de 5% a 30% na população acima de 50 anos. A diminuição da produção de lágrimas pelo olho ou a alteração da qualidade da lágrima levam a sintomas como vermelhidão, irritação, ardência, sensibilidade à luz, desconforto e flutuação da visão. Entre as causas mais comuns para a condição estão senilidade, diabetes e medicamentos como diuréticos, antidepressivos e anticoncepcionais, entre outros.

PROGRAMA-SE :: cursos, congressos e simpósios

2018

mar/abr/mai

➔ **ICFSR 2018 – International Conference on Frailty and Sarcopenia Research**
1 a 3 de março •
Miami Beach, FL, EUA
frailty-sarcopenia.com

➔ **World Congress on Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases**
19 a 22 de abril • Cracóvia, Polônia
www.wco-iof-esceo.org

➔ **2018 Annual Scientific Meeting of the American Geriatrics Society (AGS)**
3 a 5 de maio • Orlando, FL, EUA
meeting.americangeriatrics.org

jun/jul

➔ **XXI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**
6 a 8 de junho • Rio de Janeiro, RJ
www.cbgg2018.com.br

➔ **2nd Pan American Parkinson's Disease and Movement Disorders Congress**
22 a 24 de junho • Miami, FL, EUA
www.pascongress2018.org/MDS-PAS-2018.htm

➔ **Alzheimer's Association International Conference**
22 a 26 de julho • Chicago, IL, EUA
www.alz.org/aaic/

out/nov

➔ **14th EUGMS – International Congress of the European Union Geriatric Medicine Society**
10 a 12 de outubro • Berlim, Alemanha
www.eugms.org/2018.html

➔ **GSA 2018 Annual Scientific Meeting**
14 a 18 de novembro • Boston, MA, EUA
www.geron.org/meetings-events/gsa-2018-annual-scientific-meeting



PROGRAMA
HelpingCare

UMA PLATAFORMA EXCLUSIVA
DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
PARA VOCÊ ESPECIALIZADO
EM ASSISTÊNCIA
EXTRA-HOSPITALAR.

Curso de Extensão em Assistência Extra-Hospitalar

Comprove **80% de participação** nas aulas ao vivo realizadas no site (www.avanteead.com.br) e receba ao final o certificado do **Curso de Extensão** com **apoio científico da SBGG-SP**. Confira a programação completa no site.

As aulas acontecerão ao vivo no site, sempre às 20h*

GESTÃO DE SAÚDE
Dr^a. Ana Beatriz G. Di Tommaso
Naira Dutra Lemos

SARCOPENIA: CONCEITO E ABORDAGEM
Dr^a. Maria Cristina Gonzalez
Myrian Najas

LESÕES POR PRESSÃO
Dr. Adriano Mehl
Letícia Serpa

DISFAGIA E DESIDRATAÇÃO
Dr^a. Ana Beatriz G. Di Tommaso
Luciane Soares

*Horário de Brasília

É fácil participar e é gratuito, acesse: www.avanteead.com.br

Organização:

Apoio científico:

Libbs