

FYI
NOVOS ESTUDOS E PESQUISAS



RADAR
LANÇAMENTOS E NOTÍCIAS
DO MERCADO DE SAÚDE

SBGG-SP
COMO AVALIAR E REABILITAR
A MEMÓRIA?

ano III • edição 18
out/nov/dez 2015



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

CAPA

Incontinência urinária: confira os tipos,
as causas e os tratamentos

COLÓQUIO

Um papo sobre bioética no envelhecimento
com Reinaldo Ayer de Oliveira, coordenador
do Centro de Bioética do Cremesp

ESPECIAL

Veja os destaques do
II Congresso Brasileiro de
Nutrição e Envelhecimento

Distribuição exclusiva
para a classe médica



Nutren® Senior

Desenvolvido para quem já passou dos 50 anos e ainda tem muito o que aproveitar.

A ação sinérgica
**de proteína,
cálcio e vitamina D:**

- fortalece o músculo e a saúde óssea
- restaura a força e a energia
- auxilia no bom estado nutricional



Cada porção de
Nutren® Senior pó
(55 g) oferece:

480 mg
cálcio

20 g
proteína

440 UI
vitamina D*

* 440 UI equivalem a 11 µg de vitamina D

Conheça também o Nutren® Senior chocolate pronto para beber!

Referências bibliográficas: 1. Bauer J, Biolo G, Cederholm T et al. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. JAMA 2013;14:542-559 2. Verbrugge FH, Gelen E, Milisen K et al. Who should receive calcium and vitamina D supplementation. Age and Ageing 2012;0:1-5 3. Montgomery SC, Streit SM, Beebe L et al. Micronutrient needs of the elderly. Nutr Clin Pract 2014;29:435 4. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. Motriz, Rio Claro 2010;16:1024-1032 5. Paddon-Jones D et al. Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia: Protein, amino acid metabolism and therapy Curr Opin Clin Nutr Metab Care. January 2009 ; 12: 86-90.

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



6 Colóquio

Uma conversa sobre a bioética no envelhecimento com **Reinaldo Ayer de Oliveira**, coordenador do Centro de Bioética do Cremesp

12 FYI

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

14 Quem faz

Profissionais que fazem diferença no envelhecimento

16 Capa

Incontinência urinária: saiba mais sobre causas e tratamentos

24 Especial

Veja os destaques do II Congresso Brasileiro de Nutrição e Envelhecimento

30 Oncologia

Reabilitação do idoso com câncer **Christina May Moran de Brito**

34 Nutrição

Avaliação nutricional no idoso – visão do geriatra **Daniel Kitner e Marcelo Azevedo Cabral**

38 SBGG-SP

Como avaliar e reabilitar a memória? **Gislaine Gil**

40 Mercado

Envelhecimento e a saúde no Brasil: para onde vamos? **Denise Mazzaferro**

42 Em movimento

Ideias e recursos para o paciente e para o cuidador

46 Diferença

Pensando fora da caixa: conheça o International Longevity Centre (ILC)

48 Radar

Lançamentos e notícias do mercado de saúde

50 Programe-se

Anote na agenda: simpósios, congressos e workshops



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

GERIATRIA

Editor clínico:

João Senger

Conselho editorial:

Claudia Burlá
Clineu de Mello Almada Filho
Cybelle Maria Costa Diniz
Eduardo Ferrioli
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 Toniolo Neto
Julio César Moriguti
Matheus Papaléo Netto
Maurício de Miranda Ventura
Maysa Seabra Cendoroglo
Milton Luiz Gorzoni
Naira H. Salles de Lima Hojaj
Nereida Kilza da Costa Lima
Omar Jalul
Paulo Renato Canineu

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.

Maisa Kairalla

Marcelo Valente

Rodrigo Demarch

Rodrigo Flora

Sumika Mori Lin

Thiago Avelino

Venceslau Coelho

GERONTOLOGIA

Editora clínica:

Claudia Fló

Conselho editorial:

Adriana Keller Coelho
Alexandre Leopold Busse
Anita Liberalesso Neri
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

Naira de Fátima Dutra Lemos

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

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

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: Christina May Moran de Brito, Daniel Kitner, Denise Mazzaferro, Flávia Lo Bello, Gislaïne Gil e Marcelo Azevedo Cabral

A revista *Aptare – Geriatria e Gerontologia para Especialidades Clínicas* é bimestral 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**

Endereço para correspondência

Rua Vieira de Moraes, 1111 – conjunto 907
Campo Belo – 04617-002 – São Paulo – SP
Tel.: (11) 2337-8763
E-mail: contato@dinamoeditora.com.br

O novo idoso



Vivemos um período inédito na história, em que o envelhecimento deixa de ser automaticamente associado a doença e decadência para ser encarado como um período produtivo e cheio de possibilidades. As campanhas publicitárias, os produtos e serviços, os tipos de entretenimento apontam para um novo idoso: um idoso ativo, engajado, que continua atuante na sociedade, com vida social ativa e vida sexual em dia. Hoje, quem faz 60 anos tem razões de sobra para comemorar, pois encontra diante de si um terreno fértil para ousar e inovar.

Ao acolhermos essa nova forma de envelhecer, conseguimos aos poucos desconstruir os estereótipos da terceira idade a que estamos tão habituados: a vovó que faz bolos para os netinhos ou o vovô que passa o dia em casa vendo TV. No X Fórum da Longevidade Bradesco, realizado em São Paulo, a atriz global Cissa Guimarães contou como esses estereótipos atingem até os mais novos: seu netinho se recusava a chamá-la de “vó”. “Vó” era a outra, que, essa sim, se encaixava no que a mente de criança entendia como avó. Cissa, ativa e nem de longe aparentando a idade que tem, apenas recentemente começou a ser chamada de “vó”.

Vivemos, como diz o médico e gerontólogo Alexandre Kalache, uma revolução da longevidade. Vivemos por mais tempo, com mais qualidade de vida. Um belo retrato disso foi trazido pelo documentário *Envelhescência*, do dire-

tor gaúcho Gabriel Martinez. O filme conta com maestria a história de seis idosos que reinventaram a própria velhice, ignorando limites – reais ou imaginários – que muitas vezes nos impomos. Desde a sua estreia, em junho, *Envelhescência* vem inspirando pessoas em todo o Brasil a reavaliar o próprio envelhecer.

Foi pensando nesse novo idoso que a revista *Aptare* promoveu no fim de outubro o cinedebate *A Idade do Amor*, em parceria com o Centro de Referência de Idoso da Zona Norte (CRI Norte) e a consultoria Angatu IDH. Num ambiente que muitas vezes gira ao redor dos mesmos assuntos, optamos por trazer um tema universal mas ainda pouco explorado entre idosos: o amor.

Sim, ele existe na terceira idade, e os mais de 300 participantes das duas exposições do documentário *A Idade do Amor* são prova de que, se ele ainda não existe, definitivamente há interesse para tanto. O filme traz, de maneira leve e divertida, a história de idosos entre 70 e 90 anos que participam de um evento de *speed dating* (encontros rápidos) numa cidade nos Estados Unidos. Homens e mulheres têm 5 minutos para conversar com cada participante do sexo oposto no evento. Ao fim desse período, um sino toca e os homens passam para a próxima candidata, numa espécie de dança das cadeiras. Se houver reciprocidade entre dois participantes, cada um deles recebe uma carta com o contato do interessado para marcar um encontro.

Algumas histórias vão pra frente. Outras não.

A expectativa de cada personagem para um recomeço para a vida amorosa ecoou em muitos dos presentes nas sessões. As exposições foram seguidas de conversa com as psicólogas Isabella Quadros e Valmari Aranha, que convidaram a plateia a refletir sobre a possibilidade de amor na velhice. A conclusão? Sim, ele é possível e muitos idosos participariam de um evento como o do filme. Ah, o amor.

É revigorante saber que o tempo não é nosso inimigo e que o passar dos anos não é sinônimo de uma vida limitada. Podemos ser idosos ativos, saudáveis, inseridos e – quem diria! – com uma vida amorosa. A revolução da longevidade nos desafia a pensar a forma como envelhecemos e a criar novas formas de encarar os anos que se estendem diante de nós. Cabe a nós fazer o melhor deles.

Esta é a última edição da *Aptare* em 2015. Por isso, gostaria de aproveitar a ocasião para agradecer por ter nos acompanhado por mais um ano. É por você, leitor, que trabalhamos para fazer desta revista um veículo cada vez melhor. E que venha 2016!

Boa leitura!

Lilian Liang
Editora



Reinaldo Ayer de Oliveira

Coordenador do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e professor de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

Bioética no envelhecimento

Por Lilian Liang

O professor de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Reinaldo Ayer de Oliveira ficou desconcertado quando comecei a chorar durante nossa entrevista. A conversa sobre bioética, que durou quase duas horas numa tarde nublada de terça-feira, girou ao redor de temas simples até questões extremamente complexas, com explicações teóricas alternadas com exemplos reais.

Ao ouvir o caso de uma paciente idosa que teve morte encefálica e os dilemas bioéticos trazidos pela situação, fui transportada para a UTI neurológica de um grande hospital em São Paulo em setembro de 2004. Aos 60 anos, meu pai foi vítima de um acidente vascular encefálico e viria a falecer dois meses depois. Na última semana de vida, também teve sua morte cerebral declarada. Passados tantos anos, ainda era difícil reviver as mesmas questões.

Delicado, Oliveira pediu

desculpas quando tentei disfarçar as lágrimas. Gentilmente, usou outro exemplo para continuarmos a conversa: a história do governador Mário Covas, que morreu de câncer em 2001. “O governador Mário Covas tinha um ritual interessante: toda vez que chegava ao final de uma eleição, ia a uma pastelaria no Tatuapé comer um pastel feito por uma senhora chamada Tereza. Sempre ganhava”, começou. “Quando explicaram seu prognóstico, ele pediu para comer um pastel da dona Tereza. Foram atrás da senhora e a levaram até o hospital, com todos os apetrechos para atender ao pedido do governador, mas não deu tempo. Brincamos que ele morreu porque não comeu o pastel.”

Caímos na risada, mas, como bom professor, aproveitou para retomar: “Essa também é uma visão ética. Esse era um valor que ele tinha, que dava a sensação de que ele poderia ter cura.”

Devido a um problema de saúde, Oliveira teve que aban-

donar a carreira como cirurgião cardíaco. Ao tentar um recomeço em anatomia patológica, entrou em contato com o universo da bioética na época em que foi criada a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referente aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) e, mais tarde, com os profissionais que trouxeram as discussões sobre bioética para o Brasil, como Marco Segre e Léo Pessini. Introduziu o tema na agenda do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e foi o primeiro professor de bioética da Universidade de São Paulo. Hoje, é uma das referências sobre o tema no país. “Fui cirurgião durante uma época da minha vida – fiz muito, decidi muito. Hoje sou um indivíduo da reflexão”, conta.

A seguir, você confere alguns trechos da entrevista.

Aptare – Como o senhor vê o envelhecimento da sociedade atual?

Oliveira – Há um entendimento que associa o envelhe-

cimento a fase final, fase terminal e outras expressões depreciativas, como final de linha ou “ele não tem mais o que dar”. Por isso, gosto mais da palavra senescência, que transmite a ideia de processo. O envelhecimento é um processo que faz parte da vida, não da morte.

Os dois conceitos – envelhecimento e morte – se aproximam quando o indivíduo perde sua condição de saúde e passa a ter disfunionalidades. A morte é um fenômeno na ponta do processo de envelhecimento. Não se pode destacar um segmento da vida e associar à morte. A morte se associa à vida desde o início.

A discussão do envelhecimento no Brasil ainda é muito incipiente e, por isso, ainda não está incorporada na nossa vida. Outro dia eu estava numa mesa com outros professores na Faculdade de Saúde Pública da USP, 90% deles aposentados. Em determinado momento, começamos a discutir a questão

dos modelos de casas de repouso e alguém mencionou a existência de residenciais voltados para idosos independentes, em que as pessoas ficam em seus próprios apartamentos, com restaurante 24 horas, médicos de plantão à distância. Por que será que as pessoas estão procurando esses lugares? Será que estão perdendo lugar dentro de casa? Dentro da família? Os familiares foram embora? Isso é muito comum em São Paulo: a pessoa construiu a vida, ganhou muito dinheiro, os filhos foram embora e o casal de idosos fica sozinho num apartamento imenso no Morumbi. Será que são essas pessoas que optam por esse tipo de moradia? Ainda estamos começando a discutir esses tópicos.

No livro *Para Sempre Alice*, que conta a história de Alice Howland, professora de linguística da Universidade de Colúmbia que é diagnosticada com doença de Alzheimer precoce, há um conflito entre os filhos. O marido tem uma proposta de trabalho em outra cidade e cogita-se a ideia de os filhos ficarem com ela. Eles não aceitam. A decisão é difícil porque os jovens não aceitam o idoso. Existe, claro, a questão da doença, mas o problema é muito mais relacionado à limitação que essa doença traz, que em geral é associada ao idoso.

Eu tenho nove filhos, mas não me sentiria à vontade

para morar com nenhum deles. Estou pensando num arranjo com o filho com quem tenho mais proximidade, de talvez me mudar para um apartamento menor e trazer meu neto para morar comigo. Ele é adolescente e diz que gostaria, para ter mais liberdade. Quando ouviu isso, a irmã de 9 anos disse que também queria. Isso é um fenômeno. Hoje também se veem muitos avós viajando com os netos – minha primeira mulher viaja duas vezes por ano com nossos quatro netos. São arranjos e relações familiares com o envelhecimento que vêm sendo repensados.

Aptare – Existe uma bioética do envelhecimento?

Oliveira – Eu entendo a bioética como um campo de conhecimento, onde se coloca algo ético dentro de uma discussão técnica. Assim, qualquer campo é campo da bioética. Isso dito, o envelhecimento é um fenômeno que mobiliza muito a questão ética, sob a perspectiva de que o envelhecimento faz parte do processo da vida.

Se pensarmos numa bioética principialista, que é o arcabouço teórico mais utilizado com os conceitos de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, as principais e possivelmente mais importantes questões bioéticas relacionadas ao envelhecimento são aquelas relacionadas à autonomia do idoso, sua autodetermina-

ção, a responsabilidade pelo que está acontecendo ou pode ocorrer com ele. Isso se aplica desde a escolha entre morar com o filho ou não, passando pela revelação de diagnósticos, até decisões de final de vida.

Algumas pessoas discutem graus de autonomia, mas a meu ver isso não existe – ou o idoso tem esse exercício com ele ou não tem. No caso de cuidadores, ou fica claro que o idoso tem autonomia na relação ou essa pessoa se tornará um administrador dessa autonomia. Como ocorre a perda da autonomia? Alguém se apropria dela.

Isso vale para diversos aspectos da vida do idoso. Imagine uma empresa cujos administradores são dois irmãos, sócios, que trabalham juntamente com filhos e sobrinhos. Um dos irmãos morre e o que fica começa a ser questionado. Passa a trabalhar com um sobrinho jovem, que passa a assumir as responsabilidades e a desempoderá-lo. Isso acontece no trabalho e, quando ele se aposenta, na vida familiar. Às vezes isso ocorre até numa dinâmica correta – o idoso, por exemplo, tem alguma dificuldade para cortar a maçã e alguém imediatamente assume a tarefa, quando seria suficiente pegar o prato e cortar junto com ele –, mas que acaba tirando sua autonomia. É um processo comum e inconsciente.

A bioética dos cuidados é

voltada para isso: tratar dos problemas para que o idoso não seja desempoderado, permitir que ele seja mais participativo, fornecer dados para que ele faça suas escolhas, discutir as decisões com ele. Sem que ele dê significado àquilo, as disfunções vão sendo suprimidas. Ele caminha sozinho até que em determinado momento pede ajuda ao cuidador ou familiar.

Aptare – Casos de demência são particularmente mais propensos a questões bioéticas, não?

Oliveira – São conflitos muito grandes. Acabo de ler um livro de Paul Auster que traz a história de um homem que teve um relacionamento com uma moça na juventude. Idoso e com doença de Alzheimer, ele passa a ser cuidado por uma moça que, ao que tudo indica, é filha dele com sua antiga paixão. Numa determinada passagem, a moça tem que dar banho no paciente e ele fica excitado, pois começa a fantasiar com sua antiga namorada. Como se faz uma discussão ética sobre isso? Trata-se de um incesto? De um abuso? O interessante no envelhecimento é que as coisas assumem novos significados. O cuidado, que passa a ser contemplado como prática de saúde, gera discussões da perspectiva de bioética. Segundo Diego Gracia [*médico e filósofo espanhol*], praticamente tudo o que pensamos

na vida e envolve valores entra para a chamada bioética. Se estou tratando do indivíduo com determinado medicamento e não está dando resultado, tento uma outra opção e avalio o resultado. Vou trabalhando com esse conflito. Algumas questões, no entanto, não conseguem ser muito bem definidas e são polarizadas entre o bem e o mal, o que leva a um problema de valores. O pai tem uma ereção enquanto a filha lhe dá banho; ele tem um comprometimento cerebral grande. O que fazer com isso? Esse é o conflito, que acaba sendo discutido sob a perspectiva do bem e do mal. Não faço nada? Ou faço? Falo com o médico, para que ele dê um medicamento e o pai não tenha a ereção, evitando o conflito? Gracia propõe um método deliberativo: é preciso ter uma deliberação das polaridades e trazer esse conflito para o meio, utilizando todo o conhecimento bioético. Ele é uma pessoa muito engraçada. Depois de duas horas de aula, diz para a plateia esquecer tudo o que ele disse e lembrar de duas pessoas: a primeira é Aristóteles, que diz que no meio está a virtude; e a segunda é a avó dele, que diz a mesma coisa.

Aptare – E essa abordagem pode ser generalizada?

Oliveira – Entendendo que o envelhecimento é um processo de vida, esses movimentos de aproximação vão acontecer porque há conflito em todas as relações. A decisão de passar de uma sonda

“

A autonomia em bioética está visceralmente ligada à liberdade.

”

nasogástrica para uma gastrostomia é um exemplo. Pode parecer uma decisão fácil, mas não é tão simples assim. Um trabalho feito em Marília no ambulatório de pacientes com paralisia cerebral grave levanta essa discussão. A mãe recebe a notícia de que será necessário introduzir uma sonda nasogástrica porque a criança deixa de ganhar peso, não consegue comer. Ela aceita sem grande hesitação, porque ela faz a alimentação, põe a sonda e tem um mecanismo de interação com a criança. A participação dela continua grande. Quando se passa para a gastrostomia, a presença da mãe se torna menos necessária. Para ela, essa mudança é muito difícil, porque ela acha que vai perder a relação com o filho. Esse mesmo dilema também acontece com idosos. São decisões difíceis. É a mesma discussão que se tem quando a pessoa vai para a cadeira de rodas. Eu vivi uma experiência muito interessante na minha família com a *nonna*, que havia sido uma mulher lindíssima no passado e agora era idosa. Ela tinha um problema nos pés que exigia o uso de palmilhas e sapatos especiais e que em

determinado momento impediu que ela continuasse a andar. A família não quis colocá-la numa cadeira de rodas e ela ficou confinada à cama. Mas um tio resolveu tirá-la de lá e propôs passear com ela no jardim, na cadeira de rodas. A família ficou indignada. A questão foi discutida com ela: “Olha, *nonna*, existe a possibilidade de sair da cama, de voltar a passear e almoçar na mesa com todo mundo. Mas tem que ser na cadeira de rodas”. Ela aceitou e a vida se renovou. A cadeira de rodas era uma questão para a família. Trata-se de uma questão ética, porque envolve valores.

A bioética se aplica ao envelhecimento sempre que houver um conflito que tem uma solução do ponto de vista técnico mas que não pode ser implementada porque envolve valores. No processo de envelhecimento isso é marcante porque iniciamos as discussões pelas vias técnicas: “A idosa não pode sair de casa”. Por quê? O motorista pode ajudar a subir as escadas. “Mas ela pode ter um acidente, cair na rua, para que se expor ao risco...?” A decisão gira ao redor de valores e do princípio da autonomia. A

autonomia em bioética está visceralmente ligada à liberdade. Sou autônomo porque quero minha liberdade. Quero minha liberdade e vou conquistá-la através da minha autonomia. É um processo dinâmico.

O médico se depara com questões bioéticas o tempo todo, mas a medicina simplifica essa relação. Por isso ela aparece de forma mais importante no envelhecimento, porque cria um vínculo de dependência muito mais forte do paciente com o médico. O médico que entende que seu paciente está no pleno exercício de sua autonomia é um aliado. O paciente pode, por exemplo, exigir que a família não seja informada de seu diagnóstico. O médico respeita e, se for realmente necessário, conversa com o paciente sobre a importância de compartilhar sua condição. Essa é a liberdade do indivíduo, ele escolhe caminhos. É uma relação dialética, que se faz à medida que se constrói. É uma relação de vai e volta. O verdadeiro conflito só se resolve quando os indivíduos ficam livres para pensar um novo conflito, como no caso da cadeira de rodas. Uma vez que ficou decidido que a *nonna* circularia de cadeira de rodas pela casa, surge outro conflito: por que não sair de casa? Ao exercer sua autonomia e liberdade de sair da cama, ela coloca um outro conflito.

Aptare – Como a bioética é inserida na formação dos estudantes de medicina?

RESIDENCIAL
Santa Catarina



*O primeiro residencial planejado para a
terceira idade da capital de São Paulo*



ASSOCIAÇÃO
CONGREGAÇÃO DE
SANTA CATARINA

Rua Leôncio de Carvalho, 98 . Paraíso . São Paulo/SP - Fone (11) 3177.2900
www.residencialsantacatarina.com.br . marketing@residencialsantacatarina.com.br

Oliveira – Na graduação da FMUSP fazemos três inserções. Uma é a disciplina de medicina e cidadania, no terceiro ano, quando começamos a discutir essas questões. No quarto ano falamos dos conceitos de bioética e debatemos casos. No quinto ano temos bioética clínica: à medida que o aluno termina seus estágios nas diversas especialidades, temos reuniões uma vez por mês para cada grupo, nas quais eles identificam na prática situações conflitivas.

Também temos encontros periódicos com residentes e estagiários do serviço de geriatria, que foi uma ideia do professor Wilson Jacob Filho [professor titular de geriatria na FMUSP], conduzidos por mim e pela geriatra Naira Hojaj. São trazidos casos para discussões bioéticas, que sempre começam com aspectos técnicos: “Este doente tem estas condições, como tratamos?”. À medida que se discute o caso vão surgindo conflitos: “O doente tem uma doença grave incurável – damos antibióticos ou deixamos a morte acontecer no tempo natural?”. Às vezes os conflitos são relacionados a tratamento, às vezes ao final de vida.

Um caso que exemplifica bem a bioética no envelhecimento é um que eu sempre conto: uma senhora de 84 anos, com boa saúde, três filhos médicos, cai da própria altura e tem um trauma de crânio. Vai para o HC, é operada, vai para a UTI com boa

evolução do quadro. Depois de quatro dias tem um sangramento difuso e morte encefálica – nem sempre o diagnóstico de morte encefálica é claro, mas, quando há perda de todo o córtex, mesmo que essa pessoa se recupere ela terá uma qualidade de vida comprometida. É um debate bioético: que vida ela vai levar? A discussão sobre uma possível “transição” foi feita com a família. É muito interessante, porque não aceitamos a eutanásia, mas aceitamos uma “transição”.

No caso, a transição foi a retirada do tubo endotraqueal. Se ela estiver respirando automaticamente, a retirada do tubo não causará sofrimento. Já sabemos que ela não tem possibilidade de qualidade de vida ou de recuperação. O que estamos fazendo? Um processo de encaminhamento para a morte. Só que nesse processo há qualidade de vida, conforto térmico, ambiental, assistência e presença da família. A senhora morreu alguns dias depois e a filha depois veio conversar comigo. “Sabe o que mais me impressionou? É que eu não estava vendo minha mãe naquela UTI. Minha mãe era uma mulher que estava sempre bem vestida, nunca saía do quarto sem estar maquiada. Quando o tubo foi retirado, eu voltei a reconhecer minha mãe. Aquela era minha mãe que estava morrendo.” Qual o ensinamento disso? Que conflitos mínimos podem ser a pista para uma solução adequada. Não adi-

anta chegar para a família e dizer “Vamos desligar os aparelhos”. A transição foi o que funcionou melhor e a filha trabalhou melhor o luto.

Aptare – Talvez uma das grandes questões da bioética no envelhecimento seja a discussão sobre o final de vida.

Oliveira – Acho que estamos dando passos em relação à terminalidade da vida. Quem começou essa discussão foi o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, basicamente. Quando fizemos a primeira resolução, 1805, que depois foi para o Conselho Federal de Medicina (CFM), o CFM nos acusou de estar defendendo a eutanásia, nos pediram para suspender a consulta pública que havíamos iniciado. As discussões evoluíram e de lá fomos para o artigo 41 do Código de Ética Médica. Do Código passa-mos para as diretrizes antecipadas de vontade. Existe uma sequência.

Que resolução gostaríamos de fazer agora? A de que o médico pode facilitar a morte de um paciente. É uma questão complicada, mas sentimos falta desse passo adiante.

A revista *The Economist* publicou um artigo chamado “A Certeza Final”, em que o jornalista faz uma discussão sobre o final de vida e defende que todos nós caminhamos para a morte, mas o final é sempre muito confuso. Segundo ele, os médicos deveriam poder intervir mais nesse final, facilitando o processo de morte daqueles que querem interromper a vida antes.

Essa fase final ainda é uma apropriação do médico – ele se apropria da doença do doente, quando na verdade a doença pertence ao doente. Precisamos devolvê-la ao doente. De que forma? No momento em que esse paciente diz “Eu não quero mais viver”. É o doente quem deveria decidir sobre a sua doença.

A sociedade e a comunidade médica terão que discutir isso. Estou começando a lançar essa ideia. Um dos pontos interessantes do artigo da *The Economist* é que o jornalista analisa a evolução da discussão sobre terminalidade de vida e conclui que isso só acontece quando ela passa para a norma, para a lei. Foi o que aconteceu na Bélgica, na Holanda, nos EUA. Ao se passar para a lei avançam-se anos.

Aptare – Do que o senhor mais gosta na bioética?

Oliveira – O fato de ser uma área de conhecimento que tem como principal instrumento a reflexão. É um grande avanço que temos, tudo o que ocorre pode ser base de reflexão. Eu fui cirurgião durante uma época da minha vida – fiz muito, decidi muito. Hoje sou um indivíduo da reflexão. Na bioética os assuntos vão sendo vencidos, mas, como existe uma diversidade muito grande de atores nesse processo, nós vamos e voltamos. Os conflitos permitem que nos tornemos mais livres, menos enjaulados, menos restritos. A todo momento estamos fazendo reflexões, e é isso que me encanta.



**INSCRIÇÕES
ABERTAS!!!**

VI

CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

E

III CONGRESSO LUSOFÓNO DE CUIDADOS PALIATIVOS

ACESSE:

CONGRESSOSANCP.COM.BR

E INSCREVA-SE!

21 A 24 DE SETEMBRO DE 2016
EM BENTO GONÇALVES-RS

Em caso de dúvida entre em contato
com a gente: contato@congressosancp.com.br



FATORES DE RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS PRATICANTES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS



O objetivo desse estudo, publicado na edição de fevereiro da *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, foi analisar os fatores de risco para incontinência urinária (IU) em mulheres idosas praticantes de exercícios físicos.

Participaram do estudo 152 mulheres idosas com média de idade de 68,6 anos, praticantes de exercícios físicos regulares. Foram identificadas a presença de IU e fatores de risco ginecológicos, obstétricos, comportamentais, hereditários e antropométricos. Também foi aplicado o Domínio 4 do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) para identificação do nível de atividade física e foram mensurados o índice de massa corporal e a circunferência da cintura. Os dados foram tratados por meio de estatística descritiva e inferencial, com nível de significância de 5%.

O estudo mostrou que a prevalência de IU na amostra foi de 32,2%. Entre os fatores avaliados, apenas o uso de diuréticos (RC=2,7; IC 95% 1,0-7,0) e o histórico familiar de perda urinária positivo (RC=2,3; IC 95% 1,1-4,8) foram associados aos sintomas de IU. Os pesquisadores concluíram que o uso de diuréticos é considerado um fator de risco modificável da IU, enquanto o histórico familiar é um fator de risco não modificável.

FATORES QUE AFETAM A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM CÂNCER NA COREIA



O estudo, publicado na edição de agosto do *Geriatrics and Gerontology International*, teve como principal objetivo examinar a qualidade de vida de idosos com câncer e investigar os fatores associados. Alguns problemas práticos vividos por idosos com câncer são introduzidos, tais como mudanças na situação de trabalho, disponibilidade de profissionais de saúde e dificuldades financeiras relativas a despesas médicas.

Um total de 339 pacientes com 65 anos ou mais que foram tratados das cinco principais doenças de câncer – colorretal, estômago, pulmão, fígado ou renal – participou do estudo. O Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer foi utilizado para medir a qualidade de vida. O status de desempenho (funcionamento físico) foi atribuído segundo a classificação do Grupo Oriental Colaborativo de Oncologia. Foi utilizado o Teste de Orientação de Vida – Revisado para avaliar expectativas futuras. A análise de regressão linear múltipla foi utilizada para identificar preditores da qualidade de vida de pessoas idosas com câncer.

Os resultados mostraram que funcionamento físico e otimismo foram fatores preditivos de todas as funções e da qualidade de vida global de idosos com câncer. Quase 60% experimentaram mudanças na situação de trabalho e tinham problemas financeiros devido a custos médicos.

Os resultados sugerem que os esforços para avaliar o funcionamento físico com mais atenção e aumentar o otimismo devem ser enfatizados em intervenções para idosos com câncer.

PERFIL DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS SITUADAS EM UMA CAPITAL DO NORDESTE



Esse estudo, publicado em janeiro de 2014 nos *Cadernos de Saúde Coletiva*, se propôs a analisar o perfil das instituições de longa permanência para idosos (ILPIs). A pesquisa envolveu nove ILPIs situadas na cidade de Maceió (AL) e foi realizada por meio da análise dos roteiros de inspeção da Vigilância Sanitária da mesma cidade. Os dados avaliados apontaram que 88% das instituições são de natureza filantrópica e 33% recebem subvenção do governo; 12% apresentam alvará de funcionamento sanitário; 45% possuem residentes de ambos os sexos; 78% não possuem política de educação permanente em gerontologia; 67% não atenderam às condições gerais estabelecidas na regulamentação sanitária; nenhuma instituição possui o Plano de Atenção Integral à Saúde preestabelecido na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283/05 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Quanto aos responsáveis técnicos, 33% possuem carga horária de trabalho de 8 horas e 78% possuem nível superior. No que se refere à população-alvo, 55% dos residentes são do sexo feminino, 48% são independentes e 34% procuram atendimento em centros de saúde e em hospital público. De acordo com o descrito, as ILPIs estudadas não oferecem serviços em conformidade com as especificações da RDC nº 283/05, que visa à proteção, à qualidade de serviços e ao controle da esfera competente quanto aos agravos à saúde dos idosos.

COMUNICAÇÃO NO FINAL DE VIDA E DECISÃO COMPARTILHADA EM ILPIs – EXPERIÊNCIAS E PERSPECTIVAS DE PACIENTES E FAMILIARES



Envolver idosos residentes em ILPIs e seus familiares em conversas sobre cuidados de final de vida e decisões sobre tratamento ganhou recentemente importância crescente em vários países ocidentais. No entanto, há pouco conhecimento sobre como os próprios pacientes e seus familiares próximos encaram seu envolvimento nas decisões de cuidados de fim de vida do paciente. O objetivo desse artigo, publicado no *BMC Geriatrics* de agosto, é explorar as experiências e as perspectivas de pacientes em ILPIs e seus familiares a respeito de conversas sobre final de vida, informação e tomada de decisão compartilhada.

O estudo tem um desenho qualitativo e exploratório, com base em uma combinação de entrevistas individuais com 35 pacientes que vivem em seis ILPIs e sete entrevistas em grupos focais com 33 familiares. Os dados foram analisados aplicando uma abordagem de

bricolagem. A participação foi baseada no consentimento informado e o estudo foi aprovado pelos Comitês Regionais de Ética Médica e Pesquisa em Saúde.

Poucos pacientes e familiares haviam participado de conversas sobre cuidados de fim de vida. A maioria dos parentes queria essas conversas, enquanto as opiniões dos pacientes variaram. Com algumas exceções, os pacientes e parentes queriam ser informados sobre o estado de saúde do paciente. A maioria queria estar envolvida no processo de tomada de decisão, mas deixar as decisões finais para os profissionais de saúde. Entre os pacientes, a opinião era variável; alguns queriam deixar as decisões para a equipe da ILPI. Conversas sobre questões de cuidados de fim de vida são emocionalmente desafiadoras e poucos doentes tinham discutido essas questões com sua família. As opiniões dos familiares a respeito das preferências do paciente eram principalmente baseadas em suposições; eles raramente haviam conversado sobre o assunto explicitamente. Tanto pacientes quanto parentes queriam que a equipe levantasse essas questões.

Os pesquisadores concluíram que a equipe da ILPI deve iniciar as conversas sobre as preferências para os cuidados de fim de vida, ajudando pacientes e familiares a falar sobre essas questões, ao mesmo tempo sendo sensível à diversidade de opiniões e ao momento apropriado para tais conversas. À medida que a popularidade de planos de cuidado avançado cresce em muitos países ocidentais, as discussões sobre as perspectivas de pacientes e familiares serão de grande interesse para um público mais amplo.

SERÁ QUE O CUIDADO CONTÍNUO DE IDOSOS PELO CLÍNICO GERAL AJUDA A REDUZIR O RISCO DE HOSPITALIZAÇÕES NÃO PLANEJADAS RELACIONADAS A MEDICAÇÕES POTENCIALMENTE INAPROPRIADAS SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE BEERS?



O objetivo desse estudo, publicado na revista *Geriatrics and Gerontology International* de agosto, foi comparar as estimativas de hospitalizações não planejadas associadas à exposição a medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) segundo os critérios de Beers em idosos que recebem diferentes níveis de cuidados contínuos de clínicos gerais.

Utilizando pedidos farmacêuticos e outros dados de saúde ligados a 245.436 australianos com idade ≥ 65 anos com um ou mais pedidos de medicamento de alguma classe de drogas relacionada a MPI (1993-2005), foi aplicado um desenho de caso-controle de tempo aprimorado para obter odds ratio (OR) para internação não planejada, a partir do qual foram derivados frações atribuíveis, números, proporções e taxas de internações relacionadas à exposição a MPI.

No geral, foram identificadas 383.150 hospitalizações não planejadas ("sujeitos índice"). A exposição a MPI foi associada a um risco relativo semelhante da internação não planejada em idosos que re-

cebiam os níveis mais baixos e mais altos de cuidado de clínicos gerais, mas com um risco diminuído nos três níveis metodológicos mais elevados; OR ajustado (95% CI; frações atribuíveis) foram 1,15 (1,09-1,21; 12,9%), 1,36 (1,27-1,46; 26,6%), 1,20 (1,15-1,26; 16,9%) e 1,13 (1,09-1,17; 11,4%) para grupos dos níveis mais baixos até os mais altos. No entanto, aqueles com maior cobertura de clínicos gerais tinham taxas mais altas de hospitalização relacionada a MPI. Foram encontrados padrões semelhantes para MPI de alto risco comumente utilizados (temazepam, diazepam, oxazepam, naproxeno e digoxina).

O estudo mostra que uma maior exigência de contato contínuo com o clínico geral em idosos menos saudáveis parece ajudar a minimizar o risco de hospitalização não planejada devido a danos causados por MPI. Os clínicos gerais devem continuar a evitar medicações da lista de Beers em pacientes idosos sempre que possível, dada a sua maior predisposição para a exposição a medicamentos (incluindo MPI) e eventos adversos a medicamentos. No entanto, o monitoramento próximo de pacientes idosos que precisam usar MPI deve ser benéfico.

FORÇA DE PREENSÃO MANUAL E APTIDÕES FÍSICAS: UM ESTUDO PREDITIVO COM IDOSOS ATIVOS



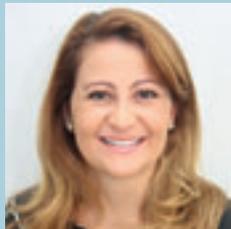
A avaliação da força de preensão manual (FPM) é um método útil para medir a força muscular global de pessoas idosas. O estudo, publicado na *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* de agosto de 2014, se propôs a verificar a relação entre a FPM e as aptidões físicas de idosos praticantes de exercícios, segundo o sexo.

Trata-se de um estudo descritivo com 106 idosas e 30 idosos praticantes de exercícios físicos num programa de extensão universitário, que foram submetidos à bateria Senior Fitness Test (força dos membros inferiores, força dos membros superiores, flexibilidade dos membros inferiores, agilidade/equilíbrio dinâmico, flexibilidade dos membros superiores e resistência aeróbica). A FPM foi avaliada por um dinamômetro de preensão manual. Foi utilizada estatística descritiva (média e desvio-padrão) e inferencial por meio do teste U de Mann Whitney para amostras independentes e regressão linear simples. O nível de significância foi 5%.

Segundo o estudo, a FPM direita e esquerda foram maiores nos homens do que nas mulheres ($p < 0,001$). Observou-se que a FPM é boa preditora da força de membros superiores (aproximadamente 11,4%) e resistência aeróbica (aproximadamente 14%) nas mulheres, enquanto nos homens a FPM explica essas aptidões (aproximadamente 22% e 20%, respectivamente) e também a agilidade/equilíbrio (aproximadamente 21%).

O estudo concluiu que, entre os idosos participantes de exercícios físicos, a FPM prediz melhor apenas a variação de testes físicos que apresentam bom desempenho, o que aumenta o poder de explicação e predição entre os homens, já que eles obtiveram melhor desempenho nas avaliações físicas.

QUEM FAZ :: Profissionais que fazem a diferença no envelhecimento



VALMARI CRISTINA ARANHA

Psicóloga graduada pela Unesp-Assis; especialista em psicologia hospitalar pelo HC-FMUSP; especialista em neuropsicologia (CEPSIC-DIP-ICHC-FMUSP); especialista em psicanálise (PUC-Cogea); especialista em gerontologia (SBGG); mestre em saúde pública (FSP-USP); psicóloga do Serviço de Geriatria do HC-FMUSP.

“Após a conclusão de minha graduação em psicologia na Unesp-Assis, vim para São Paulo em busca de aprofundamento e formação adequada. O interesse pela psicanálise me levou à PUC para especialização. Em meu tempo livre, passei a me interessar pela psicologia hospitalar, em especial pela inserção em cuidados paliativos e pelo trabalho com idosos.

Iniciei minha prática com o aprimoramento em psicologia hospitalar na Gastroclínica, que funcionava no mesmo espaço físico do Serviço de Geriatria do HC-FMUSP. Terminado o aprimoramento, surgiu a oportunidade de concurso público para efetivação, e a vaga disponível era para o Serviço de Geriatria e Ambulatório de Cuidados Paliativos.

Nesse mesmo período surgiram mentores em minha vida. São eles a Dra. Ana Clara Duarte Gavião, psicóloga, que generosamente me transferiu seu espaço e objeto de estudo mais nobre, o serviço de psicologia na geriatria; o Dr. Toshio Chiba, com quem pude entender e aprender cuidados paliativos, construir práticas, dividir angústias e experiências ímpares que servem para a vida toda; e o Dr. Wilson Jacob Filho, que me recebeu em seu Serviço e me ensinou que é preciso construir e reinventar nossa prática o tempo todo, e que me orientou na dissertação de mestrado, na Faculdade de Saúde Pública.

O campo é vasto: é possível atender idosos em diferentes condições e contextos, internados na enfermaria, em consultas ambu-

latoriais, atendimentos grupais, em programas de promoção de saúde e envelhecimento bem-sucedido, como o Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA).

O contato com profissionais em formação e interessados no envelhecimento é uma forma de transmitir e trocar experiências na prática gerontológica.

Realizei também outras práticas que muito me acrescentaram. Hoje divido minhas atividades profissionais entre o Serviço de Geriatria do HC-FMUSP, a SBGG, meu consultório particular, cursos, palestras e aulas sobre envelhecimento.

Sou uma pessoa melhor pelo que faço: aprendo a cada dia, com cada vivência e cada olhar idoso que encontro.”

“Por diversas vezes trabalhei com produtos direcionados à população mais velha. Dediquei os últimos dez anos de minha atividade profissional a levar a essas pessoas produtos que contribuíssem para sua saúde e bem-estar. Atualmente sou gerente dos produtos Os-Cal e Depura, da Sanofi, empresa em que trabalho há seis anos. Esses produtos podem ser usados por qualquer faixa etária, mas têm também grande importância para o público idoso.

Além disso, tenho a felicidade de morar com meus avós, o que me proporciona uma experiência muito próxima com a realidade do idoso. Em casa fica fácil perceber que hoje uma pessoa com mais de 70 anos é bastante ativa e tem uma vida muito mais dinâmica do que há dez ou vinte anos.

Essa é uma característica muito importante, especialmente quando pensamos que a população idosa está aumentando consideravelmente no Brasil e no mundo. Atualmente as pessoas com mais de 65 anos respondem por cerca de 7,5% da população brasileira, volume que deve chegar a 9,5% em 2020, segundo dados da consultoria McKinsey. A OMS estima que existam hoje atualmente 650 milhões de pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo, número que deve chegar a mais de 2 bilhões em 2050.

Os números indicam que haverá uma demanda enorme de produtos, serviços e informação por parte dessa parcela crescente da população. Um desafio que percebo com Os-Cal, um complemento das necessidades orgânicas de cálcio utilizado para osteoporose, é trabalhar com a prevenção, já que a doença é conhecida por ser silenciosa, pois demora a ser percebida.

Para auxiliar a população idosa, a Sanofi disponibiliza o serviço Osteoclube, um site que oferece dicas e informações sobre a osteoporose. Lá é possível encontrar definições sobre a doença, além de dados sobre prevenção, diagnóstico e tratamento.

A partir da experiência que tenho ao longo desses anos todos, a lição que fica é a importância da prevenção para que possamos envelhecer bem. Tomando os devidos cuidados, temos condições de manter a qualidade de vida e a atividade por muitos anos.”

EDGAR POLICELLI

Formado em marketing pela Universidade Anhembi Morumbi, com pós-graduação em gerência de marketing pela Universidade Ribeirão Preto e especialização em executive management strategy and marketing pela University of La Vern. Hoje é gerente de produto na Sanofi.





MARCELA CYPEL

Formou-se médica em 1998 pela Faculdade de Ciências Médicas PUC-SP. Na sequência, realizou especialização em oftalmologia na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, obtendo o título de especialista pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia em 2002. Em 2004, concluiu no Departamento de Oftalmologia da USP a subespecialização em retina e, no mesmo ano, iniciou seus estudos na oftalmogeriatría. Em 2009 defendeu seu doutorado em oftalmologia pela Unifesp.

“Iniciei as pesquisas na área de envelhecimento ocular com o professor Rubens Belfort Junior em 2004. Até então, ainda não tinha me atentado ao envelhecimento e ao novo contexto do idoso na nossa sociedade e no mundo.

Comecei dando assistência e atendimento a pacientes muito idosos no Departamento de Oftalmologia da Unifesp, com colaboração do Instituto da Visão/Unifesp, cuidando do denominado “Projeto 100 anos”, que atende e acompanha a visão de pacientes centenários. A busca por material relacionado ao envelhecimento ocular e a dificuldade em achar dados, especialmente nacionais, culminaram em 2008 com a publicação de *Oftalmogeriatría*, primeiro livro brasileiro sobre o tema destinado ao oftalmologista geral, clínico geral, geriatra e gerontólogo. O livro traz o olhar específico da oftalmologia e suas subespecialidades sobre o processo do envelhecimento ocular, suas consequências e possíveis intervenções, com o objetivo de proporcionar o envelhecimento com qualidade de visão e qualidade de vida. Em 2009, *Oftalmogeriatría* ganhou o prêmio Jabuti como o segundo melhor livro do ano em Ciências Naturais e Ciências da Saúde. Foi muito gratificante e confirmou que este era o caminho a seguir.

Defendi meu doutorado em ciências visuais pelo Departamento de Oftalmologia da Unifesp também em 2009 e iniciei a coordenação de um ambulatório de oftalmogeriatría dedicado ao atendimento de pacientes com mais de 80 anos.

Atualmente sou membro do projeto de pesquisa BARES – Brazilian Amazon Region Eye Survey, que busca determinar as causas e a prevalência de cegueira e deficiência visual em adultos com 45 anos ou mais na cidade de Parintins, Amazonas. Também sou médica oftalmologista voluntária do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso – PADI, ligado ao Departamento de Geriatria e Gerontologia da Unifesp.

Atender idosos e pesquisar sobre o envelhecimento ocular tem ampliado minha visão da oftalmologia e meu conhecimento específico sobre esse público, possibilitando agregar contribuições para o desenvolvimento da oftalmogeriatría no Brasil.”

“U sando minha expertise e conhecimento em marketing, uni forças com amigas voluntárias que também tinham o mesmo objetivo e foco e há 16 anos fundamos o Projeto Velho Amigo – Associação de Amparo ao Idoso, uma organização social que visa levar mais dignidade e maior inclusão social ao idoso. Hoje cuidamos mensalmente de 1,3 mil idosos e administramos um núcleo educacional em Heliópolis. Desenvolvemos ações em parceria com empresas sérias da iniciativa privada e usamos da força do marketing para fazer o bem.

Na minha vida, a causa dos idosos e o trabalho com eles é um trabalho voluntário. Não sou especialista acadêmica, mas sou especialista por paixão e por empreendedorismo social. Aprendi muito com grandes mestres e profissionais e com os próprios idosos que assistimos.

A questão do envelhecimento

é um fato! A sociedade brasileira envelheceu e ainda não descobriu seus velhos, não protagonizou a questão. O que temos de fazer é trazer à tona todas as questões desta sociedade mais velha que não sabe lidar com seus velhos.

Meu trabalho voluntário me dá a certeza de que não precisamos esperar a maturidade para começar nosso voluntariado e doação. Podemos ser atuantes ainda jovens – é tudo questão de administrar o tempo. Doar nosso conhecimento e nosso tempo por causas tão importantes como a que abracei há 16 anos fez a diferença na minha vida. Temos a mania de achar que não somos capazes de liderar grandes causas porque temos que trabalhar, pagar nossas contas e construir nossa história. Só depois disso podemos ser solidários. Não é verdade, é possível fazer isso em conjunto. Tudo é uma questão de administração de tempo e propósito de vida.”



REGINA HELOU

Formada em biomedicina e comunicação social, com pós-graduação em franchising pela Louisiana State University e especialização de varejo pela FEA-USP. É cofundadora do Projeto Velho Amigo, ocupando a vice-presidência da instituição. Hoje atua como consultora de marketing e eventos para empresas sociais e terceiro setor e também é palestrante motivacional. Tem o blog Regina Helou Compartilha, em que traz dicas para eventos filantrópicos.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: tipos, causas e tratamentos

Por Flávia Lo Bello

A incontinência urinária (perda involuntária da urina) afeta pessoas de ambos os sexos em diferentes faixas etárias. Sua incidência aumenta progressivamente com a idade, sendo que um em cada três indivíduos idosos apresentará algum problema de disfunção miccional. Estima-se que 5% da população mundial tenha incontinência urinária e, no Brasil, isso ocorre em aproximadamente 10 milhões de pessoas. A perda involuntária de urina é uma condição constrangedora e tem impacto na qualidade de

vida do indivíduo, causando muitas vezes afastamento do convívio social e frustrações psicossociais.

A professora do curso de fisioterapia da PUC-SP Juliana Schulze Burti, mestre em ciências da saúde e especialista em fisiologia do exercício, diz que, apesar de o envelhecimento ser um fator que favorece a incontinência urinária, não se deve considerar normal o aparecimento da incontinência quando se envelhece. “Perder urina involuntariamente nunca deve ser considerado normal, seja em qualquer idade. Se o indivíduo



perde urina deve procurar ajuda, porque existem formas de tratar o problema”, ressalta a especialista, salientando que o ideal é que o paciente converse primeiramente com seu médico a respeito do problema. Geralmente são os geriatras, urologistas e ginecologistas que acabam sendo procurados num primeiro momento. “Os urologistas e ginecologistas farão uma avaliação específica para definir o melhor tratamento, que pode ser cirúrgico ou conservador. O tratamento conservador é recomendado como primeira linha pelas sociedades internacionais e globalmente medicamentos e fisioterapia”, completa.

Juliana revela que existem diferentes tipos de incontinência e, para cada um deles, um tipo de tratamento. “Pessoas que perdem urina quando fazem esforço (tosse, espirro, atividade física, riso) têm o que chamamos de incontinência urinária de esforço, cujo tratamento principal é feito com exercícios, para melhorar a função dos músculos do assoalho pélvico, que podem estar fracos, sem função adequada”, explica. Outro tipo é denominado de incontinência por urgência, cujos sintomas são vontade forte e inadiável de urinar, que pode ser acompanhada ou não de escape de urina. Outros sintomas comuns são noctúria (acordar muitas vezes à noite para urinar) e frequência aumentada (ir muitas vezes ao banheiro para urinar durante o dia). “Para esse tipo de incontinência, além dos exercícios, o treino vesical e a eletroestimulação são indicados, com resultados muito bons”, garante a especialista. Ainda há pessoas que apresentam os dois tipos de sintomas (incontinência mista), cujo tratamento deve englobar todas as técnicas.

“Acredito que uma intervenção multidisciplinar é essencial para o sucesso do tratamento. Conhecer o paciente é fundamental para um melhor diagnóstico e avaliação. Uma equipe ideal seria composta por médicos – urologista, geriatra, psiquiatra –, psicólogo, fisioterapeuta e enfermeiro”, opina a psicóloga Claudia Marini Leonardi, responsável pelo Serviço de Psicologia do Ambulatório de Disfunções Miccionais do Hospital São Paulo. Ela diz que cada profissional, dentro da sua especialização, consegue oferecer um instrumental adequado para que o paciente tenha o melhor tratamento possível. Com isso, a equipe consegue proporcionar uma abordagem individualizada e humanizada. “O paciente que se sente acolhido e cuidado responde melhor de maneira geral. Esse processo contribui muito para a sua adesão ao tratamento.”

Claudia afirma que acompanha muitos pacientes que apresentam diagnóstico de incontinência urinária em decorrência de terapias e intervenções, como pós-cirúrgico de prostatectomia radical. “Muitos deles se queixam de que os médicos não explicaram que esse processo poderia ocorrer e relatam que, se soubessem disso, teriam escolhido outro tipo de inter-

“

Perder urina involuntariamente nunca deve ser considerado normal, seja em qualquer idade. Se o indivíduo perde urina deve procurar ajuda, porque existem formas de tratar o problema.

”

venção. Nesses pacientes é comum a presença de alteração de humor, principalmente estresse, ansiedade e depressão sem histórico prévio”, relata, esclarecendo que, como a incontinência urinária não é uma doença que comumente traz risco de vida para o indivíduo, as alterações da qualidade de vida observadas muitas vezes podem estar relacionadas com o impacto psicológico causado por ela.

“Muitos pacientes acreditam que a perda de urina é parte natural do processo de envelhecimento e que não existe tratamento adequado para seu caso. Outros pacientes sentem vergonha desses episódios”, continua Claudia. De acordo com a psicóloga, muitos não procuram tratamento ou escondem essa informação do médico – assim, o número exato de pessoas afetadas pode ser muito maior do que as estimativas atuais. Na opinião de Claudia Rosenblatt Hacad, fisioterapeuta com especialização em biofeedback nas disfunções do assoalho pélvico e mestre em ciências da saúde pela disciplina de urologia da Unifesp, o primeiro passo para o sucesso do tratamento é o paciente admitir o problema, para assim procurar um médico especializado, que fará um correto diagnóstico e indicará o tratamento mais adequado para o seu tipo de incontinência urinária.

De acordo com o médico urologista Emil Hacad, as causas mais comuns de incontinência urinária podem ser medicamentosas (os idosos habitualmente tomam vários medicamentos que podem comprometer o controle da micção, como diuréticos, antidepressivos, descongestionantes etc.) e neurológicas, como mal de Parkinson, AVC, esclerose múltipla e demência senil, as quais comprometem o centro de controle da micção, que está no sistema nervoso. “Há ainda problemas urológicos que comprometem a continência, sendo no homem o aumento da próstata com repercussão na bexiga e na mulher o comprometimento do sistema de sustentação do útero e da

bexiga. “Em ambos os sexos, a hiperatividade detrusora acomete 17% dos idosos, cuja principal causa é o envelhecimento da própria bexiga, gerando urgência miccional com ou sem perda de urina”, aponta o urologista.

Outros fatores, como sobrepeso/obesidade, infecções urinárias, tumores da bexiga, cálculo urinário e diabetes, também podem provocar incontinência urinária. “No homem, o aumento da próstata que ocorre com a idade – estima-se que quase 100% dos homens com 80 anos tenham aumento da próstata e que 30% deles precisem de algum tratamento – é o principal fator de incontinência urinária, seja por aumentar o risco de infecção, seja por comprometer a musculatura da bexiga, causando sintomas de urgência numa fase inicial e transbordamento numa fase mais tardia”, revela o urologista. Outro fator de risco para a incontinência urinária masculina é o tratamento cirúrgico para o câncer de próstata, com 5% a 10% de incidência. Já a prevalência de incontinência urinária em mulheres após a menopausa é de 35%, sendo o principal fator a fraqueza da musculatura do assoalho pélvico, causada pela alteração hormonal da menopausa ou pelos partos prévios.

Diagnóstico e tratamento clínico/cirúrgico

Emil Hacad ressalta que a história clínica é fundamental para um bom diagnóstico do tipo de incontinência apresentado. O paciente que refere necessidade imperiosa para urinar associada a perdas sugere urge-incontinência; se refere perdas quando faz algum tipo de esforço sugere incontinência de esforço; quando há a associação da urgência com o esforço na história clínica, pensa-se na incontinência mista, e quando o paciente relata sensação de peso na região da bexiga, aumento da frequência miccional em pequenos volumes de urina e presença de perdas, deve-se pensar em incontinência por transbordamento (a bexiga perde a sensibilidade e fica tão cheia que a pressão no seu interior ultrapassa a pressão do esfíncter, cau-

sando as perdas urinárias). “Informações sobre outras doenças e medicamentos que o paciente utiliza podem se relacionar com a incontinência urinária”, acrescenta o especialista.

“No exame físico, podemos identificar um abaulamento no hipogástrio em casos de retenção urinária. No homem, o toque retal pode identificar afecções da próstata, como o aumento do volume com ou sem sinais de tumor. Na mulher, a inspeção vaginal pode identificar atrofia vaginal ou prolapso dos órgãos pélvicos”, continua o médico, salientando que também é possível identificar as perdas solicitando que a paciente faça algum esforço. “A dermatite amoniaca na região pélvica denota a presença da incontinência”, afirma. Já na avaliação laboratorial são solicitados exames de sangue (para avaliar presença de infecção, diabetes, alteração da função renal, câncer da próstata, alteração hormonal) e exames de urina (para verificar infecção, sangramentos e perdas proteicas).

Segundo Emil Hacad, a anatomia do aparelho urinário é avaliada inicialmente com o ultrassom para a mensuração da capacidade vesical (volume urinário máximo na bexiga) e do resíduo pós-miccional. Verifica-se também a presença de hidronefrose, litíase, tumores, espessamento da bexiga, aumento da próstata e do útero e alteração nos ovários. “Se necessário, pode-se recorrer a exames de imagem mais sofisticados, como tomografia ou ressonância magnética. A melhor forma de avaliar a função vesical é através do estudo urodinâmico, no qual se medem a capacidade vesical, o resíduo pós-miccional, a curva do fluxo da micção e a pressão intravesical durante a micção.” Esses dados, conforme explica o urologista, mostram de forma objetiva a presença de hiperatividade detrusora, perdas urinárias, hipotonia vesical, assim como o aumento da pressão miccional inferindo obstrução infravesical. “Normalmente, deve-se solicitar esse exame quando o resultado pode modificar a conduta médica ou quando se pretende indicar uma cirurgia.”

TÉCNICAS FISIOTERAPÊUTICAS PARA TRATAR A INCONTINÊNCIA

- Treinamento vesical, que significa alterações na rotina do indivíduo em relação aos intervalos miccionais e à ingestão de líquidos;
- Exercícios para reforçar e melhorar a função da musculatura do assoalho pélvico, o que ajudará a controlar melhor a bexiga, evitando escapes de urina;

- Biofeedback eletromiográfico, uma técnica que permite ao paciente visualizar a maneira correta de fazer os exercícios através de eletrodos que são colocados na pele, mostrando a ativação muscular na tela de um computador;
- Eletroestimulação, usada tanto para modular a função da bexiga como para auxiliar o reforço muscular. Nos casos de bexiga hiperativa, por exemplo, utilizam-se eletrodos transcutâneos no nervo tibial ou na região sacral da coluna. O estímulo é muito confortável e produz resultados eficazes.

Na opinião do especialista, o tratamento deve ser individualizado de acordo com a causa da incontinência. Como primeira linha de tratamento há as medidas conservadoras, com terapia comportamental e fisioterapia dos músculos do assoalho pélvico, além do tratamento medicamentoso com anticolinérgico para hiperatividade vesical, que bloqueia os receptores muscarínicos e inibe as contrações involuntárias da musculatura da bexiga. “Deve-se salientar que os anticolinérgicos mais específicos para os receptores muscarínicos M2 e M3 causam menos efeitos adversos, como secura da boca, constipação intestinal e alterações cognitivas, principalmente no idoso”, esclarece Hacad. Ainda podem ser utilizados antidepressivos tricíclicos (imipramina, duloxetine), inibidores da recaptção da serotonina e norepinefrina, que aumentam de forma balanceada o tônus da musculatura estriada do esfíncter uretral, mantendo o sinergismo da micção.

Com relação ao tratamento cirúrgico, indica-se a cirurgia de Sling para contenção da uretra e dos órgãos pélvicos em mulheres com prolapso genitais menores. Ela é indicada também para homens com incontinência pós-operatória. “As taxas de sucesso variam de acordo com a definição de incontinência e podem chegar a 90% em cinco anos”, informa o médico. As promontofixações em mulheres com prolapso mais severos também possuem boas taxas de sucesso. O esfíncter artificial é o padrão ouro para o tratamento de incontinência urinária pós-prostatectomia ou cistectomia, com alta taxa de sucesso (90%). A aplicação de toxina botulínica intravesical é indicada para urge-incontinências mais severas e refratárias ao tratamento medicamentoso e fisioterapêutico.

Há ainda a ampliação vesical quando existe incontinência urinária severa associada à redução da capacidade vesical e a neuromodulação sacral (“marca-passo” implantado na raiz nervosa sacral), que promove a melhora da capacidade de armazenamento da bexiga e da pressão de fechamento uretral, além do melhor controle da bexiga hiperativa refratária. “Quanto ao uso de absorventes higiênicos e protetores, eles têm a função de proporcionar segurança e melhora da autoestima. Nos idosos com independência motora e função cognitiva preservada, podem ser utilizados na fase inicial do tratamento até a solução definitiva da causa da incontinência”, indica o urologista, salientando que em idosos muito debilitados, tanto na parte física quanto cognitiva, a utilização e a troca frequente desses protetores proporcionam melhor higiene e menos dermatite. “Quando há necessidade do uso de sonda vesical, deve-se preferir o cateterismo intermitente limpo, que comprovadamente tem menor risco de infecção”, orienta.

“

A incontinência urinária afeta negativamente a qualidade de vida dos idosos, que muitas vezes acabam se isolando socialmente por causa do problema. ”

Fisioterapia e acompanhamento psicológico

De acordo com Juliana, o papel do fisioterapeuta é tratar os idosos que não podem ou não têm indicação de tratar cirurgicamente a incontinência. “A incontinência urinária afeta negativamente a qualidade de vida dos idosos, que muitas vezes acabam se isolando socialmente por causa do problema. O fisioterapeuta especializado na área de reabilitação do assoalho pélvico irá avaliar e determinar a melhor abordagem para tratar o distúrbio”, destaca a fisioterapeuta. Ela diz que muitas vezes o idoso, por problemas de locomoção ou de equilíbrio, tem dificuldade de chegar ao banheiro, o que favorece as perdas urinárias. “Nesses casos, além da reabilitação do assoalho pélvico, o fisioterapeuta deve treinar a parte motora, melhorando o equilíbrio e a marcha desse idoso. Em alguns casos, é necessário adaptar o ambiente, retirando obstáculos que possam atrapalhar a chegada do idoso ao banheiro, evitando quedas”, complementa.

Conforme explica Claudia Hacad, a fisioterapia pélvica é reconhecida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como primeira linha de tratamento conservador das disfunções dos músculos do assoalho pélvico, pois se trata de uma técnica simples, indolor, de baixo custo e não invasiva, proporcionando uma melhora na qualidade de vida dos idosos. “A fisioterapia pélvica está indicada em todos os casos de incontinência urinária corretamente diagnosticados por um médico especializado. As melhores respostas ao tratamento fisioterapêutico ocorrem nos casos de incontinência leve e moderada”, assegura. Entre as medidas conservadoras estão as modificações do estilo de vida e os exercícios dos músculos do assoalho pélvico. As modificações do estilo de vida incluem mudanças de hábitos urinários e de ingestão de líquidos, isto é, criar uma rotina para ir ao banheiro – esvaziar a bexiga a cada duas/três horas durante o dia – e evitar o consumo de líquidos após o jantar.”

A especialista ainda orienta que, se for preciso tomar um

medicamento antes de dormir, somente uma quantidade suficiente para engolir o medicamento deverá ser ingerida. “Essas medidas preventivas fazem com que o idoso evite as perdas urinárias durante o dia e acorde menos durante a noite para ir ao banheiro, tendo uma melhora na sua qualidade de vida.” Ela informa que os exercícios dos músculos do assoalho pélvico podem ser feitos em qualquer momento do dia e podem ser realizados quando o indivíduo está deitado, sentado ou em pé. Ele deve ter consciência do grupo muscular a ser recrutado, por isso é necessário um fisioterapeuta especializado para orientação adequada dos exercícios. “Outras técnicas podem ser associadas aos exercícios, como o biofeedback eletromiográfico, que permite, através de sinais auditivos e/ou visuais, uma leitura e interpretação em tempo real da atividade elétrica dos músculos pélvicos, aumentando a percepção motora e sensorial e restabelecendo a força e a coordenação muscular, o que resulta em melhora funcional e, conseqüentemente, dos sintomas”, esclarece.

Claudia declara que também pode ser associada ao tratamento a aplicação de eletroestimulação do nervo tibial para inibir os sintomas de urgência miccional. “O tratamento fisioterapêutico pode ser concomitante ao uso de medicamentos que inibem as contrações involuntárias da bexiga, indicados pelo médico quando necessário”, afirma a fisioterapeuta, salientando que de 50% a 60% dos pacientes idosos que adotam as modificações do estilo de vida e realizam os exercícios pélvicos diariamente reportam cura ou melhora importante dos sintomas de incontinência urinária. “Outras modalidades de tratamento na falha das medidas conservadoras são a cirurgia, a aplicação de toxina botulínica e a neuromodulação sacral”, completa.

“

Acredito que uma intervenção multidisciplinar é essencial para o sucesso do tratamento. Conhecer o paciente é fundamental para um melhor diagnóstico e avaliação.

”

A especialista esclarece que as modificações comportamentais devem ser orientadas pelo fisioterapeuta desde o início do tratamento e são imprescindíveis para a melhora dos sintomas: além de controlar a ingestão de líquidos e realizar intervalos regulares entre as micções, o paciente é orientado a evitar ou diminuir o consumo de café, chá, refrigerantes e álcool, a controlar a alimentação, através do consumo de alimentos mais saudáveis e ricos em fibras, como frutas e verduras, diminuindo o seu peso corporal, e a realizar atividade física regularmente, melhorando sua qualidade de vida. Para o paciente com limitações físicas e/ou cognitivas, que dificultam a realização dos exercícios e impossibilitam modificações comportamentais, deve-se orientar o responsável (familiar, cuidador, enfermeiro, entre outros) a manter uma boa higiene local, através da utilização e da troca constante de protetores (fraldas, calças descartáveis etc.), para evitar dermatites e infecções.

IMPACTO DAS DISFUNÇÕES MICCIONAIS SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Em sua tese defendida na Universidade Federal de São Paulo para a obtenção do título de mestre em ciências da saúde, a psicóloga Claudia Marini Leonardi realizou uma pesquisa na qual um dos principais grupos estudados foi o de pacientes com incontinência urinária. O trabalho, intitulado “O impacto da disfunção miccional como fator gerador de estresse, ansiedade e depressão”, foi o primeiro estudo a avaliar o impacto das disfunções miccionais sobre aspectos psicológicos por meio de questionários quantitativos de sintomas de estresse, de ansiedade e depressão.

De um total de 270 pessoas, foram estudados 50 pacientes com diagnóstico de incontinência urinária. Quando comparados com outros grupos – pacientes submetidos a cateterismo intermitente limpo, pacientes renais crônicos submetidos a programa de hemodiálise e pessoas sem patologia aparente –, observou-se que 78% dos pacientes com incontinência urinária apresentaram escores que demonstraram a presença de estresse. “Isso representa praticamente o dobro do encontrado em pacientes em hemodiálise (40%) e o triplo do encontrado em indivíduos sem patologias aparentes (24%). Esse dado, importante e alarmante, demonstra o impacto da incontinência urinária na vida do paciente e o quanto é importante que o profissional da saúde tenha um olhar atento para essa questão”, conclui a psicóloga.

Fraldas e Absorventes nunca mais. | Economize até R\$ 650,00 por ano com Retex.



**LAVÁVEL E
REUTILIZÁVEL
POR 100 VEZES**

Calcinha e Cueca

Para Incontinência Urinária
Leve e Moderada



Liberdade • Segurança • Conforto

Serviço de atendimento ao consumidor Retex:
sac@retex.com.br | 0800 647 0106



Encontre no site www.retex.com.br ou nas melhores lojas ortopédicas e cirúrgicas de todo o Brasil.

Quanto à atuação do psicólogo no acompanhamento desses pacientes, Claudia Leonardi diz que é importante avaliar os aspectos psicológicos desses indivíduos. “Devemos trabalhar a qualidade de vida do paciente, além de muitas vezes resgatar sua autoestima, sua imagem corporal. Precisamos ainda estar atentos para as alterações de humor (ansiedade, depressão, estresse e fobias, entre outras)”, alerta Claudia, ressaltando que o psicólogo pode e deve ser uma ponte entre os profissionais da equipe multiprofissional e a família do paciente. “A família não deve ser esquecida nem negligenciada, pois pode ajudar (ou atrapalhar) muito no tratamento, estimulando o seu familiar quanto aos aspectos sociais e afetivos, e também quanto ao próprio tratamento.”

“Num momento inicial, a atuação adequada é realizar uma anamnese psicológica. Normalmente trabalhamos com quatro ou cinco sessões diagnósticas, que compreendem entrevistas psicológicas e aplicações de escalas psicológicas específicas para esse tipo de avaliação”, explica a especialista, comentando que, depois disso, é discutida com a equipe multidisciplinar se há a necessidade de acompanhamento psicológico. “Nos acompanhamentos psicológicos que realizo, trabalho com uma abordagem cognitiva comportamental, num modelo de psicoterapia breve. É fundamental manter sempre interação com a equipe multidisciplinar e com a família do paciente. Dessa forma, conseguimos realizar ótimos tratamentos”, enfatiza.

A psicóloga informa que o temor e/ou a perda de urina revela-

se constrangedor para os pacientes. O medo de que as pessoas percebam o escape, a roupa molhada e o cheiro característico da urina afeta diretamente a autoimagem do paciente. “Ele passa a desenvolver estratégias de enfrentamento, como ficar sempre atento à localização do sanitário num novo recinto”, diz. Muitas vezes essas situações limitam a vida social (já limitada pela aposentadoria ou pelo afastamento do trabalho), tornando-o mais caseiro, recusando convites para passear, conviver com amigos e familiares. “A vida sexual também costuma ser muito afetada. Muitos relataram no acompanhamento psicológico o temor do escape de urina durante a atividade sexual, independentemente de o paciente ter um(a) parceiro(a) fixo(a) ou não”, relata Claudia.

Ela diz observar que alterações de humor são comuns nesses pacientes, principalmente o estresse, mas também há muitos indivíduos com sintomas de ansiedade e depressão. “Creio que o tipo de abordagem irá determinar o sucesso do tratamento ou seu fracasso”, enfatiza a psicóloga, salientando que as técnicas psicológicas comportamentais e breves apresentam uma boa aceitação por parte dos idosos. Trabalhos em grupo também são bem aceitos. “Inicialmente é comum ouvir pacientes dizendo que ‘no final da vida não vale a pena perder tempo com esse tipo de coisa’. Mas, quando bem orientados, se entenderem o quanto podem ganhar em termos de qualidade de vida e perceberem que podem ter um espaço em que serão ouvidos com atenção e cuidado, a adesão é muito boa e os resultados gratificantes”, finaliza a especialista.

DICAS DE PREVENÇÃO

Pensando nos fatores de risco, os especialistas trazem orientações comportamentais que podem ser consideradas preventivas para a ocorrência de incontinência urinária:

- Manter uma alimentação mais saudável e rica em fibras para evitar sobrepeso, constipação intestinal, hiperglicemia, hiperuricemia e dislipidemia. Diminuir o consumo de álcool e bebidas à base de cafeína (café, chá, refrigerantes).
- Fazer exercícios físicos regularmente.
- Durante a gravidez, evitar ganhar muito peso e procurar especialistas para preparar o corpo para o parto e trabalhar os músculos do assoalho pélvico tanto antes como depois do nascimento. Existem fisioterapeutas especializados no tratamento de gestantes.

- Manter uma rotina urinária adequada, evitando fazer intervalos miccionais muito longos. Tomar líquidos regularmente e urinar a cada três horas é o mais indicado para manter a saúde da sua bexiga.
- Evitar ingestão hídrica noturna.
- Para os homens, fazer avaliações regulares com urologista para controle da próstata e do aparelho urinário com tratamentos específicos para cada doença.
- Para as mulheres que estão entrando na menopausa, conversar com o médico a respeito de controle hormonal e participar de programas de atividade física que promovam o trabalho do assoalho pélvico.
- Fazer avaliação geriátrica para controle de dislipidemias, diabetes, identificação de apneia do sono e causa de edema de membros inferiores.

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

II Congresso Brasileiro de Nutrição no Envelhecimento (CBNE 2015)



um crescimento no número de estudos acerca das questões nutricionais dessa população, assim como os riscos e consequências de uma má alimentação na qualidade

Com o envelhecimento da população mundial e do Brasil, cresce a necessidade de conhecer e estudar situações clínicas comuns dos indivíduos que cruzam a faixa dos 60 anos. Paralelamente, percebe-se

de vida de pessoas idosas. Atualmente, a expectativa de vida de uma pessoa de 60 anos é muito maior que no passado. O desafio dos profissionais está na orientação de seus pacientes para que possam desfrutar do aumento dessa expectativa com qualidade de vida.

O II Congresso Brasileiro de Nutrição e Envelhecimento abordou assuntos da atualidade, largamente discutidos em eventos internacionais, e contou com a presença de palestrantes e participantes de diversas áreas da saúde, firmando o compromisso da SBGG-RS, mentora desse evento, em trabalhar de forma múltipla e interdisciplinar.

A seguir, alguns assuntos abordados no congresso.

1

Aspectos nutricionais da avaliação geriátrica ampla (AGA)

A AGA, também chamada de avaliação geriátrica ampla, multidimensional ou abrangente, é um processo diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinar, para determinar as deficiências ou habilidades dos pontos de vista médico, psicossocial e funcional. O objetivo principal é triar o indivíduo para uma proposta de tratamento individualizado e efetivo. Deve ser rápida, de baixo custo e não precisa de diagnóstico. Entre os itens considerados está a avaliação nutricional, um assunto bastante discutido entre os nutricionistas e demais membros da equipe por ser uma análise que usualmente encontra barreiras devido a dificuldades como a aferição de medidas antropométricas, em virtude das mudanças do envelhecimento, e à falta de equipamentos nos serviços de saúde, sendo necessária a adoção de medidas simples, como a circunferência do braço (CB) e a circunferência da panturrilha (CP), ou ainda equações preditivas para peso e altura, já que essas referências são impor-

tantes para estimar necessidades calóricas e proteicas do idoso.

Até o momento, não há consenso sobre o melhor instrumento de avaliação nutricional para compor a AGA. Entretanto, é importante que se escolham alguns parâmetros nutricionais ou um instrumento de rastreio nutricional que priorize a identificação do risco nutricional. A literatura propõe alguns instrumentos de triagem, como MUST, Screening II, Trinut e Mini-Avaliação Nutricional (MAN®).

Como um dos objetivos da AGA está na proposta de um tratamento efetivo, não podemos esquecer a importância de manter o acompanhamento periódico do paciente idoso. Quando se trata de medidas antropométricas de uma população tão heterogênea, que vai dos 60 aos 100 anos, o próprio paciente pode ser a sua referência.

Cada serviço deve escolher e validar o próprio instrumento, entretanto, a inclusão de um método de rastreio nutricional deve estar inserida na AGA, indicando a avaliação complementar quando necessária.

Ainda dentro da proposta de abordagem dos aspectos nutricionais da AGA, foram discutidos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (QV).

A definição de qualidade de vida (QV) é complexa, multidimensional, subjetiva e individual. Percebe-se que QV depende das percepções individuais sobre saúde, lazer, condições ambientais, tempo para o trabalho, vida familiar e amorosa, vida social e recursos econômicos. Cada um elige os fatores mais importantes para si. É uma resposta que depende de valores e experiências vividas.

Um trabalho mostrou que, para 70% dos idosos entrevistados, o apoio familiar é muito importante no processo do envelhecimento, como perda do cônjuge ou problemas financeiros. Outros 56% relataram ter vida social ativa e acrescentaram que é impossível ser feliz sozinho. A autonomia e o estado de saúde também foram citados como fatores importantes quando se avalia QV.

Os primeiros questionários padronizados para medir QV foram o Sickness Impact Profile e o Nottingham Health Profile. Entretanto, após a redefinição de QV como saúde, bem-estar físico, mental, espiritual e social, surgiram novos questionários, como o SF 36, que avalia qualidade através da saúde atual, e Whoqol, que avalia qualidade de vida de forma transcultural em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental.

O estado nutricional é um dos fatores com poder impactante na QV. Sabe-se que o déficit nutricional aumenta o risco de morbidades e mortalidade, assim como o excesso aumenta o risco de morbidades através das doenças crônicas não degenerativas. A avaliação da QV é importante para a autopercepção de saúde, pois quem possui uma saúde ruim apresenta maior risco de mortalidade, podendo ser a QV um ponto de partida para políticas públicas.

2

Recomendações de proteína: dosagem adequada – prescrições hiperproteicas: quando utilizar?

A dosagem adequada de proteína no idoso está diretamente relacionada à prevenção da sarcopenia. De forma bastante simplificada, a sarcopenia é a perda de massa magra com perda de funcionalidade. Suas causas mais comuns são idade, inflamação, hormônios, inatividade, neurodegeneração, anorexia.

Com o avançar da idade, a necessidade proteica para a manutenção da síntese de músculos aumenta. Nos idosos ocorre uma resistência anabólica, potencializada pela ingestão proteica reduzida, que só poderá ser superada com uma oferta de proteína adequada e fracionada. Recomendações anteriores indicavam 0,8 g de proteína por kg peso para adultos e idosos. Entretanto, estudos recentes têm mostrado que essa recomendação não considerava idade nem doença aguda, sendo insuficiente para a manutenção da saúde muscular em idosos.

Situações comuns encontradas em idosos levam a uma baixa in-

gestão de proteína, como a anorexia relacionada à idade, a polifarmácia, a dificuldade de mastigação somada a escolhas alimentares com preferência pelo carboidrato e fatores socioeconômicos.

Recomendações atuais do último congresso da ESPEN em Lisboa orientam a ingestão de 1,0 a 1,2 g de proteína por kg peso, sendo que a melhor forma de absorvê-la é de forma fracionada, de 25 a 30 g por refeição, nas três principais refeições do dia. Em situações de estresse ou doença, essa recomendação pode chegar a 1,5 g/kg peso (ESPEN) ou 2,0 g/kg peso (PROT AGE). Quando não for possível a ingestão recomendada, a suplementação pode ser necessária.

Nesse contexto, a recomendação adequada de proteína para idosos tem sido fortemente estudada como prevenção de riscos relacionados a saúde do idoso.

3

Apresentação do grupo de estudos COCONUT

O Grupo de Estudos em Composição Corporal (COCONUT), sob coordenação da professora doutora Maria Cristina Gonzalez, iniciou sua apresentação falando sobre o estudo “Como vai?”, que abrangeu um grande número de estudos com a população idosa de Pelotas (RS).

O estudo “Como vai?” originou-se no mestrado em epidemiologia na Universidade Federal de Pelotas (RS) em 2013. Nessa universidade, os alunos prestes a ingressar no mestrado participam de um consórcio de pesquisa com coleta de campo unificada. Dessa forma, o estudo gera uma grande economia para o programa de pós-graduação e proporciona para os alunos e para a sociedade um estudo mais robusto, visto que a coleta abrange um número expressivo da população.

O presente estudo trata de um inquérito transversal de base populacional, dividido em setores censitários do IBGE. A coleta foi realizada no domicílio dos idosos da comunidade e teve seus instrumentos aplicados por entrevistadores selecionados devidamente treinados. Durante os seis meses de coleta foram visitados 3.799 domicílios – em 1.379 deles havia idosos.

O estudo “Como vai?” gerou projetos de pesquisa sobre a qualidade da dieta de idosos, com resultados positivos como baixo consumo de frituras, fast foods, enlatados, congelados e embutidos; validação do questionário NSI (que avalia o risco nutricional), cujo resultado não se mostrou adequado para rastreio de risco alimentar; intolerância a lactose através de um escore específico para essa condição e a sua relação com a osteoporose, com constatação de 7% de intolerância a lactose relacionado à osteoporose autorreferida; prevalência de obesidade, com resultados em torno de 30% de obesidade avaliada pelo IMC e mais de 50% de obesidade central; fragilidade com prevalência de 14%; sarcopenia definida pelo critério EWSOP com definição de referência própria e ponto de corte para essa população.

Paralelamente ao “Como vai?”, outros estudos foram realizados por membros do grupo, como a utilização da ultrassonografia como método de avaliação corporal em adultos, mostrando que o aparelho avaliado, o Body Metrix, foi eficaz na elaboração de uma equação de predição e não foi influenciado pelos extremos, como a desnutrição e a obesidade. Outro estudo realizado pelo grupo foi o uso da bioimpedância em uma coorte de pacientes oncológicos, propondo a padronização no ângulo de fase e evidenciando que a redução da massa magra, independentemente da massa de gordura, é determinante na sobrevivência de pacientes com câncer após três anos de acompanhamento.

Finalizando, entre as perspectivas futuras do grupo, estão em estudo a tradução e a validação do instrumento Sarc F, o uso da ultrassonografia na circunferência da cintura e o estudo da sarcopenia no paciente hospitalizado.

4

Sarcopenia: métodos diagnósticos e tratamento

A primeira definição de sarcopenia foi publicada em 1989 por Rosenberg e costuma ser mais frequente no idoso, no obeso e no acamado.

A “perda da carne” inicia-se aos 50 anos, com perda da massa e da força muscular, mas as duas não caminham juntas. Com o envelhecimento, perde-se de 1% a 2% de massa magra ao ano, enquanto a perda da força é de 1,5% a 3% ao ano. Homens costumam ter perda gradual, enquanto as mulheres apresentam perda súbita. Essa característica das mulheres está relacionada a questões hormonais.

A primeira causa de sarcopenia é o envelhecimento, entretanto outros fatores também são descritos como determinantes, como anorexia, inatividade, distúrbios inflamatórios, endócrinos e neurodegenerativos.

Para classificá-la são utilizados os critérios do EWGSOP de pré-sarcopenia, sarcopenia e sarcopenia grave. Também é considerado como fator de risco uma força de preensão palmar (FPP) menor que 30 kg para homens e menor que 20 kg para mulheres e performance de caminhada de 4 m com velocidade menor de 0,8 m/s.

Foram citados como métodos de identificação da sarcopenia:

- DEXA, com diferencial de imagem de massa magra regional de braços e pernas, útil para o cálculo da massa apendicular;
- Tomografia, como avaliação de conveniência, sendo avaliado em pacientes com câncer que já costumam fazer esse exame de rotina;
- Questionário SARC F para rastreamento de sarcopenia e sarcopenia grave.

Para a escolha do critério, devem ser levados em consideração o indivíduo, o local e o objetivo.

Para a intervenção nutricional, o nutricionista precisa identificar e diferenciar enfermidades como sarcopenia, dinapenia, obesidade sarcopênica e caquexia, com o objetivo de indicar a melhor intervenção.

Até o momento não existe uma recomendação específica para indivíduos sarcopênicos. Em geral, 25% dos idosos reduzem a ingestão calórica e a atividade física, contrariando a necessidade de 25 a 30 kcal/kg peso. Para a recomendação de proteína, ficou bem estabelecido neste congresso a prescrição de uma dieta hiperproteica. Estudos apontam também para a importância da fonte, sendo a proteína de origem animal (carne) mais eficaz que a proteína de origem vegetal (soja). Autores sugerem que a distribuição da proteína entre as refeições parece potencializar a síntese proteica, sendo a recomendação que melhor mostrou resultados foi uma dose intermediária de proteína (20 g adicionadas a 4 refeições). A síntese de proteína na presença de suplementação parece estar presente apesar da redução ou inatividade física.

Necessitando de mais estudos, também são citadas a suplementação de vitamina D, creatina e ômega 3 na melhora da força e capacidade funcional em mulheres, e a indicação de aminoácidos, preferencialmente a leucina, após o exercício.

5

Má nutrição e fragilidade

Não há um consenso sobre a definição de fragilidade. De forma geral, considera-se um processo multifatorial contínuo que pode levar à morte prematura em idosos. Para o diagnóstico, utilizamos os critérios de Linda Fried, que são: (1) perda de peso involuntária, (2) cansaço, (3) debilidade, (4) redução da velocidade da marcha para percorrer 4 metros, (5) baixo nível de atividade física, classificando os pacientes em não frágil, pré-frágil e frágil.

A perda de função ou incapacidade está presente em 20% a 30% da população acima de 70 anos. Um estudo francês mostrou prevalência de 7%, sendo os fatores de risco associados a sexo feminino, idade avançada e doenças crônicas.

Trata-se de um processo dinâmico e potencialmente irreversível, e o objetivo do profissional é priorizar a prevenção e o tratamento do indivíduo em estágios iniciais.

Estudos apontam que a fragilidade associa-se ao aporte calórico e proteico reduzido, à carência de vitaminas, como alfatocoferol, vitamina D e vitamina E, e a próteses dentárias mal adaptadas, além de inatividade física e circunferência abdominal muito baixa ou muito alta. O IMC entre 25 e 30 parece ser fator protetor.

Como intervenção são indicadas a ingestão adequada de nutrientes e a abordagem psicológica e farmacológica, quando necessária. A atividade física também está entre os itens importantes na prevenção e no tratamento de estágios de pré-fragilidade. Está claro que um programa integral pode evitar a fragilidade ou reduzir processos iniciais da doença.

6**Avaliação da massa muscular no idoso**

Como métodos de avaliação da massa muscular em idosos foram abordados a tomografia, a ressonância, o DEXA e o ultrassom, considerando seus prós e contras.

- Tomografia: considerado um método padrão ouro, porém de alto custo e com altas doses de radiação, tem como ponto positivo a sensibilidade de infiltração na gordura e no músculo.

- Ressonância: trabalha com campo magnético com movimentação convergente de átomos de hidrogênio gerando uma imagem digital. A grande vantagem do método é a não utilização de radiação ionizante. Entretanto, tem alto custo, é pouco prático e não permite próteses metálicas ou não comporta obesos mórbidos.

- DEXA: considerado padrão ouro para avaliação da densidade óssea e de gordura, avalia o corpo inteiro de forma segmentar e contém baixa radiação. Entretanto, é influenciado pela espessura tecidual, dificultando a avaliação de obesos, pela hidratação do indivíduo e por próteses metálicas.

- Ultrassom: energia emitida por onda sonora, sendo uma parte refletida e outra absorvida pelo tecido, gerando uma imagem. Avalia sítios anatômicos e é semelhante à plicometria por avaliar pontos específicos. Tem como pontos positivos a portabilidade do aparelho, o baixo custo e a não emissão de radiação. Entretanto, é influenciado por edema e ainda não é validado no Brasil.

A escolha do melhor método deve ser determinada pelo ambiente, sendo indicados para a clínica o DEXA, a tomografia e o ultrassom. Para a pesquisa, métodos sem radiação e mais práticos são recomendados para estudos longitudinais e tomografia para estudos retrospectivos.

Um método alternativo de avaliação, a circunferência da panturrilha é um indicador de massa muscular com ponto de corte estabelecido como fator de risco em idosos em 31 cm. Entretanto, um estudo japonês concluiu que um ponto de corte ideal seria de 33 cm para mulheres e 34 cm para homens. No Brasil, um estudo recente realizado na cidade de Pelotas mostrou resultado idêntico.

Outro recurso para diagnóstico de redução de força é a FPP. Aferições menores que 26 kgF para homens e 16kgF para mulheres são indicativos de sarcopenia. Para idosos frágeis, esses pontos de corte caem para 19,75 kgF para homens e 15,02 kg para mulheres.

Para diagnóstico precoce no Brasil, o maior problema é a falta de recurso do sistema de saúde público. Assim, um método sugerido é a equação de Lee et al 2000:

$-MME (kg) = EST \cdot m \cdot (0,244 \cdot MC) + (7,8 \cdot EST) + (6,6 \cdot \text{sexo}) - (0,098 \cdot \text{idade}) + (\text{etnia} - 3,3)$, onde MME = massa muscular esquelética, EST = estatura em metros e MC = massa corporal/kg.

Os métodos tradicionais e alternativos de avaliação da massa mus-

cular em idosos têm se mostrado importantes devido à alta prevalência de sarcopenia demonstrada em estudos nacionais e internacionais.

7**Avaliação nutricional no idoso: estado da arte e avanços****Apresentação das pesquisas desenvolvidas pelo GERICEN Porto Alegre/RS**

O Grupo de Estudos em Risco Cardiometabólico, Envelhecimento e Nutrição (GERICEN) tem como líderes as professoras Carla Helena Augustin Schwanke, médica geriatra e professora titular do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da PUCRS, e a professora Maria Gabriela Valle Gottlieb, bióloga do IGG da PUCRS.

O GERICEN foi formado em 2010, atualmente contando com 16 integrantes com formação acadêmica multidisciplinar. Através de pesquisas epidemiológicas e básicas, o grupo se propõe a investigar: (A) fatores de risco cardiometabólicos, (B) biomarcadores, (C) fatores nutricionais e a relação deles com o envelhecimento. Para tanto, conta com a participação de uma equipe interdisciplinar composta por pesquisadores e alunos de graduação e de pós-graduação (stricto sensu).

Neste congresso o grupo falou sobre avaliação nutricional do idoso, tema de interesse e de estudos em andamento.

Na teoria, a avaliação nutricional de adultos e idosos não é diferente. Na idade avançada, entretanto, é necessário considerar fatores influenciados pelo envelhecimento.

Tradicionalmente, a avaliação inicia-se com uma anamnese alimentar, considerando a história dietética, o consumo alimentar e os hábitos do idoso. Em seguida, o nutricionista avalia medidas antropométricas como peso, altura, IMC, entre outras. Logo após, na anamnese física será considerada a observação clínica do profissional, e por fim o nutricionista avalia exames complementares relacionados ao estado nutricional.

No entanto, quando se trata da avaliação de idosos, alguns cuidados são necessários. O envelhecimento do sistema digestório, próteses mal adaptadas, alteração na absorção de nutrientes, disfagia e xerostomia podem interferir nas escolhas alimentares do idoso, levando-o a um risco nutricional importante. O envelhecimento dos órgãos do sentido, como paladar e olfato, reduz o apetite e o prazer em comer. O envelhecimento cognitivo prejudica a aplicação de inquéritos alimentares, importantes na pesquisa de hábitos alimentares e de quantidade de alimentos ingerida. O envelhecimento do sistema endócrino aumenta concentrações de cortisol, que leva a uma concentração maior de adiposidade na região visceral, resistência a insulina e diminuição do metabolismo. No musculoesquelético há uma

redução da massa magra e um aumento da gordura corporal, aumentando o risco para sarcopenia e obesidade sarcopênica, assunto largamente discutido no congresso. Na anamnese do idoso ainda é necessário considerar a polifarmácia e suas interações com nutrientes.

Todas essas alterações da idade devem ser consideradas na hora do diagnóstico nutricional, e a prescrição de uma alimentação adequada deve ser instituída com o objetivo de manutenção da saúde, tratamento complementar de doenças crônicas e prevenção de doenças.

Considerando o tempo necessário para uma avaliação nutricional completa em idosos, entidades internacionais vêm orientando a aplicação de instrumentos de rastreio nutricional.

O instrumento de rastreio é definido pelo processo de identificação das características relacionadas a problemas nutricionais, com o objetivo de identificar indivíduos desnutridos ou em risco nutricional. O método deve ser um ponto de partida na avaliação, sendo indicada a avaliação nutricional completa em casos positivos para o risco.

O instrumento de rastreio apresenta-se em forma de questionário e, em se tratando de idosos, espera-se que as questões estejam relacionadas a situações de risco, tendo itens que abordem perda de peso recente, frequências alimentares, presença de déficit cognitivo, por exemplo, e deve sempre estar ligado a um plano de ação, com indicação de plano alimentar, suplementos e reavaliação periódica.

Para a população idosa, a ESPEN recomenda três instrumentos de rastreio nutricional: MUST, NRS 2002 e MAN®.

Resumidamente, o MUST aborda questões de IMC, porcentagem de perda de peso nos últimos meses e doença aguda. É considerado o instrumento mais rápido e tem demonstrado confiabilidade em prever tempo de internação e mortalidade em idosos. O NRS 2002 consiste em um questionário mais longo, aplicado em duas partes, com questões de IMC, perda de peso, ingestão alimentar reduzida, considerando fator idade como fator de risco. A MAN® é um questionário de 18 perguntas, que considera itens como perda de peso e apetite, número de medicamentos e depressão ou demência.

Mais recentemente tem-se falado em métodos de avaliação nutricional emergentes na identificação de risco nutricional, como a força de prensão palmar (FPP) e a espessura do músculo adutor do polegar (EMAP).

Os dois métodos têm em comum a fácil aplicação e a vantagem de não serem invasivos. A força de prensão palmar é aferida com um dinamômetro manual. Estudos vêm mostrando que a força muscular se reduz com o envelhecimento e está positivamente relacionada ao estado nutricional. A FPP é também a única técnica recomendada para avaliação da força muscular no diagnóstico de sarcopenia.

O músculo adutor do polegar consiste em um músculo plano e fixado entre duas estruturas ósseas, e por isso é o único músculo do

corpo humano que permite a medida direta de sua espessura com um paquímetro Lange®. Além de ser uma técnica não invasiva, rápida e de baixo custo, existe a vantagem de ser utilizada em pacientes não colaborativos, como idosos demenciados. Estudos têm evidenciado que a EMAP pode ser útil na identificação de risco nutricional, preditor de mortalidade, tempo de internação em diversas situações clínicas, como câncer e hemodiálise.

Diante da necessidade de técnicas rápidas e eficazes na obtenção do risco nutricional em idosos, dois estudos estão em andamento: "Eficácia da força de prensão palmar isolada e combinada com a miniavaliação nutricional na identificação de desnutrição em idosos hospitalizados" e "Força de prensão palmar e espessura do músculo adutor do polegar como instrumentos de rastreio do estado nutricional, capacidade funcional e mortalidade em idosos hospitalizados".

Paralelamente aos estudos citados, o grupo possui outros em andamento, relacionados a risco nutricional, fragilidade, sarcopenia e síndrome metabólica.

8

Nutrição e envelhecimento: reflexões muito além da saúde e doença

Países desenvolvidos como França e Suécia levaram 100 anos para duplicar sua população de idosos. No Brasil, o número de indivíduos acima de 60 anos duplicará em 35 anos.

Nosso país não tem se preparado para envelhecer. O aumento da expectativa de vida vem sendo acompanhado por uma saúde ruim e por incapacidades.

Então, qual é a fórmula para envelhecer bem? Prevenção e tratamento precoce. Sabe-se que, no processo de envelhecimento, 53% estão relacionados ao estilo de vida, 20% a questões ambientais, 17% a genética e 10% a tecnologia.

Se estudarmos as "blues zones", regiões do planeta onde se concentra um grande número de longevos saudáveis, encontramos hábitos comuns entre elas, como o consumo diário de vinho; o consumo adequado de frutas, peixes, cereais integrais, nozes; baixa quantidade de carne; e 80% de saciedade, ou seja, os povos dessas regiões costumam evitar a saciedade plena. Indivíduos longevos também costumam realizar suas refeições em família.

No Brasil, a cidade de Veranópolis/RS foi identificada em 1994 como o local com o maior número de longevos no Brasil. Nos últimos 20 anos, diversos estudos em relação a genética, estilo de vida, qualidade de vida, fatores cardiovasculares e espiritualidade vêm sendo realizados.

Cientificamente, a nutrição e a atividade física constante são determinantes da saúde, reduzindo inclusive o risco de doenças demenciais. Outros hábitos têm sido recomendados para se obter a saúde

com qualidade de vida, como repouso noturno de 7-8 horas, sesta de 30 minutos após o almoço, lazer nos finais de semana, atividade laboral por maior tempo possível e, por fim, a saúde espiritual.

9

Erros alimentares e suas consequências na pessoa idosa

Dados históricos relatam que por volta de 1821 poucos países tinham uma expectativa de vida maior do que 40 anos. Hoje, sabemos que populações do Oriente, da Europa e também da América têm apresentado expectativas de vida bastante altas, sendo que a população que mais vem crescendo é a dos indivíduos acima de 85 anos, sobre os quais se conhece muito pouco, pois ainda há poucos estudos disponíveis.

A importância do tema se dá em função da alta prevalência de desnutrição, chegando a mais de 60% no ambiente hospitalar, juntamente com a fragilidade, a dependência física e doenças associadas. Vale lembrar também que o excesso de peso é prejudicial ao idoso, já que a obesidade está relacionada a comorbidades e redução da qualidade de vida.

Entre as principais causas dos erros alimentares estão as alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento. Essas alterações iniciam-se na boca, com redução do número de dentes e próteses mal adaptadas, discinesia da orofaringe e o risco de pneumonias por aspiração, passam pelo estômago, com o relaxamento do esfíncter esofágico e sintomas como refluxo gastroesofágico, fígado e alterações metabólicas juntamente com a polifarmácia, e vão até o intestino grosso, com redução das peristases e constipação, e a incontinência fecal, relacionada ao envelhecimento do esfíncter anal.

Somadas às alterações fisiológicas também temos questões sociais, culturais, econômicas e ambientais, assim como a anorexia relacionada a idade, levando a deficiências do valor calórico e proteico e de vitaminas importantes na saúde do idoso, como cálcio, magnésio, vitamina D e vitamina B12.

As consequências desses erros alimentares serão a desnutrição, a sarcopenia e a fragilidade, o risco de quedas e fraturas e o aumento do diabetes, obesidade e obesidade sarcopênica.

- **Desnutrição:** prevalente entre idosos da comunidade (5-10%), institucionalizados e hospitalizados (30-60%), leva a fragilidade, infecção e distúrbios metabólicos. Também aumenta o risco de internações, o tempo de hospitalização, a morbidade e a mortalidade, assim como a institucionalização. Deve ser identificada de forma precoce através da Mini-Avaliação Nutricional (MAN®).

- **Sarcopenia e fragilidade:** definida como redução da massa magra com perda de função, a sarcopenia pode ser relacionada a idade (pré-

sarcopenia) ou patológica (sarcopenia ou sarcopenia grave), sendo a última potencializada pela inatividade física e má nutrição. Já a fragilidade é a síndrome caracterizada por declínio funcional, resultante de uma reserva homeostática reduzida, o que aumenta a vulnerabilidade a estressores e leva a piores desfechos clínicos.

- **Risco de quedas:** está relacionado ao envelhecimento, à osteoporose e à dieta pobre em cálcio. É considerado um idoso "caidor" aquele que cai mais de duas vezes ao ano.

- **Diabetes, obesidade, obesidade sarcopênica:** dietas inadequadas, com o aumento da ingestão energética, do consumo de gordura saturada, ácidos graxos, ômega 6 e gorduras trans e a redução dos carboidratos complexos e fibras, estão relacionadas a resistência insulínica e diabetes. O IMC acima de 30 (OPAS, 2002) é considerado como obesidade para idosos, e a obesidade sarcopênica consiste no excesso de gordura somado à redução de músculo.

Para tratar os erros alimentares é necessária uma boa nutrição somada a atividade física. A aeróbica é positiva para redução de gordura e manutenção do equilíbrio. Já a de resistência é relacionada ao desenvolvimento e à manutenção da massa muscular e, consequentemente, à prevenção da sarcopenia.

Em relação à boa nutrição, reforçam-se as recomendações do PROT AGE, que orienta: de 1,0 a 1,2 g de proteína/kg peso/dia para manutenção ou ganho de massa muscular em idosos saudáveis, e de 1,2 a 1,5 g/Kg peso/dia para idosos que apresentam doença aguda ou crônica, preferencialmente fracionadas em 20 a 30 g/refeição (de preferência alto valor biológico). Para o cálcio, recomenda-se de 1.000 a 1.200 mg/dia associadas a 800 UI de vitamina D.

Melissa Côrtes da Rosa

Nutricionista, mestranda em gerontologia biomédica-PUCRS; especialização em terapia nutricional parenteral e enteral; coordenadora do Grupo de Interesse em Nutrição da SBGG-RS; secretária-geral da ABRAZ-RS; pesquisadora do GERICEN-PUCRS

A Nestlé Health Science apoia iniciativas científicas em prol da saúde e nutrição do idoso.



Christina May Moran de Brito

Fisiatra; coordenadora médica do Serviço de Reabilitação do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp) e do Hospital Sírio-Libanês

Contato christina.brito@icesp.org.br

Reabilitação do idoso com câncer

TAKE HOME MESSAGE

- Com o aumento da prevalência do câncer, o crescente arsenal terapêutico e a maior sobrevida dos pacientes com câncer, a reabilitação vem ganhando cada vez mais importância na área da oncologia.
- Os serviços de reabilitação destinados ao tratamento de pacientes oncológicos são frequentemente compostos por médicos fisiatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, educadores físicos e enfermeiros, além de contar com o apoio de nutricionistas, assistentes sociais, ortesistas e protesistas.
- O cuidado será delineado pelas necessidades, especificidades e pela complexidade de cada caso, sendo fundamental uma boa integração com a equipe oncológica responsável e as demais especialidades envolvidas.

Introdução

Com o aumento da prevalência do câncer, o crescente arsenal terapêutico e a maior sobrevida dos pacientes com câncer, a reabilitação vem ganhando cada vez mais importância na área da oncologia¹⁻⁴. A assistência ao paciente oncológico deve incluir, além de estrutura diagnóstica e terapêutica, reabilitação e cuidados paliativos⁴. A força-tarefa do cuidar volta-se tanto ao sobreviver quanto ao viver melhor.

Em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento¹.

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, que será válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil)¹.

Tanto em âmbito internacional quanto nacional, as faixas etárias predominantes correspondem aos idosos (60 anos ou mais).

Quanto ao tratamento oncológico inicial realizado, segundo esse levantamento: cirúrgicos em 32,3% dos casos, quimioterapia em 19,2%, e terapias combinadas (radioterapia com quimioterapia; cirurgia com quimioterapia; hormonioterapia; cirurgia com radioterapia; cirurgia com hormonioterapia; quimioterapia com hormonioterapia; cirurgia com hormonioterapia, etc.) em 65,1% dos casos⁵.

A reabilitação pode ser definida como o conjunto de medidas terapêuticas voltadas para que o indivíduo atinja o máximo de seu potencial físico, psicológico e social. A reabilitação, como o nome sugere, envolve um trabalho voltado à recuperação, dentro da possibilidade do indivíduo, mas não se limita a isso: envolve o adaptar, o dar suporte, o ensinar e o prevenir. Assim, recuperar tudo o que for passível de recuperação, adaptar o que não for ou enquanto não for, visando máxima independência, e dar suporte e educação para o enfrentamento da nova realidade. Tradicionalmente, em reabilitação em oncologia, fala-se de seus quatro pilares: medidas preventivas, terapêuticas, suportivas/adaptativas e paliativas, como definiu Dietz, já na década de 70⁶, quando a reabilitação nos Estados Unidos ganhou força, pelo National Cancer Act⁷.

Avaliação de reabilitação

A reabilitação em oncologia pode ser considerada como reabilitação geral dentro de um contexto muito particular. Utiliza-se a expressão reabilitação geral pois a gama de apresentações e de demandas é muito ampla: desde quadros dolorosos incapacitantes, pós-operatórios e fadiga oncológica até lesões medulares e encefálicas decorrentes de doença oncológica primária ou metastática, ou uma amputação que se faça necessária. O que muda, sobretudo, é o contexto – um contexto mais complexo, do ponto de vista clínico e de perspectivas terapêuticas variáveis em relação à doença de base. Um paciente mais sujeito a intercorrências clínicas, uma agenda disputada, que deve absorver, além das terapias de reabilitação, sessões de quimioterapia, radioterapia, exames diagnósticos e consultas médicas frequentes.

As necessidades de reabilitação de um paciente com câncer são bastante diversificadas e dependem da apresentação do quadro clínico de cada um. Ainda assim, há demandas mais frequentes e contextos comuns vinculados às consequências diretas da doença e/ou dos tratamentos que se façam necessários. Constituem algumas das questões frequentes a serem abordadas pela reabilitação: ocorrência de dor incapacitante; limitação de movimento oriunda de intervenções cirúrgicas; perda de força e de sensibilidade associada ao uso de esteroides e quimioterápicos; redução da capacidade física e fadiga relacionada ao câncer; ocorrência de linfedema, por comprometimento ou necessidade de ressecção de gânglios, em membro superior, inferior, ou face; distúrbios da comunicação e da deglutição associados aos tumores de cabeça e pescoço e/ou lesões encefálicas ou pela necessidade de uma intubação orotraqueal mais prolongada; amputação de membros para controle tumoral; paralisias por envolvimento da medula espinal ou encéfalo; disfunções da bexiga ou de seu esfíncter, pós-operatórias ou por comprometimento do sistema nervoso; perdas cognitivas relacionadas ao comprometimento cerebral, seja pela doença ou pelo efeito de intervenções; e demanda de suporte psicoafetivo. As medidas de cuidado e educação voltam-se não apenas aos pacientes, mas também aos familiares e/ou cuidadores, sempre que necessário.

Às questões prevalentes típicas do paciente oncológico somam-se as condições associadas à senescência, com redução das reservas fisiológicas e da senilidade, com comorbidades e suas consequências. Entre as questões prevalentes: afecções cardiovasculares, osteomioarticulares, síndromes dolorosas crônicas, fragilidade, predisposição a quedas, disfunções cognitivas, transtornos do humor e do sono, distúrbios vesicoesfincterianos, menor tolerância aos tratamentos farmacológicos e maior

suscetibilidade às suas interações. Além disso, ganham maior peso as questões relativas ao suporte e à participação social.

Entre os diagnósticos oncológicos de maior prevalência na reabilitação oncológica destacam-se os cânceres de mama, cabeça e pescoço, hematológicos, sarcomas de partes moles, ósseos e metastáticos ósseos, pulmão, próstata e trato gastrointestinal.

Entre os principais motivos que determinam o encaminhamento à reabilitação incluem-se dor, limitação de amplitude de movimento, linfedema, parestias e plegias, fadiga, lesão encefálica (mais frequentemente associada à doença metastática), lesão medular (mais frequentemente associada à compressão por metástase vertebral), disfagia, amputação, disfunções vesicoesfincterianas, neuropatia induzida por quimioterapia e perda funcional associada aos tratamentos para o câncer.

Os serviços de reabilitação destinados ao tratamento de pacientes oncológicos são frequentemente compostos por médicos fisiatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e educadores físicos, enfermeiros, e contam com o apoio de nutricionistas, assistentes sociais, ortesistas e protesistas. A realidade do tratamento do paciente oncológico é predominantemente ambulatorial, mas, em alguns momentos, pode ser necessária a internação por alguma intercorrência clínica ou cirurgia, e a reabilitação deve ser incluída no cuidado, sempre que necessário⁸⁻¹⁰.

O fisiatra atua pela avaliação diagnóstica de reabilitação e introdução de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, que incluem as terapias de reabilitação e prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Para tanto, realiza avaliação clínica, neurológica e osteomioarticular, visando identificar as necessidades de intervenção e prescrevê-las, com atenção às causas, ao prognóstico, aos objetivos a serem atingidos e à expectativa do paciente e de seus familiares. Realiza também procedimentos ambulatoriais adjuvantes para o tratamento das síndromes dolorosas incapacitantes (inativação de pontos-gatilho, bloqueios anestésicos e infiltrações articulares) e da espasticidade (com bloqueios neuromusculares).

A avaliação deve seguir o modelo biopsicossocial e incluir a funcionalidade, a participação social e possíveis barreiras e facilitadores, como apontado na Classificação Internacional de Funcionalidade^{11,12}.

A avaliação funcional é frequentemente realizada pelo uso da Medida de Independência Funcional (MIF)¹³ e pelo teste da caminhada de seis minutos, quando indicado. Já a qualidade de vida é avaliada com a aplicação do Short-Form 36 (SF-36)^{14,15} ou do Eu-

ropean Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30)¹⁶⁻¹⁸. Para pacientes com queixa de fadiga, podem ser aplicados o Inventário Breve de Fadiga e a Escala de Fadiga de Piper¹⁹.

Terapias de reabilitação

No âmbito da reabilitação, o exercício com fins terapêuticos destaca-se como uma importante ferramenta no cuidado ao paciente com câncer, visando o restabelecimento físico e o ganho de condicionamento, seja para andar ou engolir de forma segura; seja para o melhor controle da dor ou da urina; seja para recuperar um movimento ou uma funcionalidade (na forma usual ou adaptada); seja para a melhora da fadiga, do humor ou do sono.

Sabe-se ainda que a atividade física regular pode inclusive contribuir para a redução de recorrência e mortalidade de alguns cânceres. A prática regular de exercícios físicos traz inúmeros benefícios para o paciente com câncer²⁰⁻²²: melhora a capacidade física, a fadiga oncológica, a disposição, o humor, o padrão de sono e auxilia o controle de peso, o que é especialmente interessante para alguns cânceres que são agravados pelo sobrepeso.

Sendo assim, recomenda-se a disponibilização de uma boa estrutura para a aplicação de programas de condicionamento físico, sob orientação médica e supervisão de fisioterapeutas ou educadores físicos, na dependência do quadro e do perfil do paciente.

Em pacientes com dor, pode ser feito uso da termoterapia superficial e da eletroterapia, com indicação de meios físicos, como medida adjuvante.

Quanto aos âmbitos da equipe multiprofissional de reabilitação, a fisioterapia apresenta atuação abrangente, tanto na fase de internação quanto na fase ambulatorial, com foco em analgesia adjuvante; prevenção de tromboembolismo venoso; prevenção e tratamento de condições respiratórias; ganho de mobilidade, funcionalidade e condicionamento físico; prevenção e tratamento do linfedema²³.

A fonoaudiologia, igualmente, tem ampla atuação, tanto na fase de internação quanto na fase ambulatorial, com destaque para as intervenções voltadas à disfagia e aos demais distúrbios da motricidade orofacial e às alterações de comunicação, seja de etiologia neurológica ou mecânica.

A terapia ocupacional tem seu foco de atuação direcionado à recuperação dos déficits de membros superiores; ao ganho de funcionalidade e autonomia; ao emprego de tecnologia assistiva e técnicas de conservação de energia; à ortetização de membros superiores; à adequação postural em cadeira de rodas e à promoção da participação social.

A psicologia de reabilitação volta-se, sobretudo, ao suporte

psicoafetivo; à abordagem de questões relativas ao enfrentamento e suporte existente; à conscientização e aceitação dos próprios limites e adaptação à nova realidade; à adequação de expectativas; à existência de barreiras; bem como ao cultivo de atividades e situações que promovam autocuidado, bem-estar e qualidade de vida. A psicologia também é responsável pela avaliação e pelo treino das disfunções cognitivas.

O educador físico tem sua atuação direcionada à aplicação e supervisão dos programas de exercício físico com finalidade terapêutica, de acordo com as necessidades e precauções identificadas em avaliação médica.

As intervenções de reabilitação voltadas a pacientes cirúrgicos devem, idealmente, ter início no período pré-operatório, para avaliação do status funcional e psicossocial basal, orientação para o pós-operatório e introdução de medidas educativas, a serem alinhadas com a equipe cirúrgica. As intervenções pós-operatórias, por sua vez, devem ter início precoce. Nessa linha, merecem destaque as intervenções cirúrgicas de mama, tórax, cabeça e pescoço e abdominais altas²⁴⁻²⁶.

Os pacientes críticos devem também ser expostos a intervenções precoces de reabilitação, com medidas de suporte ventilatório com atenção para o desmame precoce e estratégias de mobilização²⁶⁻²⁷.

Quanto à sobrecarga atrelada às atividades e aos exercícios físicos, alguns limites devem ser respeitados quanto aos níveis séricos de hemoglobina e de plaquetas, de acordo com a celularidade apresentada pelo paciente. Exercícios com intensidade além da necessária para as atividades de vida diária são também contraindicados para pacientes com neutropenia febril.

Outra particularidade significativa quanto à prevalência e ao impacto diz respeito ao cuidado diante da existência de doença óssea metastática. A sua presença frequentemente demanda intervenções específicas, para controle da dor e de transtornos hidroeletrólíticos, para atenção ao risco e à ocorrência de compressão medular, radicular ou fraturas patológicas. Em algumas neoplasias, como os cânceres de mama, próstata, pulmão, rim e tireoide, a ocorrência de metástases ósseas é particularmente elevada, sendo necessária maior vigilância, sobretudo em estádios mais avançados²⁹⁻³¹.

De acordo com o risco de fraturas, as intervenções são direcionadas. Para avaliação das lesões em ossos longos, costuma-se utilizar a escala de Mirels³², e, para a coluna, a Spine Instability Neoplastic Score (SINS)³³.

O cuidado será delineado pelas necessidades, especificidades e pela complexidade de cada caso, sendo fundamental uma boa integração com a equipe oncológica responsável e as demais especialidades envolvidas no cuidado do paciente.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de câncer no Brasil 2014. [acesso em 2015 abr. 6]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=2>
2. Stubblefield MD, Hubbard G, Cheville A, Koch U, Schmitz KH, Dalton SO. Current Perspectives and Emerging Issues on Cancer Rehabilitation. *Cancer* 2013; 119(11 suppl): 2170-8.
3. Alfano CM, Ganz PA, Rowland JH, Hahn EE. Cancer Survivorship and Cancer Rehabilitation: Revitalizing the Link. *J Clin Oncol* 2012; 30 (9): 904-6.
4. Portaria 741 da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, de 19 de dezembro de 2005. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_741.pdf. Acesso 12 de maio de 2008
5. Registro Hospitalar de Câncer do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. 1 ed. Agosto de 2013. Ano 1.
6. Dietz JH Jr. Rehabilitation of the cancer patient: its role in the scheme of comprehensive care. *Clin Bull* 1974; 4: 104-7.
7. DeLisa JA. A history of cancer rehabilitation. *Cancer* 2001; 92: 970-4.
8. Brito CMM, Baia WRM, Battistella LR. Modelo assistencial do serviço de reabilitação. In: Brito CMM, Battistella LR et al. Manual de Reabilitação em Oncologia do ICESP. 1 ed. São Paulo: Manole; 2014, v. 1, p. 3-12.
9. Silver JK, Baima J, Mayer S. Impairment-Driven Cancer Rehabilitation: An Essential Component of Quality Care and Survivorship. *CA Cancer J Clin* 2013; 63(5): 295-317.
10. Sabers SR, Kokal JE, Girardi JC, Philpott CL, Basford JR, Therneau TM, et al. Evaluation of Consultation-Based Rehabilitation for Hospitalized Cancer Patients With Functional Impairment. *Mayo Clin Proc* 1999; 74(9): 855-86.
11. Battistella LR, Brito CMM. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiatr* 2002; 9(2): 98-101.
12. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 187-93.
13. Riberto M, Miyazaki M H, Jucá S S H, Sakamoto H, Pinto P P N, Battistella LR. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr* 2004; 11(2): 72-6.
14. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Rev Bras Reumatol* 1999; 39(3): 143-50.
15. Franceschini J, Santos AA, El Moullem I, Jamnik S, Uehara C, Fernandes AL, et al. Assessment of the quality of life of patients with lung cancer using the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey. *J Bras Pneumol* 2008; 34(6): 387-93.
16. Luckett T, King MT, Butow PN, Oguchi M, Rankin N, Price MA, Hackl NA, Heading G. Choosing between the EORTC QLQ-C30 and FACT-G for measuring health-related quality of life in cancer clinical research: issues, evidence and recommendations. *Ann Oncol* 2011; 22(10): 2179-90.
17. Pais-Ribeiro J, Pinto C., Santos C.. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *PsicSaúde & Doenças* 2008; 9(1): 89-102.
18. Franceschini J, Jardim JR, Fernandes AL, Jamnik S, Santoro IL. Reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire used in conjunction with its lung cancer-specific module. *J Bras Pneumol* 2010; 36(5): 595-602.
19. Mota DDCF, Pimenta CAM, Piper BF. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. *Support Care Cancer* 2009; 17(6): 645-52.
20. Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Aug 15; 8: CD008465. doi: 10.1002/14651858.
21. Mishra SI, Scherer RW, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O, Gotay CC, Snyder C. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Aug 15; 8: CD007566. doi: 10.1002/14651858.
22. Almeida EMP, Andrade RG, Cecatto RB, Brito CMM, Camargo FP, Yamaguti W, Battistella LR. Exercise for oncological patients: rehabilitation. *Acta Fisiatr* 2012, v. 19, p. 82-89.
23. Brito CMM, Cecatto R, Velar CM, Andrade LCTO, Lourenção MIP, Santos PP, Leite VD. Tratamento do linfedema. In: Brito CMM, Battistella LR et al. Manual de Reabilitação em Oncologia do ICESP. 1 ed. São Paulo: Manole; 2014, v. 1, p. 415-425.
24. Bazan M, Pinto C, Cavicchio L, Brito CMM. Fluxo de atendimento fisioterapêutico nas unidades de internação e planejamento do cuidado baseado em complexidade. In: Brito CMM, Battistella LR et al. Manual de Reabilitação em Oncologia do ICESP. 1 ed. São Paulo: Manole; 2014, v. 1, p. 51-54.
25. Senise AT, Afonso CA, Patti GL, Uchiyama LY, Tonini PC, Gallinucci RCJ, Brandão TB, Kulcsar MAV, Brito CMM. Intervenções de reabilitação para pacientes com câncer de cabeça e pescoço. In: Brito CMM, Battistella LR et al. Manual de Reabilitação em Oncologia do ICESP. 1 ed. São Paulo: Manole; 2014, v. 1, p. 383-414.
26. Brito CMM, Camargo FP, Tonini P, Battistella LR. Reabilitação após Cirurgia de Cabeça e Pescoço. In: Hoff PMG, Katz A, Chammass R, Odone Filho V, Novis YS. Tratado de Oncologia. 1 ed. São Paulo: Atheneu; 2013, v. 2, p. 1519-1530.
27. Tavares AC, Levites ADD, Silva CS, Costas LRT, Santos ME, Bazan M, Brito CMM. Mobilização precoce de pacientes internados. In: Brito CMM, Battistella LR et al. Manual de Reabilitação em Oncologia do ICESP. 1 ed. São Paulo: Manole; 2014, v. 1, p. 274-289.
28. Stampas A, Smith RG, Savodnik A, Fox K. Hematologic Complications of Cancer. In: Stubblefield MD, O'Dell MW. Cancer rehabilitation – Principles and practice. New York: Demos Medical; 2009, p. 393-403.
29. O' Toole GC, Boland PJ, Herklotz M. Bone metastasis. In: Stubblefield M (ed.). Cancer rehabilitation. Principles and practice. New York: Demos Medical; 2009. p. 773-782.
30. da Silva AM, Sousa AM, Vasconcelos KGMC, Almeida LAA, Correia LFM, Andrade LCTO et al. Cuidados e intervenções em pacientes com metástase óssea. In: Brito CMM, Battistella LR et al. Manual de Reabilitação em Oncologia do ICESP. 1 ed. São Paulo: Manole; 2014, v. 1, p. 647-680.
31. Bunting R. Rehabilitation of cancer patients with skeletal metastases. *Clin Orthop Relat Res* 1995; 312: 197-200.
32. Mirels H. Metastatic disease in long bones: a proposed scoring system for diagnosing impending pathologic fractures. *Clin Orthop Relat Res*. 1989; 249: 256-64.
33. Fisher CG, DiPaola CP, Ryken TC, Bilsky MH, Shaffrey CI, Berven SH, et al. A novel classification system for spinal instability in neoplastic disease: an evidence-based approach and expert consensus from the Spine Oncology Study Group. *Spine* 2010; 35(22): E1221-9.



Daniel Kitner

Geriatra titulado pela SBGG; mestre em saúde do adulto e do idoso; chefe do Ambulatório de Geriatria do HC-UFPE

Marcelo Azevedo Cabral

Geriatra titulado pela SBGG; mestre em medicina interna

Contato daniel.kitner@clinicaqualivida.com.br

Avaliação nutricional no idoso – visão do geriatra

TAKE HOME MESSAGE

- O idoso é particularmente vulnerável, por múltiplas razões, ao risco nutricional e à desnutrição.
- Reconhecer indivíduos em risco requer treinamento e método. A aplicação de ferramentas para triagem e avaliação nutricional, juntamente a uma anamnese qualificada, é a base para um diagnóstico preciso.
- A melhor intervenção nutricional será sempre aquela em que a dieta prescrita, por si, possibilita atingir as necessidades nutricionais previstas.

Introdução

O estado nutricional expressa o grau em que as necessidades fisiológicas de nutrientes estão sendo alcançadas para manter a composição e as funções adequadas do organismo, resultado do equilíbrio entre a ingestão e as necessidades nutricionais.

O envelhecimento normal está associado a mudanças na composição corporal. Assim, as necessidades nutricionais no adulto jovem não podem ser generalizadas para o idoso, uma vez que o processo de envelhecimento acarreta alterações estruturais, de motilidade e na função secretória em cada segmento do trato digestório. Essas alterações repercutem na ingestão e na absorção dos nutrientes, afetando múltiplos órgãos e levando a um declínio funcional. Estudos epidemiológicos indicam que a desnutrição reduz significativamente o tempo de vida, especialmente entre os homens idosos.

A ingestão calórica se reduz após os 60 anos, o que aumenta o risco de desnutrição. Estima-se que os indivíduos com mais de 70 anos tenham ingestão média diária de 900 kcal (homens) e

400 kcal (mulheres) a menos do que aqueles entre 20 e 39 anos.

Entre as modificações na composição corporal do indivíduo idoso, a diminuição da massa muscular é a de maior importância clínica e funcional. A perda da massa e da função muscular, definida como sarcopenia, está associada com a diminuição da funcionalidade e sobrevida. Dependendo da definição utilizada, a prevalência da sarcopenia pode variar de 5% a 50% entre os idosos.

Estima-se que, como parte do processo de envelhecimento, sejam perdidos 8% da massa muscular apendicular por década, dos 40 aos 70 anos. Num cenário ainda mais dramático, a perda que se segue é estimada em 15% por década, a partir dos 70 anos.

Uma vez que o segmento populacional dos idosos vem crescendo exponencialmente e, em paralelo, as doenças crônico-degenerativas, a prevalência de desnutrição no paciente geriátrico avança igualmente. As alterações nutricionais podem contribuir para o surgimento de doenças agudas ou para a exacerbação de doenças crônicas, dificultando o processo de

recuperação. Estima-se que a desnutrição acometa até 10% dos idosos saudáveis. Já entre os institucionalizados, a prevalência pode chegar a 60%.

Avaliação nutricional

A avaliação do estado nutricional é importante para o diagnóstico da desnutrição, principalmente nas fases iniciais ou ainda quando há dúvida na interpretação de dados subjetivos. Parâmetros como história clínica, exame físico, dados antropométricos e laboratoriais são a base para uma boa avaliação nutricional.

Em toda prática clínica, obter a anamnese tem um papel fundamental. Do ponto de vista nutricional, alguns aspectos são particularmente relevantes:

- **Peso:** medidas seriadas do peso corporal oferecem uma maneira simples para a avaliação nutricional. Em idosos frágeis, a obtenção do peso corporal pode ser um desafio. O uso de camas especiais pode ser necessário para esses pacientes, que podem não ficar na posição vertical ou não apresentam o equilíbrio necessário em posição supina. Baixo peso corporal é definido como peso menor do que 80% do recomendado. Estudos sugerem que a perda de peso não intencional é preditivo de mortalidade entre os idosos. A perda de peso é considerada significativa quando maior que 2% em relação ao peso basal em um período de 1 mês, ou maior que 5% em 3 meses, ou maior que 10% em 6 meses.

- **Alteração do padrão alimentar:** deve ser avaliada quanto à duração e ao tipo (qualitativa ou quantitativa) de consumo de alimentos. Entre os métodos utilizados para a avaliação da ingestão alimentar, destaca-se o recordatório alimentar nas últimas 24 horas e o registro diário da ingestão alimentar. Deve-se procurar detectar a presença de disfagia e alterações cognitivas nesses pacientes.

- **Presença de sintomas gastrointestinais:** anorexia, náuseas, vômitos e diarreia são considerados importantes.

Entre os parâmetros antropométricos, os mais utilizados são altura, peso, índice de massa corporal, circunferência muscular e prega cutânea. O índice de massa corporal (IMC) foi criado por Quelet há mais de três décadas. Apesar de amplamente utilizado para avaliar o estado nutricional, apresenta restrições quando aplicado em idosos. A confiabilidade do IMC nos idosos é questionada, pois a altura não pode ser aferida em condições ideais. Para minimizar a dificuldade de avaliar a altura nos pacientes restritos ao leito ou naqueles com deformidades na coluna vertebral, pode-se utilizar a medida do comprimento da perna (altura dos joelhos). Apesar de suas restrições, o IMC tem sido associado com o aumento na mor-

bimortalidade. A curva da morbimortalidade é identificada como um “U”, assimétrico, com o menor risco observado na parte horizontal, com IMC entre 20-30 Kg/m². Os valores de IMC sugeridos para o diagnóstico nutricional nos idosos, ressaltando-se as limitações do método, são: baixo peso para IMC inferior a 22 Kg/m², eutrofia para IMC entre 22 e 27 Kg/m²; e sobrepeso para IMC superior a 27 Kg/m².

Diante das controvérsias relativas à avaliação do IMC, alguns autores têm sugerido outras medidas antropométricas para descrever a composição corporal e suas mudanças nos idosos. Entre elas, destacam-se a prega subescapular, a circunferência da panturrilha, braquial e a bioimpedância. A circunferência da panturrilha tem correlação com o IMC, sendo o ponto de corte usualmente considerado como 31 cm.

A avaliação laboratorial é usada para rastreamento da desnutrição, evolução do estado nutricional, diagnósticos específicos de deficiências nutricionais, monitorização da resposta à terapêutica médica e nutricional e estimativa do risco de morbidade e mortalidade. No entanto, alguns indicadores bioquímicos, incluindo albumina, transtiretina, transferrina, hemoglobina, hematócrito, linfócitos totais e colesterol, podem ser influenciados por doenças, uso de fármacos e estresse. Os níveis séricos da albumina são um bom índice de prognóstico para o risco de mortalidade, porque são correlacionados com a gravidade da doença. Contudo, não são sensíveis nem específicos para a detecção de desnutrição ou resposta à terapêutica nutricional. Também a capacidade física reduzida prejudica a concentração de albumina sérica, mesmo em idosos bem nutridos. A utilização de níveis menores do que 3,5g/dL de albumina sérica como marcador de desnutrição em idosos, aliada a uma baixa atividade diária, pode levar a um diagnóstico de desnutrição sobrestimado. A albumina apresenta uma limitação decorrente da meia-vida prolongada (18 a 20 dias), interferindo na detecção de alterações agudas do estado nutricional. Por outro lado, a transtiretina, proteína transportadora da tiroxina, é um marcador mais sensível para o déficit de proteínas e calorias, sendo mais receptivo à terapêutica nutricional. No entanto, é afetada também pela doença renal e por doenças hepáticas. A transferrina apresenta limitações quanto a sensibilidade e especificidade em relação à identificação de desnutrição, porém sua síntese é inversamente correlacionada com as reservas corporais de ferro. Todos os marcadores bioquímicos referentes ao estado nutricional foram questionados pela sua confiabilidade e nenhuma medida deve ser considerada independentemente como um marcador nutricional adequado.

Diversas ferramentas foram desenvolvidas para identificar idosos sob risco nutricional ou desnutridos. Entre elas, desta-

cam-se a Miniavaliação Nutricional (MAN) e o Nutritional Risk Screening (NRS2002) (Figura 1). O MAN consiste em uma avaliação global e subjetiva, rápida e simples, com questões sobre dieta e avaliações antropométricas. É considerado um bom avaliador do estado nutricional, com sensibilidade e especificidade de 96% e 98%, respectivamente. De acordo com a pontuação, os idosos podem ser classificados em eutróficos (MAN= 24), sob risco nutricional (IMC 17 e 23,5) e desnutridos (<17).

O NRS 2002 é recomendado pela European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) e detecta a desnutrição ou risco de desenvolvê-la, particularmente durante o internamento hospitalar. Ele classifica os doentes internados segundo a deterioração do estado nutricional e a gravidade da doença, podendo defini-las como normal, ligeira, moderada ou grave, com um total de 6 pontos. Se a idade for superior a 70 anos, adiciona-se mais um valor à pontuação final. Um doente com uma pontuação igual ou superior a 3 é considerado em risco nutricional ou desnutrido. O NRS-2002 desempenha o papel de toda a ferramenta de rastreio nutricional, tendo como diferencial a idade do doente, e inclui todos os pacientes clínicos, cirúrgicos e os demais presentes no âmbito hospitalar. Não discrimina doentes e abrange todas as condições de morbididade. Pode ser aplicado a todos os pacientes adultos, independentemente da doença e da idade. Por não excluir grupos específicos, esse método pode ser considerado o mais recomendado.

Suplementos Nutricionais Oraís (SNO) – conceito e indicações

Os SNO são produtos necessariamente industrializados, formulados de forma balanceada com macro e micronutrientes, além de outras substâncias importantes para a saúde. Já os polivitamínicos, frequentemente confundidos com SNO, são apenas compostos industrializados com múltiplos micronutrientes.

O uso de SNO é indicado quando o indivíduo não consegue atingir os requerimentos calórico-proteicos adequados mesmo com uma dieta equilibrada e bem distribuída ao longo do dia.

Embora usualmente os SNO sejam prescritos para idosos já desnutridos, torna-se fundamental identificar aqueles indivíduos que estejam em risco nutricional. Ao identificar o idoso no estado pré-desnutrição, aumenta-se sobremaneira a possibilidade de se proceder de forma bem-sucedida à intervenção nutricional.

Suplementar significa complementar algo. Assim, os suplementos nutricionais orais em geral não se prestam a substituir refeições principais. Os SNO devem ser prescritos, idealmente, nos intervalos entre as principais refeições. Se a decisão for usar um suplemento apenas uma vez ao dia, o melhor momento será o lanche da tarde.

A utilização dos SNO não deve ser restrita apenas ao ambiente domiciliar. Existem evidências crescentes sugerindo

que o uso apropriado da suplementação pode beneficiar o paciente com melhoras clínicas e funcionais e, ainda, reduzir custos hospitalares.

Os estudos apontam benefícios dos suplementos em idosos acometidos por grande diversidade de morbidades, incluindo doença renal crônica, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, fratura da bacia e cirurgia gastrointestinal. Os benefícios incluem redução significativa da mortalidade e de complicações (como infecção ou úlcera de pressão), particularmente em pacientes graves idosos. Independentemente do grupo de pacientes, os SNO consistentemente melhoram a ingestão nutricional e, como consequência, aumentam o peso corporal.

A maior parte dos SNO disponíveis no mercado apresenta densidade calórica de 1,0 kcal/ml, com a aquisição de 200-250 kcal por dose ingerida. Habitualmente são prescritas uma ou duas doses por dia. Uma das doses deverá ser prescrita entre o almoço e o jantar. A outra dose poderá ser feita no lanche da manhã ou cerca de duas horas após o jantar.

Um desafio tão grande quanto atingir a cota calórica adequada no idoso, de forma saudável com dieta e suplementos, é a busca pela correta ingestão de proteínas. As proteínas de melhor qualidade são aquelas de fonte animal. Recentemente, em virtude de estudos mal desenhados e não replicados, desenhou-se o mito de que o idoso não poderia ingerir quantidades superiores a 1-1,2g/kg/dia de proteínas. Atualmente, com a avalanche de conhecimento dos últimos anos, sabe-se que a maioria dos indivíduos idosos precisa de 1,2 a 1,5g/kg/dia de ingestão proteica. Apenas pacientes em condição de dano renal marcante terão suas ingestões reduzidas, chegando-se à indicação de 0,8g/kg/dia em situações excepcionais.

Os dados atuais reforçam, por hora, a ideia de que a cota proteica total deve ser distribuída ao longo do dia, com ingestão não superior a 30 g por refeição.

A recuperação nutricional de idosos em risco nutricional, ou desnutridos, requer, além do adequado aporte calórico-proteico, a prática de atividade física regular. Os exercícios contrarresistência são particularmente úteis nesse mister. As evidências científicas apontam unidirecionalmente no sentido de que, sinergicamente, intervenção nutricional e atividade física são muito mais eficazes do que qualquer uma das intervenções isoladamente.

Mensagens finais

O idoso é particularmente vulnerável, por múltiplas razões, ao risco nutricional e à desnutrição. Reconhecer indivíduos em risco requer treinamento e método. A aplicação de ferramentas para triagem e avaliação nutricional, juntamente a uma anamnese qualificada, é a base para um diagnóstico preciso. A melhor intervenção nutricional será sempre aquela em que a dieta

prescrita, por si, possibilita atingir as necessidades nutricionais previstas. Os suplementos nutricionais orais deverão ser prescritos em caso de necessidade, respeitando-se os limites de

cada idoso, com ingestão longe das refeições principais. A atividade física é condição fundamental para a recuperação da sarcopenia, ao atuar sinergicamente à prescrição nutricional.

Triagem primária – SIM ou NÃO

O IMC é <20,5?
Houve perda de peso nos últimos 3 meses?
A ingestão dietética foi reduzida na última semana?
Criticamente doente (p.ex., terapia intensiva)?
Se a resposta a qualquer dessas perguntas foi SIM, prosseguir para a triagem final

Triagem secundária

ESTADO NUTRICIONAL COMPROMETIDO		SEVERIDADE DA DOENÇA (= AUMENTO DAS NECESSIDADES)	
Ausente Pontuação 0	Estado nutricional normal	Ausente Pontuação 0	Estado nutricional normal
Leve Pontuação 1	Perda de peso >5% em 3 meses ou ingestão de alimentos abaixo de 50%-75% das necessidades normais na semana anterior	Leve Pontuação 1	Fratura de quadril. Pacientes crônicos, em particular com complicações agudas: cirrose, DPOC. <i>Hemodiálise crônica, diabetes, oncologia.</i>
Moderada Pontuação 2	Perda de peso >5% em 2 meses ou IMC 18,5-20,5 + estado geral prejudicado ou ingestão de alimento de 25%-60% das necessidades normais na semana anterior	Moderada Pontuação 2	Cirurgia abdominal importante <i>acidente vascular cerebral, pneumonia severa, doença hematológica maligna.</i>
Severa Pontuação 3	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 estado geral prejudicado ou ingestão de alimento de 0%-25% das necessidades normais na semana anterior	Severa Pontuação 3	Trauma de crânio, transplante de medula óssea. <i>Pacientes de terapia intensiva (APACHE >10).</i>

TOTAL = pontuação estado nutricional + pontuação severidade da doença + 1 ponto se idade ≥70 anos

Pontuação ≥3: o paciente está nutricionalmente em risco e um plano de cuidado nutricional é iniciado

Pontuação <3: retriagem semanal do paciente; p.ex., se ele tem uma cirurgia importante marcada, um plano de cuidado nutricional preventivo é considerado para evitar o estado de risco associado

Figura 1 Triagem de risco nutricional 2002 (NRS-2002)

Referências bibliográficas

1. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14:542-559.
2. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. Sarcopenia: European Consensus on Definition and Diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing.* 2010;39:412-423.

3. Dideriksen K, Reitelseder S, Holm L. Influence of amino acids, dietary protein, and physical activity on muscle mass development in humans. *Nutrients.* 2013;5:852-876.

4. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2012. Hyattsville, MD: Centers for Disease Control and Prevention; 2013. Available at www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus12.pdf#066.

Como avaliar e reabilitar a memória?

Por Gislaine Gil*

“Mãe tem 68 anos e repete várias vezes a mesma pergunta. Isso é normal?”

“Papai tem 70 anos. Ele perde objetos pessoais o tempo todo em casa e ainda troca os nomes dos familiares. Devo me preocupar?”

Há uma tendência de queixas como essas mencionadas acima serem explicadas por alguns profissionais da saúde como o simples fato de a pessoa estar envelhecendo. No entanto, considerá-las representativas do funcionamento cognitivo normal traz implicações sérias, pois podemos estar diante de um quadro inicial de Alzheimer, uma seqüela de AVC ou outro problema. E, mesmo se fosse pelo simples fato de estar envelhecendo, a pessoa não deveria ter a chance de optar por reabilitar a queixa?

É nesses dois momentos que a neuropsicologia, ciência que estuda a relação cérebro-comportamento, entra em ação, auxiliando no diagnóstico diferencial (queixas de memória normal ou patológica ao envelhecimento) e planejando um programa de reabilitação cognitiva.

No auxílio ao diagnóstico, sua ferramenta é a avaliação neuropsicológica. Por meio de testes e escalas, ela mensura e descreve os prejuízos cognitivos e identifica as funções intactas. Entre as funções cognitivas avaliadas estão os domínios da memória, funções executivas, linguagem e habilidade visual e espacial. Mudanças de comportamento são investigadas com um bom informante que responde às perguntas relacionadas à vida cotidiana do paciente, através de escalas que comparam o desempenho atual da pessoa com o desempenho de dez anos atrás. Dessa forma, o especialista consegue entender como a pessoa organiza suas finanças atualmente e como era uma década antes, por exemplo.

Em sua discussão, a avaliação elucida as manifestações comportamentais: por que a pessoa não presta atenção quando muitas pessoas falam com ela ao mesmo tempo; por que lembra que conhece alguém mas não sabe de onde; por que fica irritada

quando alguém muda seus pertences de lugar; ou por que tem de fazer somente uma atividade por vez, por exemplo.

A conclusão neuropsicológica permite responder ao médico se os sintomas cognitivos são decorrentes de um quadro de depressão ou demência, se o paciente precisará ser interdito ou não, e o período para reavaliação, caso a pessoa tenha um transtorno neurocognitivo leve. Também será possível informar à família se o paciente voltará a dirigir, a sair de casa sozinho, a manejar seu dinheiro, bem como orientar o que fazer quando o paciente pergunta várias vezes a mesma coisa ou quando uma palavra está na ponta da língua.

Nas recomendações finais, a questão da revelação do diagnóstico ao paciente também deve ser incluída e discutida. Nas últimas décadas tem ocorrido uma mudança significativa sobre a revelação do diagnóstico nos casos de doenças degenerativas: algumas instituições médicas orientam a revelação diagnóstica sempre que possível, enquanto outras relatam que a revelação teria um impacto negativo na vida do paciente. Portanto, a melhor prática tende a variar, mostrando a necessidade de reavaliação periódica da conduta, em um processo dinâmico que deverá se modificar devido ao impacto de novos tratamentos. Individualizar a conduta parece ser a melhor estratégia no estágio atual dos conhecimentos, e a avaliação permitirá direcioná-la.

Na terapêutica das queixas de memória há a reabilitação cognitiva, que procura otimizar o aproveitamento das funções total ou parcialmente preservadas detectadas na avaliação neuropsicológica de pessoas em processo demencial. Isso acontece por meio do ensino de “estratégias compensatórias, aquisição de novas habilidades e adaptação às perdas permanentes”. Também será realizada uma avaliação comportamental e ambiental para identificar e tratar as alterações de conduta e emocionais, melhorando a qualidade de vida do paciente e dos familiares.

De tempos em tempos ocorrerá a reavaliação da eficácia do plano de tratamento. Assim, ele poderá ser modificado ou alterado em resposta a novos comportamentos, mesmo se esses

forem decorrentes da deterioração causada pela demência. Afinal, a pessoa é o foco do processo.

Como disse Alice no filme *Para Sempre Alice* [filme baseado no livro homônimo da neurocientista Lisa Genova sobre a professora Alice Howland]: “Por favor, não olhem para o nosso Alzheimer e nos descartem. Olhem-nos nos olhos, falem diretamente conosco. Não entrem em pânico nem encarem nossos erros como uma ofensa pessoal, porque nós erraremos. Vamos nos repetir, pôr coisas nos lugares errados e nos perder. Esqueceremos o seu nome e o que vocês disseram há dois minutos. E também tentaremos ao máximo compensar e superar nossas perdas cognitivas. Eu os incentivo a nos capacitarem, não a nos limitarem”.

Quando a queixa de memória é subjetiva, ou seja, quando a pessoa tem uma percepção negativa sobre o atual funcionamento de sua memória, também há o que recomendar. Nesse caso, o programa de estimulação cognitiva em grupo seria uma proposta terapêutica capaz de promover a saúde cerebral, contribuindo para o aumento da densidade sináptica e da plasticidade cerebral, pois promove novas aprendizagens e o desenvolvimento de novas estratégias cognitivas. As melhorias ocorridas após a participação nos programas de estimulação são mantidas ao longo do tempo por períodos que variam de seis meses a cinco anos após o início da intervenção.

Nos últimos anos vem sendo discutida a necessidade de novas propostas de estimulação cognitiva, devido à intensidade da transição demográfica, que exige, num curto espaço de tempo, reconfigurações de modelos de promoção de saúde que abranjam o maior número de pessoas, convívio de pessoas de diferentes faixas etárias que se inter-relacionam e redução de custos.

A importância de grupos intergeracionais foi observada no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, estabelecido na Conferência de Madri em seu artigo 16. Nesse plano, a Organização das Nações Unidas reconheceu a relevância de fortalecer a solidariedade entre as gerações e as ações intergeracionais, destacando as exigências particulares dos mais velhos e dos mais jovens. É pertinente ressaltar que o estímulo dos idosos ao convívio social e o combate ao preconceito em relação a essas pessoas são cruciais para mudar a percepção social da velhice como período de invalidez e incapacidades. É fundamental a valorização da convivência entre várias faixas etárias e delas com os diversos profissionais da saúde.

Atualmente, esse tipo de programa intergeracional de estimulação cognitiva já vem sendo desenvolvido no Brasil, apli-

cado em um grupo de pessoas acima de 40 anos de idade e com resultado positivo. Entre os impactos estão a melhora no funcionamento da atenção e da memória, além da diminuição de sintomas depressivos e ansiosos. Foram observados maior ganho na aprendizagem entre idosos e redução de sintomas depressivos e ansiosos entre adultos. Dessa forma, são promovidas práticas de estimulação cerebral, fortalecendo vínculos afetivos, criando sentimento de cooperação mútua e de pertencimento entre seus pares, independentemente da idade.

Do diagnóstico ao tratamento, a ciência neuropsicológica busca a capacitação das potencialidades do ser que envelhece, associada às particularidades da ciência gerontológica.

* **Gislaine Gil** Neuropsicóloga pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; mestre em gerontologia social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; membro da diretoria da SBGG seção São Paulo; fundadora do Vigilantes da Memória.

Referências bibliográficas

1. Lezak, MD; Howieson, DP; Bigler, ED; Tranel, D. *Neuropsychological Assessment - Fifth edition*. Oxford University Press, Oxford, 2012.
2. Prigatano, G.P. *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford University Press, Oxford, 1999.
3. Frota, NAF; Nitrini, R; Damasceno, BP; Forlenza, O; Dias-Tosta, E; Silva, AB; Herrera Junior, E; Magaldi, RM. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. *Dementia e Neuropsychologia*, Vol. 5 supl.1 n° 0, 2011.
4. Gil, G; Busse, A.L. *Ensinar a lembrar: guia prático para ajudar a reconhecer e melhorar problemas de memória*. São Paulo, Casa Leitura Médica, 2013.
5. Genova L. *Para Sempre Alice*. São Paulo, Editora Nova Fronteira, 2015.
6. La Rue A. Healthy brain aging: role of cognitive reserve, cognitive stimulation and cognitive brain function and prevent dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2010; (26): 99-111.
7. Willis SL, et.al. Longterm effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *Journal the American Medical Association*, 2006; (23): 2805-2814.
8. O.N.U. *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento*. Madri, 2002.
9. Gil G, Busse AL, Shoji FT, Martinelli PD e Mercadante EF. Efeitos de um programa de estimulação cognitiva multidisciplinar intergeracional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14165>

Envelhecimento e a saúde no Brasil: para onde vamos?

Em julho de 2015, o jornal *O Estado de São Paulo* trouxe a seguinte notícia: “O envelhecimento da população explica a escalada dos números: um adulto entre 30 e 50 anos representa despesa médica anual de R\$ 2,5 mil; aos 75 anos, a conta vai a R\$ 9 mil. Entre 1950 e 2010, a população de idosos saltou de 2,4% para 7,4%”.

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem motivando a sociedade, de forma geral, a rever seus atuais modelos. Hoje, ele é causador de um grande desconforto, uma vez que revisões nas áreas legais, econômicas, sociais, de saúde e de mobilidade precisam ser feitas para atender às demandas futuras da população mundial, que chegará a 30% de pessoas com mais de 60 anos em 2050.

Um grande esforço vem sendo feito para a promoção do envelhecimento ativo. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBG) coloca o conceito e os fundamentos do envelhecimento ativo como: “Se quisermos que o envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. A Organização Mundial da Saúde adotou o termo ‘envelhecimento ativo’ para expressar o processo de conquista dessa visão”¹.

Seguindo essa linha, a frequência com que os indivíduos buscam os serviços de saúde expressa essencialmente o desejo por melhores condições de vida. Essa regularidade é altamente impactada pelo envelhecimento populacional. O IBGE prevê cerca de 30 milhões de idosos no Brasil em 2020, número que estará próximo de 64 milhões em 2050, ou seja, três vezes os 21 milhões de idosos existentes hoje no país.

É neste cenário que se apresenta o grande desafio de desenvolver alternativas para o atendimento dessa população, tanto no sistema público como no sistema de saúde suplementar.

Dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar mostram que em 2011 os idosos já representavam 11,2% da população com plano de saúde, contra 10% da população total. Com isso, o envelhecimento populacional entre 2010 e 2050 se torna o principal fator que influencia o crescimento dos gastos assistenciais projetados.

No estudo publicado em 2013², dois cenários foram traçados somando cerca de 500 mil beneficiários de planos de saúde individuais de abrangência nacional e planos de auto-gestão de abrangência estadual. Observou-se que o aumento da representatividade dos idosos tem impacto direto sobre a composição dos gastos totais, conforme tabela a seguir:



Tabela 1 Contribuição do gasto das faixas etárias selecionadas para o gasto assistencial total, Cenário I

Enfrentando as projeções, duas questões de acordo com Cechin precisam ser enfrentadas: (i) como fazer para manter o aumento de custo em nível suportável e (ii) como financiar esse custo crescente. Essas questões dizem respeito não só à saúde suplementar, mas também ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente é utilizado o financiamento intergeracional, em que os jovens (população com menor risco de sinistralidade) financiam os idosos (com maior risco de sinistralidade). Uma alternativa para esse modelo seria a formação de reservas, na qual o indivíduo constituiria uma reserva capitalizada ao longo da vida para utilizar no financiamento da saúde ou do seu plano de saúde na velhice. Com esse sistema, passaríamos do conceito de subsídio intergeracional para transferência intertemporal – ao acumular recursos na conta individual capitalizada, a pessoa estaria transferindo recursos próprios recebidos enquanto jovem para si mesmo quando idoso.

Esse produto é categorizado dentro do Plano Orientado para o Consumidor, mais especificamente como Previdência-Saúde. Esses modelos já são utilizados em outros países no mundo, como nos Estados Unidos, onde são chamados de health savings accounts (HSA). Nesse conceito, o usuário passa também a fazer a gestão de seus recursos, procurando locais mais baratos mas sem perda da qualidade para realizar seus procedimentos e até mesmo discutindo com os médicos sua real necessidade.

Diante da realidade em nosso país, essa questão vem ganhando cada vez mais espaço. Em meados de agosto, o projeto “O Brasil que o Brasil quer” realizou na Casa do Saber, em São Paulo, um evento para discussão sobre acesso a saúde, com o tema “A saúde carece de gestão”. Patrocinado pelo Estadão Projetos Especiais, com apoio da Siemens, o evento reuniu especialistas do setor, que debateram o tema, destacando forma de financiamento, gestão e utilização da tecnologia como os caminhos essenciais para a sustentabilidade do sistema. A questão do envelhecimento populacional foi novamente central na discussão.

A sociedade brasileira caminha hoje para a conscientização da utilização de seus recursos, sejam eles naturais, sejam eles financeiros. Precisamos aproveitar este momento único em nossa história também para pensarmos em um problema que não está estampado no jornais de hoje, como a crise hídrica ou as denúncias de corrupção. No entanto, ele em breve se tornará

manchete caso não sejam discutidas soluções hoje. Experimentaremos, a exemplo da crise hídrica, o colapso do sistema de saúde e, mais uma vez, nos sentiremos ludibriados, roubados, bobos da corte.

O problema está anunciado. É nossa responsabilidade como profissionais de saúde, instituições privadas, governo e sociedade de forma geral, colocar a reforma do sistema de saúde suplementar como agenda urgente.

Denise Morante Mazzaferro

Mestre em gerontologia social pela PUC, pós-graduada em marketing pela ESPM, graduada em administração de empresas pela FEA-USP; sócia da Angatu IDH.

Referências bibliográficas

1. <http://sbgg.org.br/espaco-cuidador/envelhecimento-ativo/>
2. “Atualização das projeções de gastos com saúde divulgados no relatório: Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro” http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=3&all=true
3. Cechin, José - A História e os Desafios da Saúde Suplementar: 10 anos de Regulação. Editora Saraiva, 2008

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Aproximando o profissional clínico
da geriatria e da gerontologia

Todo o conteúdo da *Aptare*
e outras novidades do universo do
envelhecimento estão disponíveis no site:
www.dinamoeditora.com.br



ENVELHECIMENTO NA MIRA DA OMS



A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, por ocasião do Dia Mundial do Idoso, o Relatório Mundial de Envelhecimento. O documento apresenta conceitos e novas formas para um envelhecimento saudável, além de recomendar mudanças na maneira de formular políticas em saúde e prestar serviços de saúde às populações que estão envelhecendo. O relatório também baseia suas recomendações na análise das mais recentes evidências a respeito do processo de envelhecimento e observa muitas percepções e suposições comuns baseadas em estereótipos ultrapassados.

Segundo a publicação, o número de pessoas com mais de 60 anos será duas vezes maior em 2050, o que exigirá grandes mudanças sociais. A OMS contabiliza cerca de 900 milhões de idosos atualmente, ou cerca de 12,3% da população total. A expectativa é que, em 2050, essa fatia represente 21,5%, mais de um quinto do planeta (2 bilhões). Por isso, foram propostas três grandes mudanças: tornar os lugares onde vivemos em ambientes amigáveis para as pessoas mais velhas, realinhar sistemas de saúde às necessidades dos idosos, e desenvolver sistemas de cuidados de longo prazo que reduzam o uso inadequado dos serviços de saúde agudos, garantindo a dignidade nos últimos anos de vida.

NOVO ESPAÇO NO INTERIOR DE SP



Foi inaugurado em agosto o Conviva Day Care, um espaço criado para receber idosos que tenham algum comprometimento cognitivo ou já perderam parte de sua independência. Localizado em uma área verde de 5 mil m² em Indaiatuba (SP), o Conviva oferece atividades como oficina de memória, fisioterapia em grupo, musicoterapia, oficina de culinária, caminhada, horta, jardinagem e dança sênior.

“A proposta tem como foco aquele idoso que já não pode mais ficar sozinho em casa. As vantagens são inúmeras, uma vez que serão oferecidos diversos estímulos e atividades, melhorando a qualidade de vida, a autonomia e a independência do idoso, além de manter o vínculo familiar, pois ele continua morando em sua casa”, explica Adelaide Anzolin, diretora do espaço. Para mais informações: www.grupoconviva.com.

CONVERSAS FRANCAS



A Editora Manole lança em novembro o livro *Cuidados Paliativos – Conversas sobre a vida e a morte na saúde*, de autoria

do oncologista Ricardo Caponero e da psicóloga Vera Bifulco. Segundo o médico Pablo González Blasco, diretor científico da SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo, “quando hoje em dia falamos de comunicação na área da saúde, corre-se [o risco de] pensar que é possível adquirir esta habilidade seguindo protocolos, utilizando técnicas, palmilhando atalhos que, com presteza, nos transformem em comunicadores de excelência. Nada mais longe da verdade e da proposta que este livro nos traz”.

O livro aborda a comunicação e defende um diálogo franco com pacientes e familiares, que compreenda suas particularidades. É esse tipo de comunicação que “pode reparar essa separação entre o que se pode e o que se deve, colocando em seu lugar o melhor a ser feito”, diz a quarta capa da publicação.

O coquetel de lançamento acontecerá no dia 24 de novembro na Livraria da Vila do Shopping JK Iguatemi, em São Paulo, às 18h30.

PROTAGONISMO DO IDOSO NA VIRADA DA MATURIDADE



A primeira edição da Virada da Maturidade, entre 1 e 4 de outubro, mobilizou a cidade de São Paulo com iniciativas voltadas para o público idoso. Com o idoso como protagonista, o objetivo do evento foi destacar a qualidade de vida por meio da expressão das pessoas com mais de 60 anos, que tiveram oportunidade de mostrar seus talentos e produções como artistas, pensadores, poetas e atletas.

Estima-se que mais de 10 mil pessoas tenham participado da programação, que se dividiu em dois dias iniciais com palestras em universidades, instituições de saúde e museus de São Paulo. Os dois dias finais contaram com atividades sociais, físicas e culturais no Parque da Água Branca e no Museu Brasileiro da Escultura. Foram 145 ações em 19 locais de São Paulo.

“Conhecemos pessoas incríveis com histórias emocionantes. Fizemos um evento inspirador e saímos transformados com esta intensa experiência”, disse Fernanda Gouveia, idealizadora do evento.

LAB 60+: ENVELHECIMENTO 360º



Acontece entre 6 e 8 de novembro a 2ª edição do Lab 60+, um evento que reúne interessados nas questões do envelhecimento e da longevidade, sejam indivíduos, empresas, governantes ou organizações. A programação trará discussões sobre ressignificação da terceira idade através de desenvolvimento, arte e outros aspectos em encontros de diversos formatos, como rodas de discussão, oficinas de bem-estar, experiências com realidade virtual e festival de cinema. O Lab 60+ é uma realização da Via Gutenberg.

As inscrições são gratuitas e podem ser feitas pelo site: www.lab60mais.com.br.

O encontro do ano passado trouxe palestrantes das mais variadas áreas, entre eles Wellington Nogueira, criador do grupo Doutores da Alegria; Gabriel Martinez, diretor do documentário *Envelhescência*; e Fernando Bignardi, coordenador do Centro de Estudos do Envelhecimento do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

AMOR NA TERCEIRA IDADE



A revista *Aptare*, em parceria com o Centro de Referência do Idoso da Zona Norte (CRI Norte) e a consultoria Angatu IDH, promoveram nos dias 26 e 28 de outubro um cinedebate para discutir o amor e os relacionamentos na terceira idade.

O filme selecionado foi o documentário *A Idade e o Amor*, do diretor americano Steven Loring, que acompanha idosos entre 70 e 90 anos que participam de um evento de *speed dating* (encontros rápidos) em Nova York. O filme aborda a questão de relacionamentos, expectativas e recomeços na velhice. As exhibições foram seguidas de discussão com as psicólogas Isabella Quadros, da Angatu IDH, e Valmari Aranha, do serviço de geriatria do HCFMUSP.

O evento, gratuito, aconteceu no próprio CRI Norte, em São Paulo. Para ver fotos, acesse: www.dinamoeditora.com.br.

Investindo no ENVELHECIMENTO ATIVO

Foi em tom de celebração contida que o vereador Gilberto Natalini (PV-SP) deu início ao III Congresso Municipal sobre Envelhecimento Ativo – Cidade Amiga do Idoso. Realizado em 3 de outubro, apenas dois dias depois do Dia Mundial do Idoso, o congresso reuniu cerca de 1,5 mil pessoas na Câmara Municipal de São Paulo.

“Temos que comemorar o envelhecimento, mas comedidamente”, disse ele. “Ainda não envelhecemos com a qualidade de vida, o carinho e o apreço que merecemos”, disse. “Por isso, reunimos aqui especialistas, poder público e sociedade para discutir onde já chegamos e o que temos que fazer para o futuro. São Paulo tem muitos adversários do idoso. Precisamos avançar muito nas políticas públicas.”

A terceira edição do evento teve como tema principal a questão do financiamento tanto público quanto privado para ações de pessoas idosas, na forma de produtos, serviços, políticas e boas práticas.

Prêmio para as boas iniciativas

Para “valorizar, qualificar, estimular, disseminar e dar visibilidade a iniciativas inovadoras que contribuam para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas”, o III Congresso também ofereceu um prêmio para ações de impacto na terceira idade. Conheça a seguir os primeiros colocados no prêmio de 2015.

1º LUGAR

Tássia Chiarelli, criadora do projeto “Mulheres 50+ em Rede”

A iniciativa se apoia em três pontos principais: empreendedorismo feminino, capacitação digital e criação de uma rede colaborativa de mulheres acima de 50 anos.

Quando o projeto teve início e quantas mulheres já foram atingidas?

O projeto Mulheres 50+ em Rede tem como coordenação a OPA, empresa focada em ações criativas para o envelhecimento. Ele pôde ser estruturado e viabilizado devido à conquista da premiação Mulheres Tech em Sampa, no início de 2015. Essa premiação, oferecida pelo Google, pela Rede Mulher Empreendedora e pela Tech Sampa (política da Prefeitura

de São Paulo de apoio à inovação e startups), garantiu apoio financeiro, mentoring e divulgação.

Está em andamento o primeiro curso de capacitação digital e empreendedorismo feminino para mulheres a partir de 50 anos que tenham um negócio ativo. Para esse primeiro curso, foram contempladas 28 empresárias, aprovadas entre 70 candidatas num criterioso processo seletivo. Como esperado, tem-se percebido que o conteúdo discutido em aula está sendo compartilhado pelas alunas com seus sócios, colaboradores e também com outras Mulheres 50+, expandindo assim o conhecimento e criando possibilidades de cocriação.

Além disso, o projeto se preocupa em beneficiar mais mulheres 50+. Desse modo, há a comunicação por newsletter com uma lista de interessadas e também a geração de conteúdo pelo seu site (m50mais.com.br) e pelo canal OPA (www.opaportal.com.br). Totalizando as participantes do curso, sua rede de contatos, a comunicação por newsletter e a frequência do site neste segundo semestre, o projeto já teve mais de 2 mil interações.

As próximas ações do projeto visam expandir o número de mulheres impactadas por meio do oferecimento de conteúdos virtuais. Na sua plataforma, novas formas de relacionamento e capacitação estão previstas para uma participação mais integrada e dinâmica.

Como um projeto assim muda a “cara do envelhecimento”?

Um projeto nesse modelo busca valorizar o potencial das mulheres 50+. Muitas são empreendedoras há anos, exercem multifunções nos ambientes em que convivem, são criativas e talentosas, e frequentemente sustentam famílias inteiras com seu trabalho. O que falta? Reconhecimento, confiança, credibilidade e oportunidade. Nós buscamos mudar esse cenário desfavorável, com apoio em capacitação e criação de uma rede colaborativa 50+, para que elas tenham condições de realizar os seus sonhos e de se inserir no ambiente de trabalho. O projeto quer salientar que, além de intervenções assistencialistas, é necessário investir em ações que promovam o empoderamento das pessoas enquanto envelhecem.

Hoje o perfil dos idosos é muito heterogêneo. Então é preciso pensar em diferentes ações que estimulem o envelheci-

mento ativo, focando na real participação de pessoas mais velhas na sociedade, como também no mercado de trabalho.

O que representa receber um prêmio como esse conferido pela Câmara Municipal?

No começo do projeto foi necessário que uma premiação acreditasse em nosso propósito para que déssemos o primeiro passo. Ao longo da trajetória, ter mais uma premiação que, ao observar tudo o que foi construído até então, nos congratula com a primeira colocação demonstra que estamos no caminho certo. E, mais do que isso, estamos ganhando força, reconhecimento e motivação para buscar mais. A mensagem que fica sobre o projeto Mulheres 50+ em Rede ter sido mencionado e premiado na Câmara Municipal é a ideia de soma, pluralidade, inclusão e colaboração.

2º LUGAR

Lizmelry de Fátima Prudêncio Machado Pimentel, criadora do projeto "Contribuição do design para ambiência e qualidade de vida de idosos com vestibulopatias"

Com o envelhecimento surgem também doenças, como as vestibulopatias. Trata-se de distúrbios relacionados ao equilíbrio corporal, são comuns no envelhecimento e que podem limitar as atividades rotineiras, trazer maior risco de quedas e mudanças comportamentais, gerando a exclusão social do idoso. O projeto teve como objetivo aplicar conceitos do design para a ambiência e desenvolver um Caderno de Referência para elaboração de projetos de ambiência residencial focado na saúde e inclusão social de idosos com vestibulopatias.

De onde veio a ideia?

O projeto surgiu no Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social, da Universidade Anhanguera de São Paulo (UNIAN-SP), dentro do qual acabei de me titular como mestre. Eu sou designer de interiores e tive a orientação de Célia Aparecida Paulino, docente e orientadora do referido programa, e desde o princípio buscamos possibilidades de como o design poderia contribuir para a qualidade de vida dos idosos, haja vista que nossas atividades cotidianas acontecem, também, em espaços internos. Nossa ideia, desde o começo, era desenvolver um projeto que pudesse trazer melhoria nos ambientes para atender às necessidades provenientes do envelhecimento, em especial para os idosos com sintomas de doenças vestibulares. Idealizamos um projeto com abordagem integral da saúde, compreendendo o perfil físico, psíquico e social desse idoso. Para alcançarmos nosso objetivo, foram utilizados conhecimentos teóricos e práticos pertinentes

ao design, como aspectos ergonômicos, dimensionamentos e posturas, percepção e conforto ambiental.

A que se propõe o projeto e como ele pode ajudar na qualidade de vida dos idosos?

A proposta é a elaboração de um Caderno de Referência contendo informações sobre ambiência, envelhecimento e vestibulopatias, bem como diretrizes para projetos de ambiência residencial voltados a idosos com distúrbios do equilíbrio corporal. O conteúdo teórico do caderno foi desenvolvido com base na literatura científica específica, e o conteúdo prático por meio de ilustrações criadas em referência ao texto e que auxiliam, de forma objetiva e clara, a sua compreensão. O caderno é destinado a profissionais da área de engenharia, arquitetura e design, além de profissionais de saúde, familiares, cuidadores, os próprios idosos e outros interessados no assunto. Com isso, esperamos contribuir com soluções, que podem ser criadas e/ou adaptadas na elaboração de projetos de interiores residenciais, com vistas à saúde, qualidade de vida, autonomia, independência e inclusão social desses idosos. O Caderno de Referência está em fase de finalização editorial e em breve sua versão simplificada poderá ser acessada no site institucional do programa de mestrado: www.pgsskroton.com.br/anhanguera/programa.php?programa=15.

O que significa o prêmio no III Congresso Municipal sobre Envelhecimento Ativo?

Esse prêmio reforça a contribuição relevante do design para a ambiência mais apropriada para idosos, em especial aqueles que sofrem de doenças vestibulares, bem como enfatiza a importância da interdisciplinaridade na busca de soluções em saúde. É gratificante observar a iniciativa de um congresso que leva o conhecimento científico para a sociedade, aproximando a população e, sobretudo os idosos, das ações inovadoras em prol da sua saúde integral, qualidade de vida e inclusão social.



A segunda colocada, Lizmelry Pimentel (ao centro), recebe o prêmio do vereador Gilberto Natalini



Usina de ideias

Conheça o pioneiro trabalho do International Longevity Centre – Brazil

O X Fórum da Longevidade Bradesco Seguros e o III Fórum Internacional de Longevidade, realizados entre 20 e 22 de outubro, novamente marcaram o mês do idoso com discussões pioneiras sobre o envelhecimento no Brasil e no mundo.

Para falar sobre o tema “Inspirando um mundo melhor para todas as idades”, o X Fórum Bradesco, que aconteceu em São Paulo, reuniu especialistas internacionais, como a antropóloga americana Ruth Finkelstein, professora da Universidade de Colúmbia e coordenadora do programa Cidade Amiga do Idoso em 2012, e Michael Hodin, ex-executivo sênior da Pfizer que ganhou destaque por seu blog “Age and Reason” no site The Huffington Post.

Já o III Fórum Internacional de Longevidade, organizado no Rio de Janeiro, foi uma expansão das discussões iniciadas no primeiro dia, com uma perspectiva internacional. Com o tema “Iniciativas amigas do idoso”, representantes de organizações da iniciativa privada, universidades, governos, órgãos internacionais, ONGs, institutos de pesquisa e associações de vários países se engajaram em ricas discussões sobre ações inovadoras para garantir o envelhecimento ativo e com qualidade de idosos no mundo todo.

Novas ideias e formas de pensar

Os dois eventos, já considerados marcos no calendário brasileiro da longevidade, são apenas uma mostra do trabalho do International Longevity Centre – Brazil. Fundada no Rio de Janeiro em 2012 sob a batuta do médico e gerontólogo Alexandre Kalache, a instituição é a única nesses moldes no Brasil: um *think tank* independente, cuja missão é divulgar ideias e políticas para abordar o envelhecimento populacional com base em pesquisas e práticas internacionais, tendo sempre como fio condutor o envelhecimento ativo.

“O principal papel do ILC-Brazil é pegar o conhecimento que já existe, centrifugar e propor novas ideias e formas de pensar”, diz Kalache. “Na sua concepção, o ILC foi criado muito mais como uma usina de ideias para formular propostas de políticas do que como uma instituição acadêmica de investigação. Nosso objetivo é identificar temas que sejam importantes e, como órgão pensante, influenciar decisões que são

tomadas para melhorar essas questões.”

Com isso em vista, o ILC se envolve em ações variadas, desde seminários e palestras até projetos setoriais. Em 2013, o projeto “Cultura de Cuidado – Além da Prevenção e Tratamento”, por exemplo, se propôs a mobilizar uma cultura de cuidado através de iniciativas como seminários sobre modelos nacionais e internacionais de cuidado. Em 2014, o II Fórum Internacional da Longevidade deu origem à “Carta sobre Gênero e Envelhecimento”, que abordava as questões que cercam o gênero e a terceira idade e trazia sugestões de soluções. A carta foi enviada aos principais órgãos e organizações nacionais e internacionais.

O ILC-Brazil faz parte de um consórcio internacional, conhecido como Aliança Global, com status consultivo na ONU que hoje tem 17 membros: Argentina, Austrália, Canadá, China, República Tcheca, República Dominicana, França, Alemanha, Índia, Israel, Japão, Países Baixos, Singapura, África do Sul, Reino Unido e Estados Unidos, além do Brasil. “A troca de figurinhas é constante. Os capítulos trabalham de maneira colaborativa, mas cada um mantém sua individualidade e tem autonomia para decidir o que fazer”, explica Kalache.

Um exemplo desse formato de trabalho é o relatório *Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*, lançado em Nova York em julho na 4ª Reunião do Grupo de Trabalho sobre Envelhecimento (Open-Ended Working Group on Ageing), realizada na Organização das Nações Unidas. Trata-se de uma versão revisada e atualizada da política do envelhecimento ativo – a edição de 2002 do relatório, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), teve liderança de Kalache, à época diretor do Departamento de Envelhecimento e Curso de Vida. “Essa revisão é uma iniciativa do ILC-Brazil, mas todos foram consultados”, destacou o especialista.

Entre os tópicos que vêm ganhando espaço no ILC, através de esforços pessoais de seu presidente, está o papel da imprensa na educação e na disseminação de conhecimento sobre a longevidade. Para melhorar essa comunicação, Kalache desenvolve parcerias bem-sucedidas. Desde o início do ano, o médico tem um programa de rádio na CBN chamado *50 Mais CBN*, em que, junto com as jornalistas Mara Luquet e Mariza Tavares, entrevista convidados para discutir questões da terceira idade. O programa tem recebido ótimas críticas, com boa repercussão entre os ouvintes.



CIAD 2015

14º Congresso Brasileiro Interdisciplinar
de Assistência Domiciliar

A ARTE DO CUIDADO: LUZ E SOMBRA NA ATENÇÃO DOMICILIAR

06 a 08 de Novembro de 2015

Centro de Convenções Rebouças - São Paulo - SP

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA - TEMAS

06 NOVEMBRO

CURSO I	Medicina, Enfermagem e Serviço Social
CURSO II	Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia
CURSO III	Odontologia, Terapia Ocupacional e Psicologia, Farmácia
CURSO IV	Atenção Domiciliar no Setor Privado
	CONFERÊNCIA DE ABERTURA

07 NOVEMBRO

ATIVIDADE I	Cuidado domiciliar na velhice
ATIVIDADE II	Cuidado domiciliar na maturidade
ATIVIDADE III	Cuidado domiciliar na infância

08 NOVEMBRO

ATIVIDADE I	Cuidados paliativos e envelhecimento
ATIVIDADE II	Paciente jovem em cuidados paliativos: decisões e despedidas
ATIVIDADE III	Cuidados paliativos e infância

www.ciad.com.br

INFORMAÇÕES e INSCRIÇÕES:



Tel: 11 4301-7350

ciad@preferencialeventos.com.br



RADAR :: lançamentos e notícias do mercado de saúde

ENVELHECER SEM VERGONHA



A **Pfizer** lançou recentemente a campanha “Envelhecer sem vergonha – qualidade de vida não tem idade”, uma iniciativa que propõe uma conversa franca e bem-humorada sobre o assunto. A ideia é mostrar um novo olhar sobre a maturidade, convocando brasileiros de todas as idades para o debate.

A campanha, que promoverá intervenções em locais movimentados de São Paulo, contará também com diversas ações digitais, como um portal, uma fanpage e vídeos, visando incentivar uma reflexão positiva sobre a maturidade, mostrando como as diferentes gerações enxergam e planejam o envelhecimento. “Pretendemos, de um jeito leve e divertido, ajudar a dissipar os temores da população em relação ao envelhecimento, de modo que as pessoas possam repensar o significado dessa etapa da vida”, diz o presidente da Pfizer Brasil, Victor Mezei. Outro objetivo da iniciativa é estimular a adoção de hábitos saudáveis desde a infância, para que seja possível aproveitar cada fase da vida com plenitude. “O envelhecimento deve ser encarado como uma conquista da sociedade. O desafio, agora, é conscientizar cada um a assumir um papel ativo para preservar sua saúde ao longo dos anos”, complementa Mezei.

FITOMEDICAMENTO PARA DISTÚRBIOS DA MEMÓRIA



A **Sanofi** e o laboratório **Herbarium** firmaram um acordo para fabricar, distribuir e promover no Brasil o **Cognitus®** – fitomedicamento para o tratamento de distúrbios de memória, que é indicado para a melhora do desempenho cognitivo, como atenção e retenção da memória auditiva e verbal. O **Cognitus®** é indicado em bula para adultos acima de 50 anos.

O medicamento, produzido a partir da planta aquática *Bacopa monnieri*, auxilia na manutenção de níveis elevados de acetilcolina, um neurotransmissor que desempenha papel importante no sistema nervoso central. **Cognitus®** reforça a linha de produtos inovadores da Sanofi e será o primeiro fitomedicamento da companhia indicado para a melhora do desempenho cognitivo a ser comercializado no país.

AUMENTO DE MASSA MAGRA



A **Abbott** acaba de lançar o **Ensure® Protein**, um suplemento nutricional oral fonte de proteínas que ajudam no ganho de massa magra. O produto é recomendado para adultos pré-sarcopênicos ou sarcopênicos, bem como para pessoas que praticam atividade física regularmente e querem envelhecer com saúde.

Disponível em garrafinha de 220 ml, o produto contém 28 vitaminas e minerais, proteínas e nutrientes que ajudam a aumentar a massa magra. Sua ingestão é recomendada no intervalo das refeições. “O **Ensure® Protein** contribui para o aumento da massa magra e auxilia na manutenção do peso, oferecendo uma fórmula balanceada entre calorias e proteínas”, diz Patrícia Ruffo, gerente científica da divisão nutricional da Abbott.

SABOR MIX DE FRUTAS



A Nestlé Health Science acaba de lançar mais um sabor de Nutren Senior pronto para beber: mix de frutas. O Nutren Senior contém ACT-3, combinação exclusiva de cálcio, proteína e vitamina D, nutrientes essenciais que ajudam na manutenção

dos ossos e músculos, especialmente em pessoas com mais de 50 anos. Também disponível no sabor chocolate, o produto é indicado para dietas com ingestão controlada de açúcares e é rico em cálcio, ferro, fósforo, zinco, cobre, selênio, vitaminas A, D, E, C, B6 e K, ácido pantotênico e ácido fólico.

PARCERIA COM A FANPAGE VOVÓ NILVA



A Bigfral anunciou recentemente uma parceria com a fanpage Vovó Nilva: uma página pública no Facebook criada por Fernando Aguzzoli, neto que deixou

a faculdade para se dedicar integralmente aos cuidados da avó Nilva, que sofria de Alzheimer, durante o ano de 2013.

Vovó Nilva faleceu em dezembro daquele ano, mas desde então Aguzzoli alimenta a página que criou no Facebook com o objetivo de desmistificar a doença e informar sobre o assunto de forma leve, oferecendo dicas e respondendo a diversas dúvidas dos seguidores da fanpage. A Bigfral contribui quinzenalmente com posts de conteúdo informativo sobre incontinência urinária, tema interessante para a maioria dos seguidores, já que essa é uma condição que acomete muitos idosos. A marca também produz homenagens em dias comemorativos a profissionais e figuras importantes para o cenário da doença, como enfermeiros, por exemplo.

OPÇÃO PARA DOENÇA DE ALZHEIMER MODERADA A GRAVE



O laboratório Aché lançou recentemente um novo medicamento para tratamento de doença de Alzheimer moderada e grave. Trata-se da associação inédita de duas substâncias: a donepezila, um inibidor da acetilcolinesterase, e a memantina, um antagonista de receptor glutamatérgico.

Segundo Mário Luiz Bochembuzio, diretor médico do Aché, a associação das substâncias proporciona mais benefícios ao paciente. “A donepezila, por ser um inibidor da acetilcolinesterase, diminui potencialmente os sintomas de depressão, ansiedade e apatia, enquanto a memantina pode reduzir os quadros relacionados a agitação, agressividade, irritabilidade, labilidade e psicose, atenuando também o estresse do cuidador. A associação das moléculas também traz benefícios nas funções cognitivas, como a memória”, avalia.

Outra vantagem da nova droga é a comodidade no seu uso, já que o paciente pode tomar apenas um comprimido ao dia. “Isso é bastante positivo, pois esse paciente já toma outras medicações e a redução do número de tomadas aumenta a aderência ao tratamento e facilita o controle por parte do cuidador”, explica Andreia Frias, gerente de marketing do Aché.

PROGRAMA-SE :: cursos, congressos e simpósios

outubro

➡ **14th International Symposium on Sleep and Breathing**

25 a 28 de outubro • Porto de Galinhas, PE • www.sleepandbreathing2015.com

➡ **XV Congresso Brasileiro do Sono**

28 a 31 de outubro • Porto de Galinhas, PE • www.sono2015.com.br

➡ **19^o Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica**

29 a 31 de outubro • Rafain Convention Center • Foz do Iguaçu, PR • www.sbec2015.com.br

novembro

➡ **XXXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria**

4 a 7 de novembro • Centro de Convenções • CentroSul, Florianópolis, SC • www.abpcbp.org.br

➡ **14^o Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar – CIAD 2015**

6 a 8 de novembro • Centro de Convenções Reboças • São Paulo, SP • www.ciad.com.br

➡ **XX Congresso da Sociedade Brasileira de Diabetes**

11 a 13 de novembro • Centro de Convenções Fiergs • Porto Alegre, RS • www.diabetes2015.com.br

➡ **GSA Annual Scientific Meeting**

18 a 22 de novembro • Orlando, FL • www.geron.org

➡ **9^o Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia**

19 a 21 de novembro • Centro de Convenções Frei Caneca • São Paulo, SP • www.gerp2015.com.br

➡ **XIV Semana do Aparelho Digestivo**

21 a 25 de novembro • ExpoCuritiba • Curitiba, PR • www.sbad2015.com.br

2016

JUNHO

➡ **XX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**
8 a 11 de junho • Centro de Convenções do Ceará • Fortaleza, CE • www.cbagg2016.com.br

➡ **World Congress on Active Ageing**

28 de junho a 1 de julho • Melbourne, Austrália • www.wcaa2016.com.au

AGOSTO

➡ **XXVII Congresso Brasileiro de Neurologia**
27 a 31 de agosto • Expominas, Belo Horizonte, MG • www.neuro2016.com.br

SETEMBRO

➡ **VI Congresso Internacional de Cuidados Paliativos**
21 a 24 de setembro • Bento Gonçalves, RS • www.congressosancp.com.br



9º Congresso Paulista de **Geriatría e Gerontologia**

8º Simpósio das Ligas **Geriatría e Gerontologia**

Prova de Título em Geriatría e Gerontologia

EDUCAÇÃO | CIÊNCIA | ATUALIZAÇÃO

19 a 21 de novembro | 2015

Centro de Convenções Frei Caneca | São Paulo | SP



CATHERINE SHERRINGTON

A Professora doutora Catherine Sherrington é uma fisioterapeuta de formação, pesquisadora e vice-diretora do Programa de deficiência física voltada para o envelhecimento da divisão músculo esquelética da Universidade de Queensland da Austrália. É pesquisadora sênior do Instituto George na Universidade de Sydney. Além disso, atua como pesquisadora e investigadora chefe em outros quatro grandes centros de pesquisa médica e de saúde nacional da Austrália. Sua linha de pesquisa tem como foco a investigação na criação e avaliação de programas de exercícios para a prevenção de quedas e de incapacidade física em idosos.



STEVE R. CUMMINGS

Especialista internacionalmente reconhecido pela sua experiência com mais de 25 anos de atuação em saúde e envelhecimento, pesquisas e ensaios clínicos multicêntricos. Atualmente é Diretor no Centro de Coordenação de São Francisco, Professor Emeritus de Medicina e Epidemiologia na Universidade da Califórnia.

Categoria	Até 06/11	Após 06/11 e no local
Valores expressos em Reais (R\$)		
Associados adimplentes	520,00	575,00
Profissionais não associados ou associados inadimplentes	750,00	830,00
Residentes, especializando e pós-graduandos (*)	520,00	575,00
Alunos de graduação (*) e Liga de Geriatría e Gerontologia	210,00	240,00

* Imprescindível encaminhar comprovante para inscricao@ccmew.com.

