

QUEM FAZ

PROFISSIONAIS QUE FIZERAM
A DIFERENÇA NA PANDEMIA



EM MOVIMENTO

IDEIAS E RECURSOS PARA O
PACIENTE E PARA O CUIDADOR

FYI

NOVOS ESTUDOS
E PESQUISAS



ano VIII • edição 38
fev | mar | abr 2021



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

COLÓQUIO

Quarentena Solidária: uma entrevista com
Samir Salman, idealizador da iniciativa

ESPECIAL

Veja o que foi destaque
no VIII Fórum Internacional
da Longevidade

Distribuição exclusiva
para a classe médica



CAPA

Conheça as vantagens da abordagem integrada
entre oncologia e geriatria

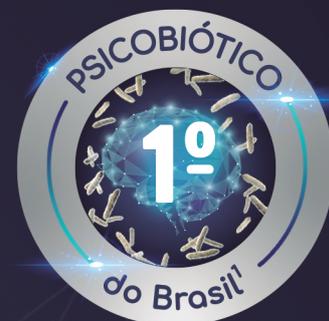
probians

SUPLEMENTO ALIMENTAR DE *LACTOBACILLUS HELVETICUS*
R0052 E *BIFIDOBACTERIUM LONGUM* R0175 EM CÁPSULA

APSEN
FARMACÉUTICA



CIÊNCIA E TECNOLOGIA QUE CONECTAM O EIXO CÉREBRO-INTESTINO. ^{1, 2, 3}



Auxilia na **REDUÇÃO**
das sensações de
ANSIEDADE e ESTRESSE.^{1,2,*}



TECNOLOGIA BIO-SUPPORT™³

GARANTE A PRESENÇA
DO PROBIÓTICO
NO INTESTINO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. <https://consultas.anvisa.gov.br/#/alimentos/25351023350201911/> acessado em 25 de junho de 2020; 2. Messaoudi M, Lalonde R, Violle N, et al. Assessment of psychotropic-like properties of a probiotic formulation (*Lactobacillus helveticus* R0052 and *Bifidobacterium longum* R0175) in rats and human subjects. *British Journal of Nutrition* (2010), page 1 of 9; 3. Dados internos: high quality strain technology, junho, 2020.

*: *Lactobacillus helveticus* R0052 e *Bifidobacterium longum* R0175 podem auxiliar na redução de sensações de ansiedade em pessoas saudáveis; *Lactobacillus helveticus* R0052 e *Bifidobacterium longum* R0175 ajudam a reduzir complicações gastrointestinais como dor abdominal e náusea/vômito devido ao estresse leve a moderado em pessoas saudáveis.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL: Porção (1 cápsula) - Quantidade por porção: *Lactobacillus Helveticus* R0052 - 3 x 10⁹ UFC; *Bifidobacterium longum* R0175 - 3 x 10⁸. Não contém quantidade significativa de valor energético, carboidratos, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas, gorduras trans, fibra alimentar e sódio.

CENTRO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE
 **0800 16 5678**
LIGAÇÃO GRATUITA
informed@apsen.com.br
www.apsen.com.br

 /apsenfarmaceutica
 /apsenfarma
 /apsenfarma



6 COLÓQUIO

Quarentena Solidária: uma entrevista com o médico
Samir Salman, idealizador da iniciativa

10 QUEM FAZ

Profissionais que fazem a diferença no envelhecimento

12 FYI

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

14 CAPA

Oncologia e geriatria: uma abordagem integrada

20 FISIOTERAPIA

Incontinência urinária na mulher idosa: o que há de novo
Juliana Schulze

24 GERIATRIA

Envelhecimento ativo: uma necessária conquista
Maisa Kairalla

28 MEDIAÇÃO

Conflitos e desafios em tempos de pandemia – mediar é preciso
Alessandra Negrão Elias Martins
e **Marilia Fiorezzi Taborda Vieira Sanches**

33 BIOÉTICA EM PAUTA

A ética por trás das vacinas – reflexões bioéticas da pandemia
de Covid-19 **Naira Hossepian Salles de Lima Hojajj**
e **Reinaldo Ayer de Oliveira**

36 FÓRUM ILC

Confira a cobertura do VIII Fórum Internacional da Longevidade

44 EM MOVIMENTO

Ideias e recursos para o paciente e o cuidador

46 CALENDÁRIO



CONSELHO EDITORIAL APTARE – GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

GERIATRIA

Editor clínico:

Cineu de Mello Almada Filho

CONSELHO EDITORIAL

Claudia Burlá

Cybelle Maria Costa Diniz

Eduardo Ferriolli

Elisa Franco de Assis Costa

Elizabeth Viana de Freitas

Emilio Hideyuki Moriguchi

Fânia Cristina dos Santos

Hercílio Hoepfner Jr.

João Carlos Barbosa Machado

João Senger

João Toniolo Neto

Julio César Moriguti

Maurício de Miranda Ventura

Maysa Seabra Cendoroglo

Milton Luiz Gorzoni

Naira H. Salles de Lima Hojaij

Nereida Kilza da Costa Lima

Omar Jalul

Paulo Renato Canineu

Renato G. Bandeira de Mello

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:

Naira Dutra Lemos

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Keller Coelho

Alexandre Leopold Busse

Anita Liberalesso Neri

Claudia Fló

Elaine Rodrigues da M. Baptista

Eliane Jost Blessmann

Eloisa Adler Scharfstein

Fábio Falcão de Carvalho

Fernanda Varkala Lanuez

João Marcos Domingues Dias

Johannes Doll

Jordelina Schier

Jussara Rauth

Laura Mello Machado

Leani Souza Máximo Pereira

Leila Auxiliadora J. de Sant'Ana

Leonor Campos Mauad

Ligia Py

Marcela Cypel

Maria Angelica S. Sanchez

Maria Claudia M. Borges

Mariela Besse

Marisa Accioly Domingues

Monica Rodrigues Perracini

Myrian Spinola Najas

Rita de Cássia Guedes

Sabrina Michels Muchale

Sandra Regina Gomes

Sonia Lima Medeiros

Telma de Almeida B. Mendes

Tereza Bilton

Túlia Fernanda Meira Garcia

Valmari Cristina Aranha

Viviane Lemos Silva Fernandes

Wilson Jacob Filho

Zally P. Vasconcelos Queiroz

Aptare
CONSELHO EDITORIAL PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Coordenação editorial e edição

Lilian Liang

Projeto gráfico e direção de arte

Luciana Cury

Revisão

Patrícia Villas Bôas Cueva

Marketing e comercial

Debora Alves

Pré-impressão e impressão

Leograf Gráfica e Editora

Tiragem

6.000 exemplares

Imagem de capa

iStock Photos

Jornalista responsável

Lilian Liang (MTb 26.817)

ISSN 2316-1434

Contatos

EDITORIAL:

Lilian Liang

lilian@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

(11) 9-8585-8356

COMERCIAL:

Debora Alves

debora@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição:

Lilian Liang, Marcelle Souza e Silvia Sousa (texto);
Alessandra Negrão Elias Martins, Juliana Schulze, Maisa Kairalla,
Marília Fiorezzi Taborda Vieira Sanches, Naira Hossepian
Salles de Lima Hojaij e Reinaldo Ayer de Oliveira (artigo)

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

 **DÍNAMO EDITORA**

Rua Vieira de Morais, 1.111 – conjunto 907

Campo Belo – 04617-002 – São Paulo – SP

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

Silêncio impossível

As últimas semanas nos ofereceram assentos privilegiados para presenciar alguns shows de horrores. Não precisou nem de casa do *BBB* (talvez um *BBB+*, seguindo na linha do programa *The Voice+*), onde os absurdos parecem ser a norma. Os exemplos aconteceram na vida real, sem edição e, infelizmente, com uma certa segurança de que não chamariam tanto a atenção.

Pode parecer excessivo usar a expressão “show de horror”, mas não encontro nenhuma outra para descrever a história da “vacina de vento”: idosos que finalmente respiram aliviados com a perspectiva de sair de casa e reencontrar seus queridos recebem apenas uma picadinha, sem que o imunizante seja de fato injetado. A prática enganosa foi captada em vídeo, sem o menor pudor, como se houvesse uma garantia de impunidade. Ainda não se sabem as razões para os fatos divulgados pela mídia, mas comentários nas redes sociais dão uma boa pista: muita gente acredita que vacinar idosos é desperdício. Para essas pessoas, não há sentido em gastar as doses disponíveis com quem já não pode contribuir ou logo, logo não estará mais por aqui. Por que não investir mais nos jovens e produtivos?

Outro episódio infeliz foi o vídeo do Porta dos Fundos intitulado “Responsável”, em que o ator Fábio Porchat trata sua mãe, de 57 anos, como uma criança que precisa de supervisão no uso do celular. Uma piada completamente fora de lugar, visto que a tecnologia já faz parte da rotina de boa parcela dos idosos brasileiros. Não tem cabimento nenhum colocá-la nesse papel de alguém desconectada e abalhada, sem noção de como funciona o mundo de hoje.

São raciocínios rasos e preconceituosos, para dizer o mínimo. De onde tiram a ideia de que idoso é sinônimo de desatualização e descarte? Será que não entendem que envelhecer é uma conquista e que esse processo é um dos mais belos vividos pelo ser humano? Será que não enxergam as tremendas contribuições feitas pelos idosos em todas as sociedades do mundo? Será que não entendem que a evolução só é possível através da história e da experiência?

Felizmente, esses casos não passaram despercebidos. Pelo contrário, foram duramente criticados por um número enorme de pessoas, ativistas e cidadãos comuns, que interpretaram essas atitudes como uma imensa afronta a essa população tão valiosa.

Idosos estão finalmente entendendo seu próprio valor e se manifestando contra toda e qualquer atitude etarista (principalmente nas redes sociais. E agora, Porchat?). Ao entenderem o tamanho da contribuição que ainda têm a fazer, esses velhos não vão se contentar com uma vacina de mentirinha. Há muito a realizar e eles não querem perder tempo. O silêncio diante das piadas, das atitudes ageístas, da exclusão velada e explícita agora ficou impossível. Felizmente.

Trabalhando com envelhecimento há quase dez anos, às vezes sinto que damos dois passos para a frente e um para trás. De vez em quando me desanimado. Mas, quando me dou conta dessa consciência coletiva que vem se construindo, minhas esperanças se renovam de que um dia – quem sabe em breve? – teremos uma sociedade mais justa e inclusiva.

Boa leitura!



Lilian Liang
Editora

Quarentena Solidária

Conheça os bastidores e impacto da Quarentena Solidária, uma iniciativa inédita no mundo todo

Por Lillian Liang

Imagem: divulgação



SAMIR SALMAN Médico, superintendente do Hospital Premier e idealizador da Quarentena Solidária

Há muito tempo admiro o trabalho do Hospital Premier. Dedicado a pacientes em cuidados paliativos, muitos deles sem chances de cura, seria de se esperar na instituição uma atmosfera soturna, de silêncio e melancolia. Aquele ambiente de tristeza ao qual geralmente associamos o final de vida.

Pois o Premier é exatamente o oposto disso. Graças ao pioneirismo de seu superintendente, o médico Samir Salman, o hospital é cheio de cor, vida, música, idealismo – e também de ideias um pouco malucas, mas que Salman não tem medo de pôr em prática. Um exemplo: na cerimônia de encerramento de um evento em 2017, o médico levou uma escola de samba para se apresentar nas dependências do hospital. Uma escola de samba num hospital de cuidados paliativos,

com direito a bateria e passistas, penas e paetês. E quem acha que os pacientes reclamaram se engana. Os que tinham condições acompanharam, encantados, aquele espetáculo tão inesperado do terraço no segundo andar.

Pois foi uma outra ideia maluca de Salman que levou o Hospital Premier à primeira página do jornal norte-americano *The New York Times*. Com o início da pandemia no Brasil, o médico tomou uma decisão drástica para proteger seus pacientes: fechar as portas do hospital por 40 dias. Quem quisesse continuar cuidando dos pacientes teria que se mudar para lá. Quem preferisse não participar da quarentena poderia permanecer em casa, sem nenhum prejuízo financeiro. Dos 240 colaboradores do hospital, quase 100 aceitaram participar da iniciativa, que ficou conhecida como Quarentena So-

lidária. Não se sabe de nenhuma instituição de saúde no mundo que tenha tomado medidas tão extremas.

A empreitada se transformou inclusive em documentário. *Esquina do Mundo*, com direção de João Rocha Rodrigues, acompanha a vida dentro do hospital, colhendo depoimentos de profissionais e pacientes durante o período dessa quarentena tão inusitada. O filme foi rodado já no final do período, e os profissionais envolvidos tiveram que se manter em isolamento em casa e depois ser testados antes de entrar no hospital.

Nesta entrevista exclusiva para a *Aptare*, conduzida em dezembro de 2020, Salman conta sobre o processo de decisão, as dificuldades encontradas e a transformação – profissional e pessoal – vivida por todos durante o período de confinamento.

Aptare – Como veio essa ideia e como foi a tomada de decisão?

Salman – Preciso me remeter ao mês de fevereiro, quando começaram a surgir os boatos de um novo vírus. A gente vinha acompanhando atentamente. No dia 12 de março, a Organização Mundial da Saúde decretou que existia uma pandemia no mundo e no dia 18 montamos um comitê de crise. Diante das notícias que chegavam do mundo todo, esse comitê entrou em desespero. É importante lembrar que hoje se sabe um pouco mais da doença, mas naquela época fiquei realmente impactado com as histórias que chegavam. Eram as piores notícias. Fiquei preocupado não apenas com os pacientes, mas também com nossa equipe, porque 80% de nossos funcionários andam três horas em transporte público diariamente, entre idas e vindas. Pensei: “Não temos vacina nem tratamento, a única coisa que parece funcionar é o distanciamento social”. Comuniquei então ao comitê que fecharíamos o hospital e dormiríamos aqui com os pacientes, para tentar blindar a instituição. No primeiro momento foi um espanto, mas tenho que lembrar que nossos pacientes estão no topo do risco. São pessoas já com muitas comorbidades e que corriam um risco absurdo. A proposta era a seguinte: quem quisesse participar teria que morar no hospital. Quem não quisesse continuaria recebendo o salário em casa. A decisão era absolutamente voluntária. Para minha surpresa e alegria, quase 100 pessoas aderiram. A partir de 25 de março, ninguém mais entraria ou sairia do hospital.

Aptare – A quarentena tinha um período estabelecido? Havia previsão de saída?

Salman – As pessoas foram avisadas de que seria de 25 de março a 10 de maio. A ideia era tão inusitada que imaginávamos que 45 dias seriam suficientes para nos organizarmos e protegermos os pacientes. A decisão de prorrogar foi tomada em abril. Quando decidimos fechar, tivemos cinco dias para organizar tudo. Foram dias de muito trabalho, tivemos que comprar camas para receber as pessoas dignamente, não dormindo nos corredores. A pessoa tem que dormir num quarto, com banheiro. No dia 25 de março a gente se internou. O que ajudou nessa ideia foi uma coerência entre o que preconizamos aqui como valores e o que estávamos fazendo. São valores de defesa à vida, de cuidado. Não posso aceitar que alguém se denomine paliativista e não cuide do companheiro do lado, seja ele quem for, pois o cuidar está intrinsecamente ligado à maneira como se vê o mundo. O cuidar é íntegro, é uma proposta de vida isso. Eu estou a serviço, estou preocupado com o outro, e a gente sempre atuou dizendo isso. O ambiente que temos aqui ajudou muito a criar uma situação de convivência. Mas não foi fácil no começo.

Aptare – Como foi a experiência?

Salman – Os primeiros 15 dias foram de um terror absoluto. Eu dormia duas, três horas por dia, porque, da mesma forma que tudo deu certo, poderia ter dado errado. Imagine se algum de nós que se aventurou a ficar na quarentena estivesse infecta-

do... Com a velocidade da infecção, a gente poderia ter se metido numa belíssima encrenca. Então eu só consegui relaxar a partir do décimo quarto dia.

Mas era muito interessante, pois nós éramos o único lugar na cidade de São Paulo que tinha academia, cinema, onde ninguém andava de máscara, todo mundo se abraçava e onde todos estavam protegidos. Todo mundo com dó da gente e nós com dó do mundo, porque nós estávamos aqui, sim, enclausurados, mas as pessoas estavam enclausuradas em seus apartamentos, em suas casas.

Foi uma experiência extraordinária, porque experimentamos um outro nível de solidariedade. Tínhamos uma escala no hall onde comíamos, em que a pessoa poderia se candidatar para o serviço voluntário. Todos trabalhavam de oito a nove horas por dia – lembrando que eram 100 pessoas fazendo o trabalho de mais de 200 – e tinham um dia de descanso absoluto, mas, fora isso, tínhamos que cuidar de nós mesmos. Então dividimos da maneira mais racional, e foi o rompimento de qualquer hierarquia da sociedade como a gente conhece. Foi um fenômeno. Passada a primeira semana da quarentena, havia disputa para ser voluntário. Todos se orgulhavam de ser voluntários, de acordar e servir café para os outros. Foi algo extraordinário, porque criamos uma comunidade de sobrevivência. Todo mundo esqueceu as contas, os problemas. Nós queríamos ficar vivos, só isso.

Houve também o exercício de ocupar o lugar do outro. Na medida que você faz o serviço do outro, você pas-

“ FOI ALGO EXTRAORDINÁRIO, PORQUE CRIAMOS UMA COMUNIDADE DE SOBREVIVÊNCIA.

sa a respeitá-lo mais. Temos histórias de médicos que terminavam de higienizar o paciente e o paciente ter diarreia e ele ter que limpar de novo, duas, três vezes. Aí eles chegavam aqui dizendo: “Olha, nós temos que valorizar as pessoas que fazem esse trabalho”. Então todos tiveram essa integridade, essa dignidade de perceber que só daria certo se houvesse o envolvimento de todo mundo. Nós tínhamos o mesmo uniforme, então você chegava ao refeitório e não tinha como identificar quem era quem. Havia uma mistura absoluta de funções. Viver o que o outro faz foi um aprendizado absolutamente extraordinário.

Com o tempo, estabeleceu-se aqui um clima muito interessante, de prazer, de academia, de música, de ioga, tai chi chuan. Tinham cultos evangélicos, católicos. Era uma minissociedade como toda sociedade – eu imagino – deveria ser.

Tivemos uma passagem muito engraçada sobre a convivência. Numa de nossas reuniões, discutimos uma alegoria de Schopenhauer, que era o dilema do porco-espinho. Segundo a alegoria, uma comunidade de porcos-espinhos naufraga e vai parar no Polo Norte. Chegando em terra firme, eles começaram a viver um dilema: como era muito frio, eles tinham que se aproximar uns dos outros; mas com a aproximação eles se machucavam e tinham que se afastar

novamente. Então o dilema para os funcionários era: “você prefere morrer ferido ou de frio?”. E aí vieram várias reflexões muito interessantes. Teve gente que falou “Eu prefiro morrer de frio, porque eu não quero ferir ninguém”. Outros disseram “Olha, eu quero morrer ferindo, porque eu odeio o frio”. No final, a conclusão dessa alegoria é que realmente todos nós temos nossa gama de espinhos, que são as manias, as vontades. Esses espinhos não vão desaparecer, mas faça de um jeito que eles se entrelacem com os espinhos do seu vizinho e vocês convivam. Não se machuque nem morra de frio. Essa dinâmica passou a acontecer duas vezes por semana. A sociedade acabou criando um mecanismo de peso e contrapeso muito interessante.

Aptare – A Quarentena Solidária é uma iniciativa tão única que se transformou até em documentário. Você pode falar dessa experiência?

Salman – O documentário nasceu com a vinda da [jornalista] Juliana Dantas, que tinha feito um podcast no primeiro dia da quarentena. Em uma conversa, ela soube que a gente ia entrar em quarentena, veio pra cá e gravou um podcast. No final, ela perguntou se não poderia entrar no hospital nos últimos dez dias, seguindo todos os protocolos de isolamento. Quando ela viu o que estava

acontecendo aqui, nasceu a ideia do documentário, de registrar a experiência. Dei autonomia para que a equipe entrevistasse quem quisesse. Falei “Não vai ter cena gravada aqui, vocês vão tentar captar a essência do que está acontecendo”.

Aptare – Uma das cenas mais icônicas da Quarentena Solidária foi a das visitas no muro de vidro. Como foi explicar para as famílias que o acesso ao hospital não era mais permitido?

Salman – Houve uma surpresa geral quando avisamos sobre a restrição da permanência de familiares acompanhantes. As famílias foram comunicadas que eles só poderiam ficar se morassem aqui, e nós demos a oportunidade de transferir o doente se ela não concordasse. Mas houve uma adesão de 80% das famílias, e as que ficaram um pouco resistentes se convenceram da proposta na segunda semana.

A questão da janela é uma daquelas coisas que acontecem sem querer. As pessoas queriam ver seus familiares e alguém sugeriu ir até a parte da frente do hospital, onde existe um grande muro de vidro. O engraçado é que aconteceu uma visita no muro no momento em que uma equipe da [agência internacional de notícias] Associated Press estava aqui – aquelas coisas que a gente chama de coincidência. Fotografaram e, para minha surpresa, a foto foi publicada em 25 países.

Na verdade, as soluções foram sendo construídas. Não houve planejamento. No início do documentário a Juliana perguntou o que iria ser... Se

você me perguntasse isso no dia 25 de março, eu diria “Eu não sei o que vai ser”. O que eu tinha claro era a intenção de salvar vidas. Então eu tinha que tomar uma atitude naquele momento, não adiantava depois construir retóricas. Eu não aceitava perder ninguém. Sob a minha responsabilidade, não. Eu sabia que tinha que fazer isso pela gravidade dos meus pacientes e também pelos meus funcionários, porque começamos a receber relatos que colaboradores estavam sendo agredidos onde moravam e ofendidos no transporte público.

Aptare – Como foi a transição para o modo convencional de trabalho?

Salman – A gente fez a quarentena até o dia 10 de maio, depois prorrogamos até julho e completamos 100 dias aqui. Num primeiro momento de flexibilização, metade não quis sair, e eu não me achei no direito de romper isso. Mas o regime foi se afrouxando com o tempo. Então em julho, por exemplo, havia visita monitorada de família uma vez por semana, aí aumentou para duas. Todas as medidas eram tomadas pelo comitê de crise, que estava antenado com a OMS, com a Anvisa, com o FDA, com o que tem de melhor em termos de prevenção e práticas. Paramos de dormir aqui em setembro, quando as pessoas começaram a poder ir e vir. E temos um checklist na entrada: se a pessoa apresenta algum sintoma e, a depender da história clínica, ela já não entra no trabalho. Não importa a escala nem nada. Mantivemos o rigor, continuamos vigilantes. Tem sido uma trabalhei-

ra tremenda, porque, às vezes, você desorganiza a escala. A escala tem seis no andar, mas três você não deixa entrar. E eu autorizei o comitê de crise a não se interessar pela escala. Falei: “Na dúvida, errem pelo excesso de zelo, não facilitem”. Não tivemos nenhum caso de Covid-19 aqui. E você percebe quanto as pessoas amadureceram depois disso. A cumplicidade, o olhar entre nós hoje é muito mais profundo.

Aptare – Hoje o senhor tem 60 anos, portanto também se encaixaria no grupo de risco. Como foi pessoalmente essa decisão de passar a quarentena no hospital?

Salman – Eu nunca imaginei nada disso, mas acho que a providência divina acontece quando você tem uma intenção genuína. Eu acredito na intencionalidade. Às vezes eu não tinha certeza do ponto final da viagem, mas tinha certeza do que teria que ser feito.

Mas não foi simples. Eu tenho 60 anos, tenho hipertensão e meus cinco filhos não queriam me deixar ir, diziam que eu não estava pensando na família. Respondi: “Mas que exemplo eu vou deixar para vocês se no momento de maior aflição eu sair do barco?”. Tenho dois filhos que fazem residência na Santa Casa, um deles pegou a doença. A minha vontade era arrancá-los de lá, porque estava o maior pandemônio. Nós também estávamos vivendo o drama da Covid-19 pessoalmente.

Mas se nessa hora a gente, que está na liderança, fugir da responsabilidade, quem é que vai assumir? Teve um dia que eu caí doente aqui e fi-

quei isolado no meu quarto por três dias. Isso foi depois do décimo quarto dia, eu estava exaurido porque não dormia, baixou a adrenalina e eu dormi dois dias seguidos. Minha família ficou desesperada, mas, no frígir dos ovos, eles passaram a entender a minha atitude. No documentário, um dos nossos diretores cita um poeta italiano que diz “Onde é o endereço do homem? É onde o coração está”. O Premier vem escrevendo sua história na contramão de algumas coisas e por isso estávamos preparados para enfrentar o que enfrentamos. Precisa haver coerência entre o que você fala e o que você faz.

Quando saí do hospital foi um misto de alegria e preocupação, porque só vou considerar que deu certo quando chegarmos ao final dessa história. Vivemos momentos de enfrentamento, sofremos muitas críticas, inclusive de cárcere privado – quando você se expõe da maneira que fizemos, você corre o risco de apanhar, e nós apanhamos. Mas é um prazer indescritível poder olhar para seus filhos, para as pessoas e perceber que está ajudando a enxergar o mundo de uma maneira diferente. E que é possível o mundo de uma maneira diferente. **A**

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





➔ **ROGÉRIO PEDRO**

Administrador de empresas especialista em gestão financeira; idealizador e responsável pela ONG EternamenteSOU – Centro de referência e Convivência para pessoas LGBT's 50+.

Nasci em Esperantina (PI) e fui criado em Brasília em um lar evangélico. Durante a adolescência deparei com conflitos relacionados à minha sexualidade, e o temor de “ir para o inferno” era tão grande que me fazia reprimir o que sentia. Um dia coloquei tudo numa carta para uma amiga confidente, mas acabei por não enviá-la e minha mãe encontrou a correspondência. Seu comportamento mudou e tivemos inúmeros conflitos.

Acabei fugindo de casa. Peguei um dinheiro que era para pagar a prestação de um computador, fiz minhas malas, fui para a rodoviária e vim parar em São Paulo. Nunca tinha vindo pra cá e não conhecia ninguém, tinha apenas o número do telefone da irmã de uma amiga de Brasília. Na primeira noite vivi meu pior pesadelo: não consegui falar com essa pessoa e acabei dormindo nas escadas do terminal Santo Amaro. Com o tempo, minha vida foi estabilizando e consegui um emprego. Refiz os laços com a família e os amigos, fiz novas amizades, mas nunca mais quis voltar a morar em Brasília.

Durante todo o tempo, questões sobre sexualidade e velhice eram uma grande preocupação para mim. Por isso, fui atrás de conhecer um pouco mais sobre as pessoas idosas LGBTs e encontrei um campo de muita invisibilidade. Senti a necessidade de fazer algo para essa população como forma de reconhecimento e gratidão. Nascia assim a EternamenteSOU, um coletivo de pessoas que se preocupavam com as velhices LGBT, com o objetivo de dar visibilidade a esse tema e tornar pública a discussão. Através de seminários e outras iniciativas, desde nossa fundação já impactamos cerca de 800 idosos LGBT na cidade de São Paulo. Inauguramos o primeiro Centro de Referência e Convivência LGBT 50+ do Brasil e outros dois núcleos, no Rio de Janeiro e em Santa Catarina. Contamos com uma equipe multidisciplinar de mais de 120 voluntários e junto com essa equipe toda conseguimos mudar a realidade do país, trazendo sérias reflexões em todos os campos acerca do envelhecimento da população LGBT no Brasil.



➔ **GLAUSSE CAETANO ROSA**

Terapeuta ocupacional, especialista em gerontologia e influenciadora digital na área da longevidade.

Gosto do meu nome, mas profissionalmente sou conhecida como Gal Rosa. Esse nome ajuda na memorização por parte dos idosos, com quem atuo como terapeuta ocupacional.

Concluí minha graduação em 2002 pela UFMG, mas desde 2000 atuo na gerontologia. Em janeiro de 2016 terminei minha especialização em gerontologia pela Faculdade São Camilo, em Belo Horizonte. Durante os dois primeiros anos de profissão, me envolvi completamente em estudos acerca do envelhecimento e neurociências, enquanto estruturava o setor de terapia ocu-

pacional numa casa para idosos chamada Maioridade. Trabalhei lá por dez anos, tendo desenvolvido cerca de 15 projetos, muitos dos quais foram incorporados à rotina da casa.

Depois desse período, abri uma casa de cuidados com minha mãe e foi uma experiência incrível. Porém, meu sonho mesmo era ter uma associação para atingir mais pessoas e famílias, e em 2011 fundamos a Associação Qualidade de Vida para Melhoridade. A casa fechou depois de quatro anos e meio por falta de cuidadores capacitados, e posteriormente começamos uma impor-

tante parceria com a Associação dos Cuidadores de Idosos de Minas Gerais e o Conselho do Idoso Municipal de Itabira, na formação de profissionais.

Em 2012 conheci o portal A Terceira Idade, buscando ser uma inspiradora digital para a causa da longevidade e do envelhecimento saudável. Faço muitas conexões através dele. Em 2015, juntamente com o portal, criei o Projeto Cuidador Familiar. Hoje, acompanho diversas famílias em redes sociais, onde elas aprendem trocando umas com as outras, amparadas por profissionais. Em 2016 recebi a missão de cuidar da embaixada da longevidade em

BH pelo Movimento Lab60+, que revoluciona e ressignifica o conceito de longevidade.

Desde então, venho me envolvendo em inúmeras iniciativas voltadas para a causa da longevidade, com parceiros como o Museu das Minas e do Metal Gerdau, algumas delas premiadas. Entre as ações reconhecidas está um de meus projetos mais antigos, o Movimento Feito Vó, que ganhou o primeiro lugar do Prêmio Federal de Cultura Popular como um grupo cultural livre.

Por que gosto de trabalhar com idosos? Porque o processo da vida é a coisa mais curiosa que eu já vi!



→ TOM ALMEIDA

Fundador do movimento inFINITO, diretor do Death Over Dinner Brazil, colunista do podcast FINITUDE e idealizador do Festival inFINITO, Cineclube da Morte, A Morte no Jantar, Death over Drinks, Jornada Eduardo Alferes de Cuidados Paliativos.

Sou filho de pais mais velhos, e a possibilidade da morte deles me aterrorizava. Eu celebrava cada Natal acompanhado do medo de que poderia ser o último. Nasci e cresci com essa verdade natural de fundo, mas vivendo o lado do medo dessa realidade, sentindo a presença da morte como uma ameaça para a qual eu não tinha coragem de olhar, da qual eu tentava fugir. Sinto que olhei para o lado errado do caminho que separa a vida e a morte. Olhei para o “depois da morte”, sem meus pais, em vez de olhar para o “hoje”, com eles.

Eu mantive um medo infantil da morte. Uma relação imatura com uma realidade que iria acontecer em um momento ou outro. Comecei esse medo com 6. Minha mãe morreu quando eu tinha 46.

Após a morte da minha mãe, passei a me relacionar de uma forma mais madura (e mais saudável) com a morte, e, ao contrário do que havia vivido com ela, decidi olhar para a vida com meu pai aqui, e não com medo de como eu ficaria ou me sentiria após a sua morte. Com essa consciência, abri espaço para os sentimentos que vão além da dor e do medo e que dão um significado muito mais nobre para a terminalidade, como amor, gratidão, cumplicidade e pertencimento.

Entre a morte da minha mãe e a do meu pai acompanhei o processo terminal de um primo-irmão, e isso tudo

aconteceu em um período de três anos. Essas três experiências me transformaram, e por isso decidi entrar de cabeça na causa dos cuidados paliativos e da morte digna. Desde então dedico a minha vida a contribuir ativamente na criação de um jeito diferente de viver a morte. Mais confortável, íntimo e amoroso. Com menos sofrimento e arrependimentos.

A vida caminha em ciclos. Percebi que envelhecimento, adoecimento, terminalidade, morte e luto são pontes para encontros mais íntimos. Viver a vulnerabilidade que a vida provoca nos conecta mais profundamente uns aos outros. E nessa conexão reside o que não finda, nem com a morte.

Criei o inFINITO, que é um movimento que promove conversas sinceras sobre o viver e o morrer que resultam em relações mais amigáveis com a finitude. Queremos que as pessoas atravessem diagnósticos, perdas e lutos da maneira mais íntegra e saudável possível. Temos uma missão bastante ousada, que é colocar o Brasil entre os dez países com melhor qualidade de morte. Milhares de profissionais de saúde, pacientes, familiares e pessoas que se interessam pelo tema já foram impactados pelos nossos projetos e convidados a criar e explorar uma nova forma de se relacionar com a finitude.

Fica o convite: venha ser inFINITO com a gente!

CANNABIS: UM TRATAMENTO EMERGENTE PARA SINTOMAS COMUNS EM IDOSOS

JOURNAL OF THE
AMERICAN
GERIATRICS SOCIETY

O uso de cannabis está aumentando em várias populações nos EUA. No entanto, existem poucas investigações sobre como e por que a cannabis é usada em populações idosas.

Trata-se de pesquisa anônima, conduzida em clínica geriátrica, com 568 participantes com 65 anos ou mais, que avalia as características do uso de cannabis. O estudo foi publicado no *The Journal of the American Geriatrics Society* de janeiro.

Aproximadamente 15% (N = 83) dos entrevistados relataram usar cannabis nos últimos três anos. Metade (53%) afirmou usar cannabis regularmente em uma base diária ou semanal e usar produtos exclusivamente de canabidiol (46%). A maioria (78%) usava cannabis apenas para fins médicos, e as condições/sintomas direcionados mais comuns eram dor/artrite (73%), distúrbios do sono (29%), ansiedade (24%) e depressão (17%). Pouco mais de três quartos consideraram a cannabis “moderadamente” ou “extremamente” útil no tratamento de uma dessas condições, com poucos efeitos adversos. Pouco mais da metade obteve cannabis em um dispensário, e as formas de administração mais comuns foram loções (35%), tinturas (35%) e fumo (30%). A maioria dos familiares indicados (94%) sabia sobre o uso de cannabis. Cerca de metade dos idosos relatou que seus amigos sabiam e 41% relataram que o seu médico sabia. Um total de 61% usou cannabis pela primeira vez como idosos (com idade ≥ 61 anos), e esses usuários em geral se envolveram em padrões de uso menos arriscados (por exemplo, mais probabilidade de usar para fins médicos, menos probabilidade de consumir através do fumo).

A pesquisa revelou que a maioria dos idosos participantes iniciou o uso de cannabis após os 60 anos de idade, e principalmente para fins médicos, para tratar dor, distúrbios do sono, ansiedade e/ou depressão.

PREVALÊNCIA DE FRAGILIDADE EM 62 PAÍSES EM TODO O MUNDO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE DE ESTUDOS EM NÍVEL POPULACIONAL

age and ageing

A prevalência de fragilidade na população não é clara. Essa revisão, publicada na revista *Age and Ageing* de janeiro, procura examinar esse fato em estudos de base populacional, investigando fontes de heterogeneidade.

Foram utilizados os bancos de dados PubMed, Embase, CINAHL e Cochrane Library e pesquisados estudos observacionais em nível populacional publicados entre 1º de janeiro de 1998 e 1º de abril de 2020, incluindo indivíduos com idade

≥ 50 anos, identificados por meio de qualquer medida de fragilidade. As estimativas de prevalência foram extraídas de forma independente, avaliadas para viés e analisadas usando um modelo de efeitos aleatórios.

No total, foram incluídos 240 estudos relatando 265 proporções de prevalência de 62 países e territórios, representando 1.755.497 participantes. A prevalência agrupada em estudos que utilizaram medidas de fragilidade física foi de 12% (IC 95% = 11–13%; n = 178), em comparação com 24% (IC 95% = 22–26%; n = 71) para o modelo de acumulação de déficit (aqueles que usam um índice de fragilidade, IF). Para pré-fragilidade, essa prevalência foi de 46% (IC 95% = 45–48%; n = 147) e 49% (IC 95% = 46–52%; n = 29), respectivamente. Para fragilidade física, a prevalência foi maior entre mulheres, 15% (IC 95% = 14–17%; n = 142), do que entre homens, 11% (IC 95% = 10–12%; n = 144). Para estudos usando um IF, a prevalência também foi maior em mulheres, 29% (IC 95% = 24–35%; n = 34) versus 20% (IC 95% = 16–24%; n = 34), para homens. Esses valores foram semelhantes para pré-fragilidade. A prevalência aumentou de acordo com a idade mínima de inclusão no estudo. Analisando apenas dados de estudos nacionalmente representativos, deu uma prevalência de fragilidade de 7% (IC 95% = 5–9%; n = 46) para fragilidade física e 24% (IC 95% = 22–26%; n = 44) para IFs.

Os resultados mostraram que a prevalência de fragilidade na população variou por classificação e sexo. Os dados eram heterogêneos e limitados, em particular de estudos representativos nacionalmente, tornando a interpretação das diferenças por região geográfica um desafio. Abordagens metodológicas comuns para coleta de dados são necessárias para melhorar a precisão das estimativas de prevalência.

PREPARAÇÃO PARA A MORTE DE UM FAMILIAR IDOSO: UM POSSÍVEL FATOR DE PROTEÇÃO PARA O LUTO PRÉ-PERDA EM CUIDADORES INFORMAIS

ARCHIVES OF GERONTOLOGY
AND GERIATRICS

O luto antecipatório (LA) foi identificado como um fator de risco significativo para transtorno de luto prolongado (TLP), que será adicionado ao DSM 5-TR. Portanto, é fundamental a identificação de alvos de tratamento para reduzir TLP. Descobriu-se que a “preparação” prediz fortemente a condição. O trabalho é incipiente e não se chegou a um consenso sobre a melhor forma de avaliar a preparação, e não existe uma medida confiável desse construto. Antes de examinar a relação entre preparação e TLP, é necessário um entendimento profundo de como os membros da família definem preparação.

O objetivo desse estudo, publicado on-line no periódico *Archives of Gerontology and Geriatrics*, foi desenvolver um quadro teórico preliminar de preparação para a perda. Isso foi alcançado por meio de entrevistas semiestruturadas pros-

pectivas com familiares de pacientes em estágio 4 de câncer (N = 16) e demência avançada (N = 24).

O principal tema relacionado à preparação para a perda era a necessidade de reduzir a incerteza, tanto antes da morte da pessoa (ou seja, a certeza presente) quanto depois da morte da pessoa (ou seja, a certeza futura). Fatores associados à necessidade de estabelecer certeza no presente incluem religiosidade e espiritualidade, boa qualidade de relacionamento com o paciente, ter acesso a suporte, boa comunicação com a pessoa com doença limitante da vida e aceitação da morte iminente. A certeza para o futuro incluiu: saber o que esperar diante da experiência passada de perda, ter planos para a vida sem a pessoa e apoio social. Esse estudo fornece uma estrutura preliminar de preparação para familiares de indivíduos com doenças que limitam a vida.

UM QUADRO MAIS COMPLETO DO PROGNÓSTICO DE COVID-19: O VALOR AGREGADO DAS MEDIDAS DE VULNERABILIDADE PARA PREVER A MORTALIDADE EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

age and ageing

Embora a Covid-19 afete idosos de maneira desproporcional, o uso de ferramentas de triagem convencionais em ambientes de cuidados intensivos ignora os principais aspectos da vulnerabilidade. Esse estudo, publicado no periódico *Age and Ageing* de janeiro, teve como objetivo determinar a utilidade de adicionar uma triagem rápida de vulnerabilidade a uma ferramenta de acuidade de doença, de forma a prever a mortalidade em pacientes hospitalizados com Covid-19.

Trata-se de um estudo de coorte realizado num grande hospital universitário dedicado a fornecer cuidados para a Covid-19. Participaram da pesquisa 1.428 pacientes consecutivos internados com idade ≥ 50 anos.

A vulnerabilidade foi avaliada usando a versão modificada do escore PRO-AGE (0–7; maior = pior), uma ferramenta validada e fácil de administrar que considera deficiência física, hospitalização recente, mudança mental aguda, perda de peso e fadiga. As covariáveis da linha de base incluíram idade, sexo, pontuação de comorbidade de Charlson e National Early Warning Score (NEWS), uma ferramenta de acuidade de doença bem conhecida. O resultado foi tempo até a morte dentro de 60 dias da admissão.

Os pacientes tinham mediana de idade de 66 anos e 58% eram do sexo masculino. A incidência de mortalidade em 60 dias variou de 22% a 69% entre os quartis do PRO-AGE modificado. Na análise ajustada, em comparação com as pontuações PRO-AGE modificadas de 0–1 ('quartil mais baixo'), as taxas de risco (IC = 95%) para mortalidade em 60 dias para as pontuações PRO-AGE modificadas 2–3, 4 e 5–7 foram 1,4

(1,1–1,9), 2,0 (1,5–2,7) e 2,8 (2,1–3,8), respectivamente. O PRO-AGE modificado previu diferentes níveis de risco de mortalidade dentro de cada estrato de NEWS e melhorou a discriminação dos modelos de previsão de mortalidade.

Os pesquisadores concluíram que adicionar vulnerabilidade à acuidade da doença melhorou a precisão da previsão de mortalidade em pacientes com Covid-19 hospitalizados. A combinação de ferramentas como PRO-AGE e NEWS pode ajudar a estratificar o risco de mortalidade pela doença.

DECLÍNIO FUNCIONAL E COGNITIVO EM IDOSOS DELIRANTES APÓS UMA VISITA AO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

age and ageing

O objetivo desse estudo, publicado no periódico *Age and Ageing* de janeiro, foi avaliar o impacto do delirium associado à permanência no pronto-atendimento (PA) no estado funcional e cognitivo do paciente idoso 60 dias após a visita ao PA.

Esse projeto fez parte do estudo de coorte prospectivo multicêntrico INDEED e ocorreu entre março de 2015 e julho de 2016 em cinco PAs participantes em toda a província de Quebec. Pacientes sem delirium independentes com idade ≥ 65 anos, com permanência no PA ≥ 8 horas, foram monitorados para delirium até 24 horas após a internação na enfermaria. Foi realizada uma avaliação por telefone de acompanhamento de 60 dias. Os participantes foram selecionados para delirium usando o método de avaliação de confusão. Os estados funcional e cognitivo foram avaliados no início do estudo e no acompanhamento de 60 dias usando OARS e TICS-m.

Um total de 608 pacientes foi recrutado, 393 dos quais completaram o acompanhamento de 60 dias. O método de avaliação de confusão foi positivo em 69 pacientes (11,8%) durante a permanência no PS ou nas primeiras 24 horas após a admissão na enfermaria. Aos 60 dias, os pacientes com delirium experimentaram uma perda ajustada de -2,9 / 28 [IC 95%: -3,9, -2,0] pontos na escala OARS em comparação com pacientes sem delirium, que perderam -1,6 [IC 95%: -1,9, -1,3] (P = 0,006). Uma diferença significativa ajustada na função cognitiva também foi observada em 60 dias, pois os escores TICS-m em pacientes com delirium diminuíram em -1,6 [IC 95%: -3,5, 0,2] em comparação com pacientes sem delirium, que apresentaram uma pequena melhora de 0,5 [IC 95%: -0,1, 1,1] (P = 0,03).

O estudo conclui que idosos que desenvolveram delirium associado à permanência no PS têm um estado funcional e cognitivo basal inferior ao dos pacientes sem delirium e experimentarão um declínio mais significativo 60 dias após a visita à emergência.

ONCOLOGIA E GERIATRIA: uma abordagem integrada

O paciente oncológico idoso tem uma série de peculiaridades. Veja como uma abordagem integrada entre oncologia e geriatria podem fazer a diferença.

Por **Marcelle Souza**

Ter um médico geriatra acompanhando o tratamento oncológico de idosos reduz a toxicidade da quimioterapia, as hospitalizações e as intervenções não planejadas, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Esses foram alguns dos resultados de quatro trabalhos apresentados na última reunião anual da ASCO (American Society of Clinical Oncology), realizada em maio de 2020. “A gente já sabia que esse tipo de abordagem muda desfechos, mas só agora temos estudos randomizados que comprovam isso”, afirma Theodora Karnakis, coordenadora da Oncogeriatría do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp/HCFMUSP) e do Hospital Sírio-Libanês.

A ideia é que, no lugar da abordagem usual, orientada apenas pela oncologia, as intervenções no paciente idoso com câncer sejam integradas e personalizadas, com apoio do acompanhamento geriátrico. No manejo integrado, a geriatria avalia o paciente antes e durante o tratamento, para identificar fragilidades, tratar condições preexistentes que podem atrapalhar a resposta do corpo aos medicamentos e para reduzir o risco de que os procedimentos adotados e o próprio câncer debilitem o idoso em excesso. “Tudo isso deve ser considerado para que ele não seja submetido a tratamento excessivo ou, se tiver condições para tanto, privá-lo da intervenção. Buscamos evitar o *under* e o *over*”, explica Ana Lumi Kanaji, médica da equipe de geriatria do Icesp/HCFMUSP.

A geriatria pode recomendar ou desestimular a adoção de certas intervenções, a fim de garantir a qualidade e a expectativa de vida do paciente, mas a decisão final em re-

lação ao tratamento de câncer continua sendo uma diretriz da oncologia. Assim, as duas equipes atuam juntas, cada uma em sua área de especialidade, e ao lado de outros profissionais de saúde.

“A gente usa um quebra-cabeça para pensar riscos e benefícios do tratamento, observando suporte social, nutrição, idade, funcionalidade, tipo e estágio do câncer, entre outros fatores, para fazer uma avaliação individualizada do paciente”, diz Samara Morais Silveira, geriatra do Hospital Sírio-Libanês Brasília, especialista em geriatria oncológica pela Universidade de São Paulo. “Essa avaliação nos ajuda a entender a idade funcional do paciente e qual é a sua reserva, se é saudável ou frágil, e como podemos melhorar suas condições físicas e nutricionais para o tratamento”, completa Lucíola de Barros Pontes, oncologista do HCor Oncologia e fundadora da Oncogeriatría Brasil, uma empresa que oferece cursos sobre o tema para médicos e outros profissionais de saúde.

Dos quatro estudos apresentados na ASCO sobre oncogeriatría neste ano, três foram realizados nos Estados Unidos e um na Austrália. Todos mostram que a abordagem integrada é mais eficaz, porque permite atendimentos personalizados aos pacientes idosos. Quando adotada a quimioterapia, três estudos apontaram que houve redução da toxicidade devido à abordagem multidisciplinar. Um estudo realizado no Hospital Geral de Massachusetts mostrou ainda uma diminuição dos sintomas de depressão, além da melhora da qualidade de vida.

“A partir desses quatro estudos, temos evidências con-

sistentes e convincentes de que o manejo oncogeriátrico diminui a toxicidade grave da quimioterapia e as interrupções precoces do tratamento em sua multimodalidade, inclusive com impacto na morbimortalidade cirúrgica”, esclarece a oncologista clínica Janine Capobiango Martins, tutora da oncogeriatría Prevent Senior e uma das diretoras da Oncogeriatría Brasil.

Maior sobrevida e tratamento reduzido

O primeiro estudo, intitulado “A geriatric assessment (GA) intervention to reduce treatment toxicity in older patients with advanced cancer: A University of Rochester Cancer Center NCI community oncology research program cluster randomized clinical trial (CRCT)”, foi coordenado pela on-

cogeriatra Supriya Gupta Mohile, do Instituto do Câncer da Universidade de Rochester, em Nova York. Ele foi realizado em parceria com pesquisadores do Texas, da Carolina do Norte, do Havaí, da Califórnia e do Missouri, que acompanharam 718 pacientes acima dos 70 anos com diagnóstico de linfoma ou tumores sólidos incuráveis.

O grupo foi monitorado entre 2013 e 2019. A média de idade dos participantes era de 77 anos e 88% deles haviam recebido quimioterapia, na comparação com outros tipos de tratamento. Os pacientes foram separados em dois grupos: os submetidos aos padrões habituais de tratamento, sob supervisão apenas da oncologia; e os que tiveram uma abordagem integrada, em que os casos eram debatidos com a geriatria.



Os resultados mostram que mais pacientes do segundo grupo receberam tratamentos de intensidade reduzida no ciclo 1 e apresentaram uma menor proporção de toxicidade de grau 3-5 na comparação com pacientes do primeiro grupo. “O fornecimento de informações da avaliação geriátrica aos oncologistas reduz a proporção de pacientes idosos que apresentam toxicidade de grau 3-5 do tratamento paliativo de alto risco do câncer, sem comprometer a sobrevida global. A redução da intensidade do tratamento no ciclo 1 pode explicar esses resultados”, afirmam os pesquisadores no resumo.

Outra pesquisa americana, apresentada com o título “Geriatric assessment-driven intervention (GAIN) on chemotherapy toxicity in older adults with cancer: A randomi-

zed controlled trial”, também mostrou resultados positivos da abordagem integrada. Desenvolvido pelo City of Hope National Medical Center, da Califórnia, em parceria com institutos de pesquisa da Cidade do México e do Tennessee, o estudo acompanhou 600 pacientes oncológicos de 65 a 91 anos. No grupo, 33% tinham câncer gastrointestinal, 23% nas mamas, 16% nos pulmões, 15% no sistema genitourinário e 13% apresentavam outros tipos de tumores. Do total de pacientes, 71% estavam no estágio 4 da doença.

Entre os que receberam o tratamento integrado houve uma redução de 10% da toxicidade da quimioterapia. O estudo, no entanto, não identificou significativa diferença nas hospitalizações, na média de dias de internação e nos atendimentos de emergência.

TSUNAMI PRATEADO

Estudos como esses se tornam cada dia mais importantes devido ao envelhecimento da população e ao aumento da incidência de câncer no Brasil. Segundo uma projeção feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), um em cada quatro brasileiros será idoso até 2060. Isso significa que o percentual de pessoas com mais de 65 anos deve saltar dos atuais 9,2% para 25,5% nos próximos 40 anos.

“Estamos entrando no que alguns pesquisadores chamam de *silver tsunami*. Em 2015 teremos mais idosos do que jovens, e precisamos, enquanto profissionais de saúde, estar treinados e sensibilizados para atendê-los com mais qualidade no futuro”, afirma Lucíola de Barros Pontes, oncologista do HCor Oncologia.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca), a estimativa é que ocorram 625 mil novos casos de câncer por ano no triênio 2020-2022 – um aumento de 25 mil casos por ano em relação ao biênio 2018-2019. O instituto atribui o aumento da incidência e da mortalidade ao envelhecimento e ao crescimento da população, bem como à mudança na distribui-

ção e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico, como sedentarismo e alimentação inadequada.

“No futuro, lidar com pacientes idosos com câncer não vai ser uma escolha, então precisamos nos adaptar, porque a população está envelhecendo e um dos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer é a idade”, diz a oncogeriatra Samara Moraes.

Ainda de acordo com o Inca, 65% dos novos casos diagnosticados com câncer ocorrem em pessoas acima de 65 anos. Além disso, os idosos apresentam dez vezes mais risco de ter câncer e 15 vezes mais de morrer em decorrência dele. Isso acontece por causa de algumas alterações importantes do processo de senescência e da formação de radicais livres, associados a uma menor atividade dos mecanismos de reparo do DNA. Esses fatores podem alterar a estrutura e a função de genes importantes para a gênese e a progressão de tumores.

Até 2022, na população geral o câncer de pele não melanoma deve ter maior incidência (177 mil), seguido pelos de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil), de acordo com o instituto.

“A integração de intervenções multidisciplinares indicadas pela geriatria reduziu a toxicidade relacionada à quimioterapia de grau 3-5 e melhorou a elaboração das diretrizes antecipadas de vontade em idosos com câncer”, diz o trabalho. Nas conclusões, os pesquisadores ainda afirmam que as intervenções da equipe geriátrica devem ser incluídas como parte do tratamento do câncer em idosos.

“Esses estudos mostram que não podemos nos preocupar apenas com o diagnóstico de câncer, mas que é fundamental analisar o paciente idoso de forma multidimensional e que é preciso, sim, uma avaliação global para determinar o melhor tratamento. Sabemos que esse tempo adequado dedicado ao paciente vai ter um impacto enorme, inclusive financeiro, como a redução das internações de emergência”, diz Janine, da Prevent Senior.

Faixa etária versus fragilidade

Apesar de haver maior incidência de casos de câncer a partir dos 50 anos, especialistas explicam que, quando se trata de paciente oncológico idoso, o mais importante não é a idade, mas o grau de fragilidade que ele apresenta, que é determinado por uma série de fatores. Isso porque o paciente frágil apresenta maior taxa de mortalidade e maior toxicidade aos tratamentos antineoplásicos.

“Não é só a idade cronológica, precisamos entender pontos como: o que vai ser mais debilitante para o paciente? Qual é a sua expectativa de vida? Ofertar um tratamento pode piorar a sua condição? Também precisamos entender o que levou a essa condição de vulnerabilidade ou fragilidade. Se for o câncer em si, é bastante provável que o tratamento possa trazer benefícios para esse paciente. Se o paciente tem comorbidades, preciso saber se o tratamento do câncer pode levar a uma condição pior do que antes. Temos que ponderar os riscos e os benefícios”, diz Theodora, do Icesp.

Medir esses fatores é o principal foco da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que no paciente oncológico idoso tem o objetivo de detectar comorbidades que estejam associadas com a diminuição da expectativa de vida e que, eventualmente, possam comprometer sua tolerância aos quimioterápicos, entre outros pontos. “Por exemplo, pacientes com mieloma múltiplo normalmente usam doses de corticoides, que têm como um dos efeitos a descompensação do diabetes. Então, sabendo disso, eu tento compen-

“Esses estudos mostram que não podemos nos preocupar apenas com o diagnóstico de câncer, mas que é fundamental analisar o paciente idoso de forma multidimensional [...]”

sar esse efeito, otimizando a medicação, observo mais de perto o paciente. A terapia de privação hormonal, por sua vez, usada no tratamento de câncer de próstata, pode causar problemas cardiovasculares, há risco de osteoporose e, ciente disso, conseguimos intervir com antecedência para minimizar os efeitos”, diz a oncologista Samara, do Hospital Sírio-Libanês Brasília.

Segundo uma pesquisa realizada por Martine Extermann, professora da Universidade do Sul da Flórida e coordenadora da formação em oncogeriatrics do Moffitt Cancer Center, os problemas geriátricos mais encontrados na avaliação do idoso com câncer são comorbidades (patologias severas em até 40% dos casos), dependência para a realização de atividades instrumentais da vida diária, desnutrição ou risco nutricional, algum grau de deficiência cognitiva, depressão e dependência para atividades da vida diária.

Uma avaliação individualizada, portanto, é o que vai medir cada um desses fatores, além de ajudar a entender qual a rede de apoio e a detectar outras necessidades do paciente, sejam elas clínicas ou sociais. Isso porque já se sabe que o envelhecimento não é um processo homogêneo, e duas pessoas com a mesma idade cronológica podem ter condições muito diferentes de se submeter a um tratamento de câncer, a depender de fatores ambientais, comportamentais e genéticos.

“Os idosos não são todos iguais. Existem os robustos e os frágeis, e isso independentemente da idade. Em geral, o robusto faz o tratamento protocolo para o adulto jovem, enquanto o idoso frágil pode se beneficiar do tratamento oncológico, desde que sejam feitas adaptações ou que ele seja preparado antes, para que sua condição melhore para uma boa performance”, enfatiza a geriatra Ana Lumi.

Melhor qualidade de vida

Durante a última reunião anual da ASCO, o terceiro estudo sobre oncogeriatría foi apresentado por um grupo da Austrália, que avaliou 154 pacientes oncológicos com mais de 70 anos e indicação de tratamento com quimioterapia, terapia-alvo ou imunoterapia. Na pesquisa, intitulada “Integrated geriatric assessment and treatment (INTEGERATE) in older people with cancer planned for systemic anticancer therapy”, os pacientes foram separados entre os que receberam acompanhamento geriátrico e os que tiveram a abordagem usual, apenas com a oncologia.

O estudo mostrou que o grupo que recebeu tratamento integrado teve menos ocorrências de hospitalizações não planejadas e descontinuidade precoce do tratamento. Além disso, desde a primeira etapa do tratamento, esses pacientes apresentaram melhores indicadores de qualidade de vida, tanto na avaliação de habilidades físicas e mobilidade quanto nos aspectos psicológicos e emocionais.

Esse último ponto é especialmente importante porque, como afirma a médica Theodora Karnakis, muitas vezes o diagnóstico é tão impactante que a família e o próprio paciente começam a pensar que todos os sintomas anteriores eram, na verdade, consequência do câncer. “Algumas vezes, o processo depressivo causado pela notícia do câncer é associado a um falso dano cognitivo, que não é real”, diz. Assim, a intervenção geriátrica consegue distinguir com mais clareza os efeitos do câncer dos sintomas preexistentes e associados a outras doenças.

Em suas conclusões, os pesquisadores australianos, assim como já haviam feito os americanos, indicam que o planejamento de intervenções em pacientes idosos diagnosticados com câncer deve ser discutido com equipes da geriatria, a fim de otimizar os resultados e cuidados clínicos.

“Ainda faltam estudos sobre metabolização dos medicamentos de câncer para idosos. Sabemos que nessa fase há alterações das funções hepática e renal, então normalmente fazemos uma redução ou escalonamento, mas tudo de modo empírico. Precisamos avançar nessa área”, diz Janine.

Desafios para uma abordagem integrada

O quarto estudo, intitulado “Randomized trial of a perioperative geriatric intervention for older adults with cancer”, foi realizado no Hospital Geral de Massachusetts com 160

“ No futuro, lidar com pacientes idosos com câncer não vai ser uma escolha, então precisamos nos adaptar, porque a população está envelhecendo [...].

pacientes de mais 65 anos e diagnóstico de câncer gastrointestinal e também encontrou resultados positivos para a abordagem combinada. Nele, parte dos pacientes recebeu intervenção geriátrica pré-operatória ambulatorial e pós-operatória no hospital, e a outra parte o tratamento usual. O geriatra fez avaliação e recomendações às equipes cirúrgicas e/ou oncológicas durante todo o processo.

Usando a análise por intenção de tratar, os resultados da pesquisa mostram que não houve diferenças no tempo do pós-operatório, no uso de UTI e nas taxas de readmissão dentro dos 90 dias de cirurgia entre os dois grupos. Os pacientes com acompanhamento geriátrico, no entanto, relataram sintomas de depressão mais baixos e menos sintomas moderados/ Graves. Já na análise por protocolo, pacientes que receberam tratamento integrado tiveram estadias pós-operatórias mais curtas (5,9 dias, enquanto a média dos submetidos ao tratamento usual foi de 8,2 dias). Eles também apresentaram taxas mais baixas de uso de UTI pós-operatória.

“Embora a intervenção geriátrica perioperatória não tenha tido um impacto significativo no desfecho primário na análise por intenção de tratar, encontramos resultados encorajadores em vários resultados secundários no subgrupo de pacientes que receberam intervenção planejada. Estudos futuros dessa intervenção geriátrica devem incluir esforços, como consultas por telemedicina, para garantir que o acompanhamento seja realizado conforme planejado”, concluíram os pesquisadores.

A recomendação do uso da telemedicina foi resultado de uma dificuldade encontrada durante a própria realização do estudo. O principal problema era que o geriatra que participou da pesquisa tinha consultório em local diferente dos cirurgiões, fazendo com que menos idosos tivessem a possi-

bilidade de receber o tratamento combinado. Distância e falta de profissionais especializados não são uma exclusividade do Hospital Geral de Massachusetts.

“Cada país adapta o serviço à sua realidade. O grande problema em muitos países é que o número de geriatras não tem acompanhado o envelhecimento da população”, relata Theodora. Na França, os protocolos definem que todos os idosos em tratamento oncológico devem ser submetidos a avaliação geriátrica. Nos Estados Unidos, os serviços são parecidos com os do Brasil, onde os idosos passam por uma triagem com outras equipes de saúde e apenas os mais frágeis são avaliados e acompanhados pela geriatria. Por aqui, esse tipo de serviço ainda é restrito a alguns hospitais, mas, segundo as especialistas, já há um esforço dos serviços de saúde para integrar a geriatria no tratamento desses pacientes.

Ferramentas de triagem

Para montar uma equipe multidisciplinar de oncologia, o primeiro ponto é entender a realidade do serviço, suas limitações, as especialidades disponíveis e como os processos podem ser integrados para garantir uma atenção integral e eficaz com o paciente. “Não adianta querer fazer o que é feito lá fora. A comunidade precisa entender quais são as expectativas”, destaca Theodora.

No Brasil, a falta de especialistas e o tempo reduzido das consultas são uma realidade tanto da rede privada conveniada quanto da pública. “Sabemos que o acompanhamento do paciente idoso oncológico por um geriatra muda desfechos, mas isso é factível do ponto de vista da saúde pública?”, questiona Samara. “A gente leva de uma hora a uma hora e meia na consulta, e não temos hoje profissionais suficientes especializados para que essa abordagem seja viável.”

Assim, uma saída possível, afirma a médica, é que a equipe da oncologia tenha em mãos ferramentas rápidas, que auxiliem na triagem dos pacientes, encaminhando apenas os que de fato precisam de atenção geriátrica. “O julgamento clínico é prioritário, mas existem algumas ferramentas que podem ajudar no rastreio no caso de serviços muito cheios. Elas podem ser aplicadas por qualquer profissional treinado, nem precisa ser o oncologista”, enfatiza.

Entre as ferramentas mais utilizadas está a proposta por Linda Fried no artigo “Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype”, publicado em 2001 no periódico *The*

Journals of Gerontology. Para a autora, que é uma das principais pesquisadoras na área do envelhecimento no mundo e atual reitora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Columbia, nos EUA, a fragilidade é uma síndrome clínica identificada quando três ou mais dos seguintes fatores estão presentes: perda de peso não intencional de 4,5 kg no ano anterior, exaustão autorreferida, fraqueza (força de prensão), velocidade de marcha lenta e baixa atividade física.

“Apesar de ainda existir um gap de conhecimento sobre qual é a melhor ferramenta para medir a fragilidade, a Avaliação Geriátrica Ampla é a utilizada como padrão-ouro para determinar as vulnerabilidades (e não só as fragilidades) e as intervenções necessárias. Só que não me parece factível adotá-la em todos os casos aqui”, diz Samara.

Comunicação é a chave

Identificadas as possibilidades dentro do serviço e estabelecidas as ferramentas adequadas para garantir um bom funcionamento e a continuidade dos processos, é necessária a construção de um bom diálogo com toda a equipe, que envolve profissionais de enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, serviço social, entre outras especialidades. Para tanto, todo o time precisa ter um líder do plano de cuidado, que normalmente é o oncologista, que faça a ligação entre as áreas e que entenda as expectativas do paciente e da família.

“Às vezes você tem todas as especialidades disponíveis, mas elas não discutem, não têm interdisciplinaridade. Isso resulta em avaliações isoladas, sem essa comunicação”, afirma a oncologista Janine, da Prevent Senior.

Outro ponto avaliado pelo geriatra é a rede de apoio ao idoso durante o tratamento. Assim, é preciso entender se a família se envolve, se os cuidadores se comunicam, se o paciente vive sozinho ou está institucionalizado. Cada perfil exige uma abordagem e intervenções adequadas, para garantir o cumprimento integral do tratamento. E só uma boa comunicação com a rede de apoio pode mostrar a importância de cada profissional e de cada intervenção.

“O processo não é fácil, e todo mundo vai ser exigido, então cada etapa tem que estar muito clara. Parece fácil, mas requer muita sapiência, muito jogo de cintura”, diz Theodora Karnakis. “É uma área muito complexa e delicada, extremamente interessante.” 

Incontinência urinária na mulher idosa: o que há de novo



JULIANA SCHULZE Doutora em psicologia social pela PUC-SP; fisioterapeuta, professora do curso de fisioterapia da PUC-SP; professora de educação física, mestre em ciências da saúde e especialista em fisiologia do exercício.

Imagem: divulgação

▶ TAKE HOME MESSAGE

- A incontinência urinária (IU) é definida como queixa de qualquer perda involuntária de urina. Ela tem alta prevalência em idosos, sendo maior entre mulheres.
- Trata-se de uma condição que afeta de forma negativa a qualidade de vida, além de gerar custos altos, e seu impacto se faz sentir em diversas situações. Em muitos casos, pode levar ao isolamento social.
- O primeiro passo para o diagnóstico da incontinência urinária é uma boa anamnese, com coleta de dados referente a sintomas, história médica e obstétrica, dados antropométricos, medicamentos em uso e presença de comorbidades. O tratamento da incontinência será recomendado com base na avaliação inicial.

Entendendo a incontinência urinária

A incontinência urinária (IU) é definida como queixa de qualquer perda involuntária de urina. A condição ocorre em ambos os sexos, mas é mais comum em mulheres. Nos homens, ela ocorre frequentemente devido a aumento da próstata, lesões esfínterianas após prostatectomia radical ou radioterapia para o tratamento

do câncer de próstata. Já nas mulheres, a IU está relacionada à disfunção vesical ou dos músculos do assoalho pélvico, em decorrência de gestações, partos e alterações funcionais e hormonais da menopausa.

Podemos classificar a IU em dois subtipos principais: incontinência urinária de esforço (IUE) e incontinência urinária de urgência (IUU). Segundo as definições da International Urogynecological Association (IUGA) e da International Continence Society (ICS), a IUE é a queixa de perda de urina associada à tosse, espirro ou esforço físico, enquanto a IUU é a perda urinária associada a um desejo repentino, urgente e inadiável de urinar. No caso de a pessoa ter os dois sintomas, classifica-se como incontinência urinária mista (IUM).¹

Na IUE há dificuldade no mecanismo de continência por uma falha na pressão de fechamento uretral, tanto no repouso como nas situações em que ocorre um aumento da pressão intra-abdominal. Esse mecanismo de manutenção de pressão ocorre quando há integridade dos músculos do assoalho pélvico, da fásia endopélvica e dos ligamentos relacionados aos órgãos pélvicos. Na falha de algum desses componentes pode haver escapes de urina.²

Na IUU a fisiopatologia está relacionada à bexiga, por uma hiperatividade ou baixa complacência do músculo detrusor ou por uma hipersensibilidade vesical. As causas dessas alterações podem ser neurológicas ou idiopáticas.³

Há ainda outros subtipos de IU, menos comuns do que

os citados acima: incontinência postural (perda de urina com mudança de posição do corpo, como ao levantar-se ou inclinar-se); enurese noturna (perda de urina durante o sono); e incontinência coital (perda de urina durante a relação sexual).¹

Para os idosos, utiliza-se muito a classificação incontinência funcional, que se refere à IU que ocorre não devido a disfunções do trato urinário inferior, mas sim devido a alguma deficiência física ou cognitiva, como comprometimentos na marcha ou demência, que limitam a mobilidade, dificultando o trajeto até o banheiro, ou interferem na capacidade de processar informações sobre o enchimento vesical.⁴

A IU tem alta prevalência em idosos, sendo maior entre mulheres. É uma condição que afeta de forma negativa a qualidade de vida, além de gerar custos altos, e seu impacto se faz sentir em diversas situações. Muitos idosos passam a se isolar, diminuindo sua participação em atividades culturais, sociais e viagens pelo medo de perder urina e molhar a roupa, pela preocupação em ter banheiros suficientes nos locais que eles frequentam ou mesmo pela ansiedade em

relação às distâncias percorridas durante seus deslocamentos. Muitos criam o hábito de usar apenas roupas escuras, para disfarçar possíveis perdas. Outra situação constrangedora é a perda urinária durante as relações sexuais, que faz com que essas pessoas deixem de ter prazer ou evitem se relacionar. Quando se trata da questão econômica, o orçamento pode ser afetado, já que muitos precisarão de absorventes ou fraldas específicas para incontinência, medicamentos, além de consultas mais frequentes com os profissionais de saúde especializados.

Em relação aos dados epidemiológicos, há grande variação nas taxas de prevalência registradas na literatura referentes à IU em mulheres adultas (5-72%), com uma média de aproximadamente 30%, levando em consideração todos os subtipos da condição.⁵ A significativa variação nas pesquisas se dá por subnotificações, diferenças culturais entre os países onde elas são feitas, além de diferentes características metodológicas nos estudos.^{6,7} Entre essas diferenças incluem-se o uso de múltiplas ferramentas para diagnóstico, como questionários distintos, por exemplo, e diversas formas de definir a IU.



As experiências da vida pós-60 em entrevistas dinâmicas, leves e informativas, sempre com a participação de quem mais entende dela: **os próprios idosos.**

Confira todo o nosso conteúdo nas principais plataformas de streaming.

REFERÊNCIA NA INFORMAÇÃO
SOBRE O ENVELHECIMENTO



No Brasil, um estudo feito na cidade de São Paulo encontrou prevalência de IU autorreferida de 11,8% entre homens e 26,2% entre mulheres – depressão, sexo feminino, idade avançada e limitação funcional foram fatores associados a maior prevalência.⁸ Em outro estudo, feito com 388 idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família em São Paulo, a prevalência de IU foi maior (38,4%), sendo mais comum nas mulheres (50%). Diabetes, hipertensão arterial e obesidade foram associados à IU. A IUM foi a queixa mais comum relatada pelas mulheres.⁹

Um fator que interfere negativamente no tratamento da IU feminina é o fato de as mulheres frequentemente não falarem – ou demorem muito para falar – sobre a condição com profissionais de saúde que as acompanham. Há ainda a crença de que a IU faz parte do processo de envelhecimento, dificultando a busca por ajuda. A vergonha de expor uma situação considerada constrangedora também pode fazer com que as mulheres sofram caladas com a condição. Além disso, entre as mulheres que recebem o diagnóstico, apenas uma minoria faz o tratamento de forma adequada. O tratamento muitas vezes envolve mudança de hábitos, pois, além dos medicamentos e cirurgias, a opção por exercícios ou mudanças no estilo de vida são encorajadas, o que para muitas não gera adesão.^{3,10}

Idade e obesidade são fatores de risco conhecidos para IU, e com o envelhecimento populacional e o estilo de vida moderno é provável que a condição seja cada vez mais prevalente na população. Há ainda falta de consciência sobre IU pelos profissionais de saúde, e uma das principais razões para isso é a percepção errônea e generalizada de que perder urina involuntariamente faz parte do processo de envelhecimento. Quanto antes a mulher é tratada, melhores os resultados. Gestações, partos e aumento de peso estão entre os fatores que aumentam a incidência da IU, principalmente quando essas mulheres entram na fase da menopausa.¹⁰ Dessa forma, é de extrema importância que os profissionais de saúde que trabalham com mulheres questionem suas pacientes sobre perdas urinárias de forma rotineira, mesmo quando elas ainda estão na fase reprodutiva, em que já possa ter ocorrido um prejuízo nas estruturas responsáveis pela continência.

Outros fatores de risco apresentados em estudos com

populações grandes incluem histerectomia anterior, cirurgia pélvica, internação em lar de idosos ou demência.¹¹

Como diagnosticar e tratar a incontinência urinária

O primeiro passo para o diagnóstico da incontinência urinária é uma boa anamnese, com coleta de dados referente a sintomas, história médica e obstétrica, dados antropométricos, medicamentos em uso e presença de comorbidades.

Normalmente, o primeiro profissional a ser consultado é o médico. Urologistas, ginecologistas, geriatras e clínicos gerais costumam ter mais acesso e oportunidade de tratar a questão da incontinência. Fisioterapeutas especializados na área também podem ser os profissionais que farão essa anamnese inicial, a fim de planejar um tratamento conservador adequado. Alguns dos aspectos específicos das queixas urinárias analisados durante a anamnese são: início e tempo de queixa, classificação e quantificação da perda urinária, frequência urinária noturna e diurna, dificuldade de esvaziamento vesical, presença de dor, infecções urinárias e constipação intestinal. A partir da anamnese, na maior parte das vezes é possível classificar a incontinência (esforço, urgência ou mista).

Na avaliação fisioterapêutica após a anamnese é feito um exame físico, com a palpação vaginal bidigital, para avaliar a funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico, que pode ser incrementada com equipamentos como biofeedback eletromiográfico ou de pressão, para a tomada de medidas iniciais relacionadas à musculatura.¹ Alguns casos precisarão de exames complementares, solicitados pelos médicos para melhor entendimento das possíveis causas da disfunção, como exame de urina, estudo urodinâmico e ultrassom de vias urinárias. O estudo urodinâmico é o estudo funcional do trato urinário inferior, que analisa fluxo urinário, volume residual após micção, cistometria, pressão de fluxo, pressão abdominal e uretral. Ele pode detectar alterações decorrentes de obstruções, baixa complacência ou hipersensibilidade, por exemplo.¹²

O tratamento da incontinência será recomendado com base na avaliação inicial. Para as queixas de incontinência de esforço, em que a fisiopatologia envolve fraqueza ou disfunção dos músculos do assoalho pélvico, o tratamento

pode ser conservador ou cirúrgico, dependendo da gravidade da IU e da alteração anatômica. O tratamento conservador deve ser indicado como primeira linha de tratamento e envolve a fisioterapia baseada no treinamento dos músculos do assoalho pélvico. Esse treinamento é feito com exercícios específicos, com ou sem auxílio de equipamentos como biofeedback e eletroestimulação.¹³

Para a incontinência de urgência, ou bexiga hiperativa, cuja fisiopatologia envolve o controle vesical autônomo, as opções de tratamento podem incluir medicamentos, mudanças do estilo de vida (regulação de ingestão hídrica e treinamento vesical, por exemplo) e também a neuromodulação por eletroestimulação, tanto de uso ambulatorial, com estimulação percutânea do nervo tibial, como com implantes sacrais nos casos em que haja intolerância aos medicamentos ou ausência de resposta aos tratamentos conservadores.^{12,13}

No caso da incontinência funcional, o profissional deve entender as disfunções que ocorrem simultaneamente e tratá-las. Quando houver alterações de equilíbrio e mobilidade, o fisioterapeuta deverá trabalhar, além do treinamento dos músculos do assoalho pélvico, a reabilitação funcional, com treino de marcha e reajuste postural, por exemplo, além de utilizar estratégias de segurança em relação ao ambiente.¹⁴

Ainda sobre o tratamento conservador baseado em exercícios, é importante que o fisioterapeuta compreenda profundamente a biomecânica da pelve, as funções do assoalho pélvico e suas relações com os músculos e estruturas adjacentes. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico deve ser feito de forma isolada, mas também de forma sincronizada com a respiração e com os músculos que estabilizam o tronco, de preferência em situações que simulem as atividades de vida diária.¹⁵ **A**

Referências bibliográficas

1. Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2009; 29:4–20.
2. Delancey JO, Ashton-Miller JA. Pathophysiology of adult urinary incontinence. *Gastroenterology.* 2004 Jan;126(1 Suppl 1):S23-32. doi: 10.1053/j.gastro.2003.10.080. PMID: 14978635.
3. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers.* 2017 Nov 16;3:17097. doi: 10.1038/nrdp.2017.97. Erratum for: *Nat Rev Dis Primers.* 2017 Jul 06;3:17042. PMID: 29143807.
4. Shakespeare K, Barradell V, Orme S. Management of urinary incontinence in frail elderly women. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2011;21:281–287.
5. Zhang L, et al. A population-based survey of the prevalence, potential risk factors, and symptom-specific bother of lower urinary tract symptoms in adult Chinese women. *Eur Urol.* 2015; 68:97–112.
6. Botlero R, Urquhart DM, Davis SR, Bell RJ. Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: review of the literature and investigation of methodological issues. *Int J Urol.* 2008; 15:230–234.
7. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *J Am Geriatr Soc.* 1998; 46:473–480.
8. Tamanini JTD, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(8): 1756-1762.
9. Burti JS, Santos AM, Pereira RM, Zambon JP, Marques AP. Prevalence and clinical characteristics of urinary incontinence in elderly individuals of a low income. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012 54(2):e42-6.
10. Berlezi EM et al. Incontinência urinária em mulheres no período pós-menopausa: um problema de saúde pública. *Rev. bras. geriatr. gerontol.,* Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.159-173, Aug. 2009.
11. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol.* 111:324-31, 2008.
12. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, Bortolini M, Dumoulin C, Gomes M, McClurg D, Meijlink J, Shelly E, Trabuco E, Walker C, Wells A. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol.* 2017; 28(2):191-213.
13. Goldman HB, Lloyd JC, Noblett KL, Carey MP, Castaño Botero JC, Gajewski JB, Lehur PA, Hassouna MM, Matzel KE, Paquette IM, de Wachter S, Ehlert MJ, Chartier-Kastler E, Siegel SW. International Continence Society best practice statement for use of sacral neuromodulation. *Neurourol Urodyn.* 2018; 37(5):1823-1848.
14. Functional Incontinence. Disponível em www.continence.org.au/types-incontinence/urinary-incontinence/functional-incontinence.
15. Noffs S, Burti JS. Avaliação da qualidade de vida sexual após prática de ginástica feminina em mulheres jovens. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana.* 2019; 30(2), 20-30.

Envelhecimento ativo: uma necessária conquista



MAISA KAIRALLA Médica geriatra; coordenadora do Ambulatório de Transição de Cuidados da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); presidente da Comissão de Vacinação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)

Imagem: divulgação

→ TAKE HOME MESSAGE

- É preciso planejamento para atingir o envelhecimento ativo: conhecer o “poupar” desde sempre afim de ter reserva para “gastar” na velhice.

- Planejar um bom envelhecimento inclui adiar o surgimento de doenças consideradas comuns nesse processo e investir em atitudes saudáveis ligadas ao nosso comportamento social, emocional, financeiro e educacional.

- Inúmeros estudos mostram que ter um propósito de vida durante o envelhecimento é um marco fundamental para envelhecer bem.

Pensar que um idoso que hoje tem 75 anos tinha a expectativa de viver apenas até os 45 anos quando nasceu é estranho e pouco compreensível. É incrível pensar na velocidade com que estamos envelhecendo quando nos damos conta de que em breve a expectativa de vida no Brasil será de 86 anos. A estimativa é de que em três décadas o Brasil terá 64 milhões de idosos, o equivalente a 30% da população total – um fato inédito e de grande valor.

Viver por mais tempo sempre foi uma grande pretensão dos homens. Quantos sonhos se perderam por aqueles que não envelheceram? O que nos diriam aqueles que tiveram conquistas e planos ceifados pela morte precoce? O filósofo e escritor Marco Túlio Cícero (106-43 a.C.) parecia viver no Brasil em 2021 e ser um profundo conhecedor de nossa demografia

quando disse “Ninguém é tão velho para não acreditar que poderá viver por mais um ano”.

Atualmente, não podemos imaginar a vida terminar perto dos 50 anos. A presença de idosos ativos na sociedade, engajados na vida pública, acadêmica, social, corporativa e privada, traduz um novo cenário populacional que precisa ser entendido, experimentado, demonstrado e, acima de tudo, respeitado e valorizado. Sabemos que todos os avanços científicos e tecnológicos – melhoria em infraestrutura, modernização de máquinas, descobertas médicas, para citar alguns – têm contribuído enormemente para a longevidade. Essa conquista é um grande marco revolucionário, fruto de grandes investimentos.

Novas tecnologias, portanto, nos trazem a esperança de uma vida longa e melhor. Nossa tarefa, porém, é en-

tender o que devemos fazer por nós mesmos diariamente. É preciso planejamento para atingir o envelhecimento independente e ativo. Conhecer o “poupar” desde sempre para ter reserva para “gastar” quando formos mais velhos é fundamental. Sempre falo sobre isso, enfatizando que esse processo se inicia na infância – deixar para depois é perder tempo. É claro que as bases já conhecidas, como boa alimentação, genética, atividade física e bons hábitos, contribuem de maneira exponencial para o envelhecimento saudável e sustentável. O que falta é o conhecimento sobre a necessidade da prevenção e da educação.

Dessa maneira, não basta simplesmente viver mais. Precisamos envelhecer de forma ativa, com qualidade de vida. E é assim, ativamente, que devemos lançar a proposta do nosso próprio envelhecimento.

Educação sobre o envelhecimento

Uma análise da pirâmide demográfica brasileira levanta a dúvida: será que todos se engajam para que o seu envelhecimento seja ativo? Pesquisas mostram que, independentemente da idade, é preciso pensar e planejar os passos rumo ao envelhecimento. Para obter sucesso nessa jornada, é necessário estar munido de conhecimento e preparado para viver por mais tempo a plenitude da vitalidade. Devemos “adiar” em muitos anos o surgimento de doenças consideradas comuns no processo de envelhecer. Devemos investir em atitudes que possibilitem guardar “ativos” de saúde que estão li-

“ Não basta simplesmente viver mais. Precisamos envelhecer de forma ativa, com qualidade de vida. E é assim, ativamente, que devemos lançar a proposta do nosso próprio envelhecimento.

gados ao nosso comportamento social, emocional, financeiro e educacional. Esse espectro inclui desde hábitos alimentares até movimentação do corpo e da mente, para manutenção da saúde óssea e muscular e da capacidade cognitiva (memória, aprendizagem, raciocínio).

Aprender a gerir as emoções é outra frente que deve ser incluída na nossa poupança, pois se trata de um ativo que pode impactar – e muito – na qualidade de nossa velhice. A resiliência e a esperança pelos dias que virão contam muito para se envelhecer com qualidade. Paralelamente a isso, é fundamental estabelecer e manter relações sociais saudáveis. Estudos demonstram que os vínculos sociais colaboram para a longevidade e que civilizações que mantêm o contato social próximo apresentam um envelhecimento sadio e bem-sucedido.

Outro aspecto que poucos levam em conta é a saúde financeira, pois fazer uma reserva envolve também uma reserva de dinheiro. Esse é um pilar extremamente complexo num país com tantas desigualdades sociais como o Brasil, mas sem dúvida deve ser discutido.

Valor do propósito

Por fim, mas não menos importante no processo do envelhecimento, é o propósito de vida. É ele que molda a forma de se olhar e se preparar para a velhice. Sem ele, é impossível que o idoso seja protagonista de sua própria história. Ter um propósito de vida durante o envelhecimento é um marco fundamental para envelhecer bem, e inúmeros estudos mostram esse fenômeno.

Um deles foi conduzido recentemente na Universidade de Michigan e analisou 6.985 pessoas acima de 50 anos. Os pesquisadores concluíram que indivíduos sem um forte propósito de vida demonstraram uma maior taxa de mortalidade ao longo dos anos.

Já um outro artigo, intitulado “Pertaining to Older Adults and Purpose”, se propôs a analisar os resultados de 31 estudos que apontavam para a relação entre propósito e boa saúde e bem-estar entre idosos. Segundo esse trabalho, experimentar um propósito na velhice oferece oportunidades para que os idosos continuem contribuindo com a sociedade em que vivem, bem como se mantenham ativos e participando de atividades significativas e que possibilitem sustentar seu valor

social e senso de relevância.

Por definição, ter um propósito significa ter um senso de intencionalidade, um meio de nortear nossos comportamentos, bem como as ações que serão realizadas para alcançar nossos objetivos. Embora seja algo extremamente subjetivo, sabe-se que ter um propósito de vida é basicamente ter um “propulsor” para seguir adiante, independentemente das adversidades enfrentadas. O desejo de realizar/alcançar algo é o que nos move e, assim, saber aonde se quer chegar é uma maneira de encontrar forças para vencer os desafios.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece três pilares para o envelhecimento ativo: saúde, segurança e participação. Enquanto o pilar “saúde” engloba promover hábitos saudáveis, além de combater os fatores de risco (ambientais e comportamentais), o segundo pilar diz respeito à segurança, tanto física como financeira, assegurando proteção, dignidade e assistência aos idosos. E, por fim,

temos o terceiro pilar: “participação”, que se refere à integração dos idosos nas atividades socioeconômicas, culturais e espirituais.

A esses três, acredito que ter um propósito também seja uma das formas para se alcançar qualidade de vida na velhice.

Na verdade, propósito é algo que precisamos ter, independentemente da idade. É importante exercer o autocuidado e entender os próprios anseios, objetivos e valores – em suma, encontrar razões para acreditar e viver. Ao fazer esse exercício, assume-se responsabilidade sobre a própria vida, o que permite realizar escolhas de maneira mais consciente e que poderão contribuir, inclusive, com uma longevidade mais saudável. Engana-se aquele que pensa que a vida termina na aposentadoria ou na idade fixada que taça o nome idoso.

Para o idoso, em especial, a falta de propósito pode trazer uma falta de perspectiva e isolamento, acarretando problemas tanto na saúde física quan-

to na mental, piorando a qualidade de vida e as interações sociais.

Por fim, envelhecer sim, sempre. Todos teremos esse caminho, mais longo ou mais curto. A questão é como chegar bem na velhice. Como ser ativo e desfrutar de tudo o que a vida nos oferece. Poupar durante a vida os ativos de saúde e envelhecer com resiliência e propósito são ferramentas que traduzem o envelhecimento ativo e sustentável. São corrimões que nos levam para além dos degraus que poderíamos planejar. Não poderia deixar de citar Winston Churchill (1874-1965), grande estadista inglês que fez sua história ativamente: “Não é suficiente ter vivido. Devemos estar determinados a viver por algo”. **A**

Conteúdo patrocinado



Referências bibliográficas

1. Alimujiang A, Wiensch A, Boss J, Fleischer NL, Mondul AM, McLean K, Mukherjee B, Pearce CL. Association Between Life Purpose and Mortality Among US Adults Older Than 50 Years. *JAMA Netw Open*. 2019 May 3;2(5):e194270. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.4270. PMID: 31125099; PMCID: PMC6632139.

2. Irving J, Davis S, Collier A. Aging With Purpose: Systematic Search and Review of Literature Pertaining to Older Adults and Purpose. *Int J Aging Hum Dev*. 2017 Dec;85(4):403-437. doi: 10.1177/0091415017702908. Epub 2017 Apr 10. PMID: 28391702.

3. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo.

– Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

4. Friedman, S. M., Mulhausen, P., Cleveland, M. L., Coll, P. P., Daniel, K. M., Hayward, A. D., Shah, K., Skudlarska, B. and White, H. K. (2018), Healthy Aging: American Geriatrics Society White Paper Executive Summary. *J Am Geriatr Soc*. doi:10.1111/jgs.15644.

Extima

FORÇA AUXILIAR NO
CUIDADO DA **SARCOPENIA**¹
Produto pioneiro

FORMULAÇÃO ESPECÍFICA

COM PEPTÍDEOS BIOATIVOS DE ALTO DESEMPENHO

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

COMPROVADAMENTE EFICAZ NO AUXÍLIO DE:¹

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

» APRESENTAÇÃO EXCLUSIVA EM LATA
Impulsionando a longevidade com mais praticidade



Tecnologia exclusiva
BODYBALANCE™
Performance Peptides

Desenvolvido especificamente
para a musculatura esquelética
com comprovação científica.¹

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

Conflitos e desafios em tempos de pandemia – mediar é preciso



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



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

Imagem: divulgação

Introdução

A humanidade tem experienciado ao longo de sua história períodos impactantes que, de algum modo, nos levam a refletir e impulsionar novas atitudes e comportamentos que conduzem à superação de problemas e direcionam o homem à evolução. Como exemplos de períodos marcantes podemos citar as duas Guerras Mundiais, no século XX, que geraram perdas e sofrimento, mas também desencadearam a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e do Banco Mundial, em razão das mudanças econômicas (Gaspar, 2015).

Situação semelhante se observa em relação às doenças que se espalharam pelo mundo conforme o homem se alastrava explorando novos continentes e oportunidades. As chamadas pandemias acompanham a evolução da humanidade e, se tempos passados nos conduzem a aprendizados, também mostram novos desafios. A definição de pandemia é, segundo a Organização Mundial da Saúde

(OMS, 2020) a disseminação de uma nova doença que se espalha por diferentes continentes por meio de transmissão sustentada.

Em 11 março de 2020 a OMS decretou a pandemia de Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus Sars-Cov-2 (OPAS, 2020). Desde então, a população mundial enfrenta inúmeros desafios para proteger a vida e conter a doença. Entre os grupos considerados mais suscetíveis à Covid-19 estão os idosos (60 anos e mais) com maior probabilidade de complicações e óbito e os idosos muito idosos (80 anos e mais).

Este artigo traz reflexões interdisciplinares e possibilidades dialógicas para os novos cenários ocasionados pela Covid-19, tais como conflitos, violência, convivência intrafamiliar e intergeracional e os cuidados em tempos de pandemia, e sobre como a mediação de conflitos pode auxiliar em cenários de crises coletivas, oportunizando uma comunicação mais efetiva e atitudes colaborativas.

Desenvolvimento do tema

Diante da gravidade da pandemia causada pelo coronavírus, novas realidades passaram a fazer parte do cotidiano da população mundial: quarentena, com isolamento e distanciamento social – e em alguns lugares o lockdown (fechamento total de uma cidade ou país) –, obrigatoriedade de implementar protocolos sanitários (como uso de máscaras, lavagens das mãos, uso do álcool em gel), restrições parciais ou fechamentos totais de serviços essenciais, entre outras medidas para conter a disseminação da doença e preservar vidas.

Conforme informações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), as vacinas já aprovadas em caráter emergencial têm resultados preliminares encorajadores. Mas a entidade alerta que, embora elas possam ajudar a controlar a pandemia, não resolverão tudo; se persistir a crise da Covid-19, continuarão as medidas protetivas para que o vírus não se espalhe e cause mais mortes: etiqueta respiratória, distanciamento de pelo menos 1 metro de outras pessoas e, quando não for possível, permanecer com o uso de máscaras, medidas individuais fundamentais sobretudo quando mutações do vírus já têm sido identificadas.

Todos os contextos mundiais, locais e territoriais foram afetados. Com inúmeros protocolos a serem seguidos, cada país foi desenvolvendo estratégias próprias para conter o vírus, para diminuir a letalidade ou impedir colapsos e aparelhar os sistemas de saúde, adotando diferentes abordagens, medidas estas implementadas muitas vezes sem tempo hábil para reunir profissionais e fazer um estudo de aplicabilidade local.

Os efeitos da pandemia atingem todas as gerações e com maior gravidade as pessoas idosas, por questões como fragilidade e comorbidades. Esse fato, altamente disseminado por órgãos de saúde e veiculado incessantemente pela imprensa, transformou a população idosa num alvo ainda maior para o preconceito etário (idadismo ou ageísmo), acentuando a invisibilidade dos direitos fundamentais dessa faixa etária, conforme aponta KLEIN (2020):

Es lo que se percibe en el escenario político del COVID-19: el adulto mayor comienza a ser tratado de vuelta como “viejo” y asociado a políticas de decrepitud. De esta manera, las políticas emanadas del COVID-19 son exitosas porque no se está pensando al adulto mayor como ciudadano que opta, sino como un ser en peligro, desde una imagen fatigada, de-

crépita, de riesgo. Debe ser confinado. Y es por su propio bien, se agrega. Y además: no se discute.

Além disso, a heterogeneidade que representa essa parcela da população, com diversas velhices, ativas, autônomas e outras mais frágeis ou dependentes de cuidados, foi relevada, conseqüentemente desconsiderando princípios fundamentais como autonomia e independência. Ressalte-se o reforço constante de que é crime discriminar a pessoa idosa, e seus direitos são prioritários conforme artigos 3º e 96 do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 2013).

Os tristes efeitos dessa pandemia, com altos índices de letalidade e de pessoas que se contaminaram, com repercussões nos contextos de saúde, social e econômico, influenciam o dia a dia dos indivíduos e de suas famílias. Como na população idosa brasileira se verificam adultos dependentes da renda de seus familiares idosos, a situação se agravou com os afastamentos, o falecimento precoce, com protocolos para processos de luto (conforme Portaria Conjunta Nº 1 do Conselho Nacional de Justiça e do Ministério da Saúde, 2020), além das dificuldades com questões jurídico-financeiras e os casos de demissões geradas pela crise econômica subjacente à pandemia.

Diante disso, Camarano (2020) questiona como as famílias brasileiras com idosos se organizam em relação ao envelhecimento, já que muitos deles são os principais provedores geracionais e contam com menos ajuda do Estado. Ela destaca questões desafiadoras potencializadas em situações de crise. A família, em seus diversos arranjos e gerações, ainda é vista como o principal apoio e responsável pelos cuidados e colaboração em um “conflito cooperativo” em prol do “bem-estar coletivo”. A autora também reforça como a população idosa ainda padece do reconhecimento da importância do seu papel familiar e é duplamente vítima dessa crise provocada pelo coronavírus, seja pelas perdas de empregos ou pelas mortes.

Como a pandemia afeta cada vida humana e cada idoso é um universo de possibilidades, inúmeras realidades podem ser exemplificadas, como idosos que viviam sozinhos e passaram a conviver com filhos e netos, idosos independentes que permaneceram em suas casas isolados dos demais familiares, idosos cuidadores de filho ou cônjuge também idoso, idosos que interromperam repentinamente as rotinas de cuidados em equipamentos como centros-dia, instituições de longa permanência (ILPI), idosos com

tratamentos e/ou cirurgias suspensas, bem como alterações nos cuidados de todo tipo.

Com relação às adaptações em equipamentos de cuidados, a Nota Técnica da Anvisa Nº 05/2020 “orienta as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) para a prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus (SARS-cov-2), a fim de evitar a disseminação da Covid-19, nesses espaços” – com cuidados como a educação e o treinamento da equipe para o uso de equipamento de proteção individual (EPI) e dispositivos de proteção respiratória, cuidados com os ambientes de uso comum, cuidados com a comunicação entre a equipe, pessoas idosas e familiares, com a suspensão de visitas e utilização de estratégias e contatos virtuais para favorecer a comunicação, entre outras orientações (Giacomin, 2020).

É fundamental ressaltar a importância da manutenção da independência e autonomia do idoso e o combate à discriminação e a atenção para que o distanciamento não se torne segregação social do idoso, com prejuízo à saúde mental e ao bem-estar. É necessário reforçar neste período tanto a individualidade da pessoa que envelhece bem como a complexidade e a diversidade que o processo do envelhecimento apresenta, garantindo as adaptações imprescindíveis ao cumprimento das normas protetivas e o acesso aos cuidados.

Os conflitos impactam nos aspectos pessoais, relacionais, estruturais e culturais, e metodologias transformadoras aos impasses podem provocar mudanças, minimizar comunicações disfuncionais e maximizar a compreensão mútua, ao incluir e elucidar receios, esperanças e objetivos relacionais dos envolvidos (Lederach, 2012). Muitos conflitos surgem em tempos de crises coletivas em que as pessoas ficam mais fragilizadas. Alguns exemplos de conflitos familiares surgidos nesse período são elencados aqui:

- Dificuldade para conversar sobre as questões relacionadas à Covid-19 e aos protocolos de segurança e proteções;
- Manutenção dos protocolos necessários para a prevenção da doença, como distanciamento e isolamento social;
- Discussões sobre a preservação da autonomia da pessoa idosa para a escolha do seu cuidado quando necessário ou qual a melhor forma de organização da rotina para cumprimento dos protocolos para prevenção da Covid-19;
- Convivências intergeracionais, quando várias gerações

passam a conviver por mais tempo em um ambiente coletivo e encontram dificuldades para se organizar;

- Conflitos relacionados a desrespeito à autonomia do familiar idoso em tomadas de decisões e autocuidados;
- Em situações de idosos dependentes de cuidados – cuidadores informais (familiares, amigos, vizinhos) e/ou cuidadores formais (remunerados) que tiveram que implementar protocolos de atendimento e reorganizar planos de cuidados para garantir segurança e proteção à vida e à saúde do idoso, podendo encontrar dificuldades em suas funções;
- Questões na família entre o cuidador principal e os cuidadores secundários, a fim de reorganizar a rotina de cuidados lidando com outras tarefas domésticas que se impõem (desinfecção de ambientes, por exemplo), entrada e saída desses no ambiente domiciliar onde se encontra a pessoa idosa, entre outras tarefas diárias;
- Familiares idosos institucionalizados e as novas rotinas para o acompanhamento familiar à distância, com oferta de comunicação por meio de tecnologia ou de visita à distância (da calçada ou através de uma janela), entre outros.

Outra situação geradora de conflitos que merece destaque se refere à possibilidade da mediação em contexto de cuidados paliativos, que demandam integração entre familiares e equipes multiprofissionais para acompanhamento e negociação dos cuidados, casos que também chegam para as mediações, como meio para a reorganização de rotinas e a colaboração familiar.

Todas essas questões exemplificam rotinas comuns de muitas famílias com idosos, em que são necessárias novas construções, alternativas, diálogos e colaborações para que uma nova organização seja possível, sem desatender os direitos fundamentais do idoso à vida, à saúde, à dignidade, ao respeito como sujeito de direitos (artigo 1º Estatuto do Idoso), alinhados à solidariedade intergeracional. Na presença de familiares idosos dependentes, os cuidados também necessitarão ser reestruturados com mudanças passíveis de adaptações conforme a rede de suporte e o ambiente.

Os conflitos e as dificuldades que os familiares encontram são multifatoriais, levando à necessidade de acompanhamento multiprofissional das áreas de saúde, assistência social, jurídica e psicológica, entre outros. A mediação faz interface com todas as áreas envolvidas, sendo uma alternativa na busca de soluções das questões mapeadas e

envoltas em dificuldades relacionais e de comunicação. No caso de conflitos que envolvem a pessoa idosa, é fundamental no processo de mediação compor a rede de apoio e interagir com ela.

Dessa forma, a mediação de conflitos é um método autocompositivo de solução e prevenção, no qual se trabalha a melhora da comunicação, das relações, das convivências e dos cuidados. O diálogo faz parte do processo da comunicação e busca construções de relacionamento entre pessoas que compartilham experiências, vivências, ideias e informações referentes às questões comuns que experimentam, colaborando também com contextos coletivos para que grupos cheguem a melhores compreensões (Schirch e Campt, 2018).

A mediação busca trabalhar ou restabelecer o diálogo, com a participação de todos, como um caminho para encontrar soluções centradas em possíveis ganhos conjuntos e cooperação, com uma visão positiva do conflito pela sua administração e pela participação de um mediador para facilitar a comunicação (Sales, 2010), imprescindível em tempos de crise coletiva.

Toda família, sendo entendida como um sistema de relações e gerações, sofre com os impactos da pandemia, que também tem efeito sistêmico, uma vez que envolve todos os núcleos sociais de modo extremamente complexo. Assim, a mediação é uma forma de mútuo cuidado para que as pessoas conversem sobre diversas questões que estão vivenciando e busquem negociações de interesses e possíveis soluções. Com relação ao familiar idoso, fundamenta-se em seus direitos e no bem-estar coletivo da família.

Como ser de cuidado, o ser humano coexiste com os outros em relações de “com-vivência”, “inter-ação” e comunidade (Boff, 2017). Em tempos de pandemia, tanto o autocuidado como os cuidados coletivos foram intensificados, acentuando-se a importância do olhar atento para quem cuida em seguir todos os protocolos de saúde, a fim de se manter saudável para poder exercer suas atividades.

A comunicação e os cuidados à distância passaram a fazer parte ou foram ainda mais intensificados nesse momento – telefonar diariamente, realizar chamadas de vídeo, participar de reuniões on-line, entre outros meios digitais que se somaram ao cotidiano das famílias, para ampliar o diálogo e a interação social, diminuir a distância

física e manifestar uma forma de cuidado para minimizar os efeitos deletérios da pandemia.

A mediação é realizada por mediadores independentes em contexto privado ou em contextos públicos. No âmbito do Judiciário, desde 2010, com a Resolução 125 do Conselho Nacional de Justiça, passou a ser uma Política Pública de Tratamento adequado de conflitos com a criação dos Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC) para as mediações. Com a pandemia de Covid-19, as mediações públicas e privadas passaram a ser realizadas on-line pelas plataformas digitais.

Deve-se considerar que as famílias já buscavam as mediações em diversos outros assuntos, como em planejamentos ou em conflitos sucessórios. Com a pandemia, essas questões surgiram em novo formato, com o luto precoce, o sofrimento das famílias que perderam seus membros de forma repentina, impedidas de realizar os ritos fúnebres, requerendo providências sucessórias que precisam de organização e colaboração de todos os envolvidos, muitas vezes originando novos conflitos familiares (Noal e Damásio, 2020).

Em todos esses contextos de inúmeros desafios e impactos, as vivências e administrações dos conflitos, quando possível, podem ter aspectos positivos, ao tornar as famílias mais fortalecidas e unidas para superar barreiras e adotar estratégias e soluções que atendam a todos. Com relação à pessoa idosa, é imperioso considerar seus direitos humanos fundamentais, sua autonomia em tomadas de decisões e, quando dependentes de cuidados, assegurar acesso ao que lhes garanta dignidade.

Conclusões

A pandemia de Covid-19 impôs ao mundo uma nova maneira de exercer saúde, cuidados, relações parentais e profissionais, novas estratégias pedagógicas para garantir a continuidade da educação, bem como tornou prioritário reformular a rotina e adotar medidas sanitárias contínuas. Diante de tantas mudanças realizadas rapidamente, com pouco ou nenhum tempo para planejar e implementar ações objetivas e assertivas, as contendas familiares entre gerações, a convivência, o medo da pandemia e suas consequências tornaram-se em alguns momentos fatores prejudiciais à saúde mental e exacerbaram conflitos de toda na-

tureza. A mediação de conflitos, técnica dialógica que tem por objetivo mapear os motivos geradores do conflito e propor desenlace e encaminhamentos que solucionem ou minimizem o problema, também passou por ajustes para seguir auxiliando a pessoa idosa e sua família em tempos de distanciamento social.

As publicações que tratam do tema ainda são incipientes, e difundir a mediação de conflitos é um caminho para que profissionais tomem contato com seus benefícios, indiquem e participem do processo quando possível. A mediação é também uma forma de cuidado, portanto, mediar é preciso. **A**

Referências bibliográficas

1. ANVISA. Nota Técnica nº 05/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA – Orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus em Instituições de Longa Permanência (ILPI). Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-05-2020-gvims-ggtes-anvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infeccoes-pelo-novo-coronavirus-sars-cov-2-ilpi>. Acesso em 17 jan.2021.
2. BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra. Ed. Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro, p.109, 2017.
3. CAMARANO, A. A. É possível definir o que sejam Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)? Estudos sobre Envelhecimento Volume 31 | Número 78 dezembro de 2020. Disponível em: https://www.sescsp.org.br/online/revistas/4_MAI+60 Acesso em 8 jan. 2020.
4. CAMARANO, A. A. Os dependentes de renda dos idosos e o coronavírus, órfãos ou pobres? Ciênc. saúde coletiva vol.25 supl.2 Rio de Janeiro Oct. 2020 Epub Sep 30, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.30042020> Acesso em 17 jan.2021.
5. GASPAR, R.C. A trajetória da economia mundial: da recuperação do pós-guerra aos desafios contemporâneos Cad. Metrop., São Paulo, v. 17, n. 33, pp. 265-296, maio 2015. Acesso em: <http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2015-3312>.
6. GIACOMIM, K. C. (Coordenação). Instituições de Longa Permanência para Idosos e o enfrentamento da pandemia de Covid-19: subsídios para a Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso da Câmara Federal: relatório técnico. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos. – Brasília: FN-ILPI, 2020. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Relato%C-C%81rio-final-FN_fichaC.pdf.
7. LEDERACH, J.P. Transformação de Conflitos. São Paulo: Palas Athena, pp.37-39, 2012.
8. LEI FEDERAL 10.741 DE 1º DE OUTUBRO DE 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741compilado.htm Acesso em: 17 jan 2021.
9. HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SANTANA, R. F. Saúde do idoso em tempos de pandemia do Covid-19. Cogitare enferm. 25: e72849, 2020. Disponível em: Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19 | Cogitare enferm;25: e72846, 2020. | LILACS | BDEFN (bvsalud.org). Acesso em 07 jan. 2020.
10. KLEIN, A. COVID-19: Los Adultos Mayores entre la “Revolución” Gerontológica y la “Expiación” Gerontológica. Research on Ageing and Social Policy, 8(2), 120-141,2020. Acesso em: <http://10.4471/rasp.2020.5408>.
11. CORREGEDORIA NACIONAL DE JUSTIÇA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Conjunta Nº 1 de 30 DE MARÇO DE 2020. Estabelece procedimentos excepcionais para sepultamento e cremação de corpos durante a situação de pandemia do coronavírus, com a utilização da Declaração de Óbito emitida pelas unidades de saúde, apenas nas hipóteses de ausência de familiares ou de pessoas conhecidas do obituado ou em razão de exigência de saúde pública, e dá outras providências. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original180204202004015e84d71c65216.pdf>. Acesso em: 17 jan 2021.
12. NOAL, D.S. e DAMÁSIO. F. (Coordenadoras). Processo de luto no contexto da Covid-19. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES) da Fiocruz. Rio de Janeiro: 2020.
13. SALES, L.M. Mediare: um guia prático para mediadores. Editora: GZ, Rio de Janeiro, pp.26-27, 2010.
14. SCHIRCH, L. e CAMPT, D. Diálogos para assuntos difíceis: um guia prático de aplicação imediata. Tradução de Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, p.9, 2018.
15. SILVA, A.N.D.S.; COUTO, E.K.N.N.; COUTINHO, R. S. A escuta dos idosos na pandemia do coronavírus pela análise do discurso ecossistêmica e pelo imaginário. Revista Brasileira de Ecologia e Linguagem (ECO REBEL). Volume 6, n.3, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/erbel/article/view/34519>. Acesso em 17 jan.2021.

A ética por trás das vacinas – reflexões bioéticas da pandemia de Covid-19

Por Naira Hossepian Salles de Lima Hojaj e Reinaldo Ayer de Oliveira*

“O mundo está à beira de uma falência moral catastrófica. E o preço dessa falência será pago com vidas nos países mais pobres.” Tedros Adhanom, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS)

Desde o seu início, a pandemia de Covid-19 trouxe à tona muitas questões humanas de âmbito moral e ético. Passamos pela fase inicial, onde as questões de alocação de recursos escassos, como leitos de UTI e ventiladores, migraram da ficção para a realidade em pouquíssimo tempo e em tantos serviços de saúde pelo mundo. As sociedades e os seres humanos, apavorados com o desconhecido vírus e sua ardilosa capacidade de surpreender toda e qualquer presunção humana de controle da vida, se uniram em valores coletivos de solidariedade e alteridade. Profissionais da saúde incansáveis na sua missão diária de minimizar os danos de uma doença sem precedentes, governantes na sua missão emergencial de prover recursos econômicos, físicos e humanos para a batalha biológica por vir, e a sociedade na sua missão humanitária de proteger a si e ao outro como uma unidade de sobrevivência coletiva.

O tempo mostrou quanto as previsões eram mais uma das artimanhas desse vírus – ondas recheadas de estatísticas elaboradas eram, na verdade, partes de uma única onda. O evitável transformando-se em inevitável, as certezas desmanchando-se em incertezas, a esperança em um fim demorando-se em um sem-fim de promessas. Por quanto mais tempo e volume de onda iríamos passar?

E se fizeram necessários outros valiosos componentes psicológicos do nosso capital humano: otimismo, esperan-

ça, autoeficácia e resiliência. Segundo Luthens, esses são os domínios necessários para o chamado capital psicológico (PsyCap) do ser humano, que o prepara para lidar melhor com desafios, ter otimismo nas situações negativas, acreditar em desfechos positivos e ser capaz de se reerguer após uma crise. O PsyCap é um estado psicológico construído a partir do processo de crescimento e desenvolvimento de uma pessoa no seu contexto social, e torna-se um recurso importante na redução da angústia inevitável diante da crise, além de ser um mediador na promoção da empatia humana. O humano aprendendo a reconhecer as experiências, preocupações, sentimentos e perspectivas do outro humano. Senão pela dimensão afetiva, que inclui compaixão e simpatia, pelo menos a partir de uma dimensão cognitiva e comportamental da empatia.

Enquanto o avançar da pandemia trouxe a inacreditável cifra de mais de 2 milhões de mortes no mundo, sendo mais de 200 mil no Brasil, não observamos o mesmo crescimento nos quesitos humanos de solidariedade e alteridade de maneira consistente para um adequado controle social, econômico e biológico. Se poucas conclusões científicas conseguimos sobre a biologia desse vírus e da Covid-19, no âmbito epidemiológico pudemos observar que atitudes sociais e políticas que privilegiaram o indivíduo em detrimento do coletivo foram os principais contribuindo

tes para essa incontrolável crise global.

A pandemia de Covid-19 ultrapassa 2020 e chega em um esperançoso início de 2021. Cientistas anunciam a chegada das vacinas para o uso populacional. Eficazes e seguras, diversificadas nos seus princípios biotecnológicos e nas procedências. No Brasil, milhares de voluntários participaram dos estudos de fase 3, assegurando uma representatividade regional satisfatória. Se no mundo, segundo Tedros Adhanom, diretor-geral da OMS, as vacinas trouxeram esperança para alguns e aumentaram o fosso de desigualdade entre os países ricos e pobres, o que imaginar das dificuldades técnicas e éticas de uma campanha de vacinação em massa num país que escancarou a desigualdade e iniquidade social? A desigualdade nos cuidados à saúde no Brasil ficou claramente demonstrada a partir da análise retrospectiva das primeiras 250 mil admissões hospitalares de Covid-19 no país, revelando disparidades alarmantes que se refletiram em taxas de mortalidade significativamente diferentes entre as regiões do país. Como dispositivo de prevenção, as vacinas tornam-se ainda mais importantes nessa luta contra a desigualdade da saúde num país com tamanha iniquidade social.

A história da vacinação em nosso país traz paradoxos. De um lado, somos um país em desenvolvimento com reconhecida capacidade de vacinação populacional, suficiente para a contingência de várias doenças infecciosas; de outro, somos um exemplo de falta de investimento em saneamento e condições sanitárias adequadas para o controle de novas epidemias, contribuindo ainda mais para a dependência vacinal. A mesma desigualdade socioeducacional que aumenta o risco de doenças promove o desconhecimento e a descrença na importância das vacinas, ainda mais sendo elas também potenciais causadoras de efeitos adversos indesejáveis.

As questões bioéticas surgem a partir do conflito moral existente no poder vacinal em causar tanto o bem (proteção imunológica, redução de impacto individual e coletivo da doença) quanto o mal (efeitos adversos indesejáveis e não controláveis). Retornemos então às prerrogativas técnicas e

morais: a vacina é um bem comum, com eficácia comprovada para o controle e a prevenção de epidemias que possam prejudicar a saúde individual e coletiva. Sob um argumento utilitarista baseado no conceito moral de John Stuart Mill, por se tratar de um bem comum com impacto na saúde pública, o interesse individual deve ser relativizado em favor do interesse coletivo, em atendimento ao “princípio da proteção do corpo social contra as ameaças de indivíduos e grupos que possam prejudicá-lo”. Em situação de grave crise de saúde, como na pandemia atual, considera-se mais forte ainda esse dever do cidadão em favor do coletivo, justificado também pelo princípio da proporcionalidade.

Por outro lado, esse mesmo bem comum não é isento de eventos adversos ruins ao indivíduo, especialmente àquele mais vulnerável, tornando-se assim necessárias as reflexões éticas sobre a compulsoriedade vacinal e a garantia de medidas de compensação protetoras aos acometidos pelas reações vacinais. Medidas como a obrigatoriedade de assinatura de termo de consentimento vacinal, por exemplo, não apresentam argumentos morais para a isenção da responsabilidade do Estado no adequado suporte ao tratamento das vítimas de reações vacinais. De certa forma, a partir das prerrogativas morais acima descritas, a vacinação como bem comum, que supera o interesse individual, reforça a teoria biopolítica de Foucault, onde o Estado tem um biopoder sobre a vida humana, indispensável para o controle das epidemias.

Considerando, portanto, os princípios éticos do respeito à alteridade, onde o ser humano reconhece o outro e a existência da interação com o outro para a sobrevivência, da empatia, da solidariedade, da responsabilidade e da justiça social, são necessários esforços reflexivos da bioética no sentido de reforçar a credibilidade do poder indiscutível da vacinação para o bem comum, desde que respeitada a garantia das medidas protetoras aos vulneráveis a efeitos adversos, quando existirem. Seguramente, a partir das reflexões bioéticas conseguiremos ações coletivas mais justas, que atendam à necessidade premente de proteção populacional no contexto atual da pandemia de Covid-19. ▢

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

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

Referências bibliográficas

1. Jansen R. Distribuição desigual de vacinas contra a Covid-19 beneficia países mais ricos. O Estado de S. Paulo, São Paulo, 26 de janeiro de 2021. Disponível em: < <https://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,especial-distribuicao-desigual-de-vacinas-contr-a-covid-19-pe-lo-mundo-beneficia-paises-ricos,70003592745>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2021.
2. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB. Positive psychological capital: measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychol.* 2007;60:541–572.
3. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, Marchesi JF, Baião F, Hamacher S,

- Bozza FA. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *Lancet Respir Med.* 2021 Jan 15:S2213-2600(20)30560-9. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30560-9. Epub ahead of print. PMID: 33460571.
4. Lessa SC, Schramm FR. Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):115-124, 2015.
 5. Jin J, Li H, Song W, Jiang N, Zhao W, Wen D. The mediating role of psychological capital on the relation between distress and empathy of medical residents: a cross-sectional survey. *Med Educ Online.* 2020 Dec;25(1):1710326. doi: 10.1080/10872981.2019.1710326. PMID: 31900104; PMCID: PMC6968582.



SAID^{BH} **SAID** **SAID^{SP}**

Serviço domiciliar especializado no cuidado de idosos

-  Acompanhamento Domiciliar a Idosos
-  Atendimento médico e de Enfermagem*
-  Ambulância para Simples Remoção*
-  Enfermagem Domiciliar
-  Serviço de Monitoramento
-  Centro de Desenvolvimento Profissional
-  Nutrição*
-  Fonoaudiologia*
-  Fisioterapia*
-  Emergência Móvel*
-  Transporte Adaptado
-  Psicologia*

*Consultar disponibilidade de serviços por estado.

 (21) 2577-1717
www.saidrio.com

 (11) 3590-0433
www.saidsp.com

 (31) 3045-5628
www.saidbh.com

VIII Fórum Internacional da Longevidade

Com o tema “Envelhecimento 20.20, virando a página”, o evento trouxe reflexões sobre Covid-19, envelhecimento ativo, solidariedade e políticas públicas

2020 foi um ano difícil. A pandemia provocada pela Covid-19 deixou todas as camadas da população em alerta. Só no Brasil, até o início de dezembro, já marcávamos 6,4 milhões de contaminados e o número de mortes passava de 173 mil. Mas uma parte dessas pessoas sofreu ainda mais: os idosos. Considerados grupos de risco, foram particularmente afetados, pois precisaram se isolar em casa, afastando-se dos seus familiares e das suas atividades rotineiras, inclusive visitas periódicas aos médicos. E muitos não sobreviveram à doença. Neste ano de incertezas, o Fórum Internacional da Longevidade, organizado pelo Centro Internacional da Longevidade Brasil (ILC-BR), com apoio da Bradesco Seguros, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e da Unibes Cultural, não poderia deixar de apontar como essa situação afetou a população idosa, nem de mostrar que é preciso aprender com os erros, fortalecer os acertos e seguir em frente, com segurança e responsabilidade. Por isso, o simpósio foi batizado de “Envelhecimento 20.20, virando a página”.

Presidente do ILC-BR e ex-diretor do Programa de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), o médico Alexandre Kalache abriu o evento falando sobre os desafios do ano e mostrando que é preciso virar a página, mas com precaução, garantindo um futuro mais seguro e ativo para a população idosa. “Foi um ano que todos nós gostaríamos de deixar para trás, esperando um 2021 cheio de esperança, solidariedade e compaixão para que a nossa longevidade possa ter um futuro mais promissor”, alertou Kalache. Ele também ressaltou que lançou a Década do Envelhecimento Saudável da OMS, período compreendido entre 2020 e 2030, que joga luz para a importância da sociedade se preparar para atender essa população idosa.

“Em tão pouco tempo fomos modificados pela realidade, que

colocou a nu todas as nossas fragilidades. Temos que reforçar as nossas políticas de saúde, que são absolutamente necessárias e ainda pouco valorizadas. O mesmo vale para a população idosa institucionalizada, que se mostrou a mais vulnerável diante da Covid-19 – e, no entanto, a mais negligenciada, não fosse a atuação da sociedade civil”, comentou a médica Karla Giacomini, vice-presidente do ILC-BR, e no comando da Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos (FN-ILPI), movimento civil nascido junto com a pandemia e que visa a apoiar essas instituições.

Em formato inédito, o Fórum da Longevidade, em sua oitava edição, aconteceu em ambiente on-line, em quatro encontros que discutiram temas específicos e fundamentais para a pessoa idosa. O primeiro deles foi A Década do Envelhecimento Ativo e Saudável. O segundo focou em Solidariedade, Empatia e Compaixão. Já o terceiro mostrou os Impactos Sociais da Revolução da Longevidade. E o quarto olhou à frente e discutiu Como Será o Futuro?



Alexandre Kalache, presidente do ILC-BR, abre o VIII Fórum Internacional da Longevidade

1. O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E ATIVO

A causa do envelhecimento saudável e ativo é algo que não mexe apenas com o Brasil, mas com o mundo todo, como destacou a médica Lely Guzman, do escritório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), de Brasília (DF). Segundo ela, a iniciativa da OMS ao declarar a década 20-30 como a do Envelhecimento Saudável é fundamental para fortalecer a saúde da população idosa e criar um plano de envelhecimento saudável. Apesar de vinte países das Américas já declararem que possuem uma política ou estratégia para a saúde dos idosos, o que se vê é que o envelhecimento não é prioridade nessa região. Por isso, Lely ressaltou que estamos em uma corrida contra o tempo. “O índice de envelhecimento nas Américas está subindo muito mais do que o da média global. Em 2030 já teremos um número maior de idosos a cada cem jovens com menos de 15 anos. No mundo isso deve ocorrer somente em 2055”, contou. Daí a importância de já criar iniciativas para preparar a população. “Queremos que nossos países se sensibilizem para essa necessidade, enxergando nessa faixa etária não um problema, mas uma oportunidade”, disse a representante da OPAS. Essa iniciativa está baseada em quatro pilares:

- na mudança da forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento;
- na garantia de que as comunidades ofereçam atividades que promovam a capacidade das pessoas idosas;
- na oferta de serviços de cuidados integrados e de atenção primária adequados à pessoa idosa;
- no acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem deles.

Kalache ressaltou ainda que o termo “saudável” não se refere apenas à saúde física, mas a aspectos amplos que partem do ponto de vista físico, passam pelo mental, pelo social e pelo financeiro. “Você tem que ter conhecimento do envelhecimento, tem que se preparar para aprender ao longo da vida, fortalecer relações sociais com a família e amigos e se planejar financeiramente. Quanto antes começar, melhor”, explicou.

Atenção aos sistemas de saúde

Partindo da necessidade do cuidado com a saúde, um dos pilares da iniciativa da OMS, e ainda levando em consideração a problemática da Covid-19, o Fórum mostrou a importância dos sistemas de saúde. Estudos internacionais já mostraram que ter um

sistema de saúde universalizado faz a diferença para o enfrentamento de grandes pandemias e também para a saúde geral no dia a dia. Para Marília Louvison, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o envelhecimento saudável depende desse sistema. Por isso, as políticas de saúde devem pensar em atender a todos de forma universal. “O sistema de saúde não deve pensar apenas no tratamento das doenças, mas ter um conceito ampliado na saúde e concebido em função da redução das desigualdades”, diz Marília. Daí que não dá para pensar na questão do envelhecimento saudável sem passar por essas políticas públicas de saúde. Segundo Marília, ser ativo ou ter uma boa saúde não é somente uma questão individual, porque, mesmo que a pessoa idosa faça boas escolhas em sua vida, ela precisa ter oportunidades para colocar tudo isso em ação – seja por meio de uma cidade amiga da pessoa idosa ou de um sistema de saúde capaz de suportar uma demanda específica, como é o caso da Covid-19, oferecendo não só um leito de hospital ou atendimento médico, mas a possibilidade de um isolamento adequado, acesso à água e sabão para lavar as mãos e álcool para higienização.

Mas para um sistema público funcionar é preciso mais investimento financeiro; integração maior entre as esferas municipal, estadual e federal; e uma regulação do sistema público-privado sem o interesse de medicalizar o envelhecimento, e sim ajudar a promover estratégias conforme a necessidade do sistema público. Deve-se ter um olhar específico para a pessoa idosa, pensar na construção de cidades e políticas públicas que sejam amigas desse público, para que ele possa envelhecer da melhor maneira.

A importância da atenção primária

O médico de família Eberhart Portocarrero-Gross, que atua na favela da Rocinha, no Rio de Janeiro, salientou a importância de um sistema de atenção primária forte, que atenda esse idoso em sua necessidade e seja centrada na individualidade, estabelecendo uma relação de confiança e compromisso. Por atenção primária entende-se o atendimento inicial dos problemas de saúde, de maneira que possam ser resolvidos rapidamente e antes que se agravem, exigindo um atendimento mais específico. Segundo Portocarrero-Gross, de 80% a 85% dos problemas de saúde podem ser resolvidos na atenção primária. Em seu painel, ele destacou os quatro atributos essenciais da atenção primária à saúde, principalmente às pessoas idosas:

1. Acesso: o paciente precisa ter acesso facilitado ao atendimento. Ele deve ser atendido rapidamente e ter uma resposta à sua

solicitação, sem precisar ir a um pronto-socorro ou outro serviço de emergência.

2. Integralidade: o médico precisa ver o paciente como um todo, levando em conta seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Sua história de vida, seus hábitos diários e suas crenças influenciam a doença e também devem ser considerados no tratamento.

3. Longitudinalidade: a atenção primária à saúde prevê o acompanhamento do paciente ao longo do tempo, com o mesmo médico e com a mesma equipe. Isso garante que a pessoa poderá ser acompanhada por alguém que a conhece muito bem e com quem ela se sente confortável em relatar seus problemas e questões.

4. Coordenação do sistema: é a organização do atendimento de cada paciente, levando em consideração as suas particularidades e acompanhando seu retorno, caso necessite de algum atendimento mais especializado. Essa coordenação também permite a integração e o acompanhamento quando o paciente tem a necessidade de ser atendido por mais de uma especialidade, o que é muito comum na pessoa idosa.

2. A QUESTÃO DA SOLIDARIEDADE E DA EMPATIA

Como podemos construir solidariedade, empatia e compaixão levando em consideração todo o processo da Covid-19 pelo qual os idosos passaram durante 2020? Foi com essa provocação que o médico Alexandre Kalache abriu o segundo encontro do VIII Fórum Internacional da Longevidade.

Para mostrar como esse olhar ao outro pode funcionar, ele convidou Margaret Gillis, presidente do ILC-Canadá, para compartilhar a experiência daquele país durante a pandemia. Para ela, apesar de o Canadá ter um sistema exemplar de cuidado à saúde e ser listado como um dos melhores lugares para se viver no mundo, essa perspectiva não se reflete quando se trata de cuidados da pessoa idosa. E, com a Covid-19, o preconceito em relação à idade ficou ainda mais evidente. Os idosos foram colocados em grupos separados, alguns foram esquecidos em hospitais ou instituições de longa permanência, outros nem tiveram acesso a um atendimento médico. Só para ter uma ideia, até novembro de 2020, 95% das mortes por Covid-19 no Canadá foram de pessoas idosas.

“A nossa taxa de mortalidade, quando comparada com outros

países, é baixa, mas, se fizermos um corte apenas na população idosa, ela dobra”, explicou Margaret. Ela destacou que muitos idosos morreram sozinhos, por desidratação e desnutrição, que são cuidados básicos – uma enorme prova da falta de compaixão e empatia do Canadá pelos seus idosos. Essa situação vergonhosa, como classificou a presidente do ILC-Canadá, mostrou a necessidade de uma resposta pelos direitos humanos dessas pessoas e da luta pelo fim da discriminação pela idade. Nesse aspecto, segundo ela, a ONU precisa trabalhar uma convenção global que proteja os direitos dos idosos, por se tratar de uma oportunidade para construir um mundo com mais compaixão e um olhar de proteção para essa população.

Para Kalache, a experiência compartilhada pela palestrante canadense revela que, mesmo em países com alta qualidade de vida, a Covid-19 mostrou que as pessoas mais vulneráveis continuam a ser as mais prejudicadas. “Temos que aprender lições, porque essa não será a última pandemia. Outras virão e teremos que estar preparados para lidar com mais empatia e mais solidariedade”, alertou o médico. Já a psicóloga Laura Machado, membro do Conselho HelpAge International, destacou a importância de discutir os direitos do idoso e de dar voz a esse grupo. “A pandemia trouxe à luz o fato de que a discriminação por idade continua sendo um fato muito grave e reforçou que os idosos são os mais vulneráveis. O que ficou claro é que o mundo pós-pandemia só vai caminhar para um mundo mais igualitário para a pessoa idosa se houver mais solidariedade, mais empatia e mais compaixão”, revelou Laura.

Desigualdades no envelhecimento e raça

Além do preconceito por idade, o segundo encontro ainda falou sobre o preconceito racial e as desigualdades no envelhecimento. O painel conduzido pelo professor Alexandre da Silva, doutor em saúde pública pela Universidade de São Paulo (USP), reforçou a importância de falar sobre esse assunto para, a partir daí, pensar em possibilidades de solidariedade. Apesar de ser tratada como minoria, a população idosa negra não é um grupo pequeno e sem representatividade. Segundo ele, mais da metade dos idosos brasileiros são negros – isso mesmo com toda a dificuldade que eles têm para sobreviver, expondo-se não só ao racismo mas a outros problemas, também estruturais, como as vulnerabilidades (social, financeira e física) e a violência de diferentes tipos. “O racismo afeta a pessoa negra antes mesmo do nascimento – o pré-natal das mulheres negras já é diferente. Na infância e na adolescên-

cia, ela sofre diversas maneiras de rejeição, como a estética, ou com menos possibilidades de educação e lazer, ou ainda com abordagens policiais violentas. E, na fase mais avançada do envelhecimento, temos a consequência dessa jornada, em que sua falta de escolaridade, as condições em que vive vão afetar as suas chances de vida”, explicou Silva.

Em tempos de Covid-19 essa desigualdade ficou ainda mais evidente. De acordo com o Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), da PUC-Rio, a letalidade de negros causada pela doença é maior entre os pretos e pardos em todas as faixas etárias. Para o professor, isso ainda é consequência das condições socioeconômicas e do racismo estrutural que se revela pela falta de respeito, pela negligência em lidar com o racismo e suas consequências, pelo acesso reduzido a políticas de qualidade e pela escassez de recursos, entre outros fatores.

Praticar a solidariedade e aumentar a empatia, no caso desse grupo, é proporcionar mais condições para que ele viva melhor, tenha mais chances de aprendizado, mais acesso ao sistema de saúde, mais atividades sociais e de lazer específicos para a população idosa negra. “De positivo podemos citar a maior coesão da sociedade, com as ONGs e comunidades, que ajudaram a blindar e proteger essas pessoas”, disse Silva.

3. IMPACTOS SOCIAIS DA REVOLUÇÃO DA LONGEVIDADE

A expectativa de vida do brasileiro aumentou de maneira significativa nas últimas décadas. Se em 1940 essa expectativa era de 43 anos para homens e 48 anos para mulheres, em 2019 esses números saltaram para 73 e 80 anos, respectivamente, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse aumento muda a sociedade e obriga governantes e a sociedade a pensar sobre a importância do envelhecimento ativo. Já não é mais possível considerar que a aposentadoria é o fim da vida. Hoje ela é mais uma etapa que ainda traz muitas responsabilidades para a pessoa idosa, inclusive a de sustento familiar.

Diante desse cenário, o terceiro encontro do VIII Fórum Internacional da Longevidade discutiu os impactos sociais dessa longevidade e como a sociedade precisa se preparar para acolher – com saúde, conhecimento, direito a participar da sociedade e segurança – os idosos. “Para isso, é preciso que tenhamos um enfoque na área econômica, na aprendizagem ao longo da vida e também nas oportunidades de trabalho”, explicou Kalache.

Ana Amélia Camarano, do Instituto de Pesquisa Econômica

Aplicada (IPEA) e membro do conselho do ILC-BR, mostrou a importância econômica da pessoa idosa dentro das famílias brasileiras. Segundo a Pesquisa Nacional de Amostragem de Domicílios (Pnad), do IBGE, 35% dos domicílios brasileiros têm um idoso residindo junto com a família. E mais: entre os considerados não idosos – população com idade entre 21 anos e 60 anos –, mais da metade não trabalhava. A pesquisa ainda mostrou outro dado importante: nessas casas, os idosos contribuíam com quase 71% do orçamento familiar, a maior parte proveniente da Seguridade Social, ou seja, da aposentadoria ou algum outro benefício concedido pelo governo. Diante da pandemia, esse cenário se agravou ainda mais, já que 600 mil idosos precisaram se afastar das suas atividades laborais e outros 605 mil perderam seus empregos. Somando a isso as mortes de idosos decorrentes da Covid-19, as famílias ficaram desamparadas financeiramente, causando um enorme impacto econômico. Kalache lembrou que os idosos não querem viver com a família, e sim perto dela. Há algumas décadas, a opção de dividir espaço com filhos e netos só passava a ser considerada quando o idoso não tinha condições de manter a sua autonomia. Hoje acontece o contrário. As famílias precisam desse idoso dentro de casa, colaborando para o sustento do lar.

Além disso, como discutido nos dois primeiros encontros, a pandemia aumentou o preconceito contra a idade. Há casos de países que até criaram leis que proibiam idosos de sair às ruas, causando dano à saúde mental e agravamento de problemas preexistentes. “A pandemia mostrou a importância das políticas de Segurança Social, a necessidade de inclusão digital desses idosos e de uma política nacional de cuidados”, enfatizou Ana Amélia.

Mas se o idoso ainda é arrimo familiar, é preciso dar condições e abrir vagas no mercado de trabalho para essa população que continua ativa. O problema é que o idadismo ainda toma conta dos departamentos de recrutamento e seleção das empresas, que veem o profissional com mais de 50 anos como “velho” para ocupar uma vaga. Segundo Litvak, fundador da Maturi, plataforma que reúne oportunidades de trabalho para pessoas maduras e também faz a capacitação de idosos que queiram empreender, apenas 3% das pessoas nessa faixa etária estão empregadas. Ele alerta que as empresas só pensam em ter o profissional mais jovem, principalmente quando levam em conta a transformação digital, e desprezam o maduro, por acreditarem que ele não consegue acompanhar essas novidades. Mas essa é uma percepção errada. “Fazemos um trabalho de conscientiza-

ção nas empresas, mostrando a importância social e estratégica em ter diversidade etária no ambiente de trabalho. Porque as empresas falam muito em diversidade de gênero, de raça, movimento LGBT, mas de nada adianta incluir todas essas pessoas se elas são todas da mesma idade. Ter essa intergeracionalidade é fundamental”, destacou Litvak. Ou seja, a questão etária ainda é esquecida no mundo corporativo.

A partir do momento em que as empresas se preparam para receber essas pessoas, apostando na integração de quatro ou mais gerações no mesmo ambiente de trabalho – algo que vem ocorrendo atualmente e é inédito na história –, o ganho é enorme. Primeiro, porque a empresa conseguirá dialogar melhor com o público com mais de 50 anos, que compreende nada menos do que 50 milhões de brasileiros. Segundo, porque eles podem agregar valor à empresa com comprometimento, menor rotatividade (já que os profissionais nessa faixa etária não têm interesse em constantes mudanças de emprego), responsabilidade e qualidade no trabalho. “Por que um gestor só quer contratar um profissional com até 35 anos? Precisamos acabar com os mitos que compõem o preconceito etário, que mostram que o idoso é teimoso, é desatualizado tecnologicamente, que não é ágil ou é muito caro para a empresa. Não é a idade que define essas características, isso tem a ver com a pessoa”, diz o fundador da Maturi. Para finalizar, ele fez um alerta: “O preconceito etário é responsabilidade de todos, especialmente do mercado de trabalho. Se estamos vivendo mais, temos que trabalhar mais e ter mais empregos”.

Aprendizagem ao longo da vida

Por outro lado, a pessoa idosa também precisa estar preparada para a aprendizagem contínua, seja para arrumar um emprego, seja para empreender. “A pessoa idosa tem que se capacitar, se reciclar, não importa o ramo de atividade. Ainda que o Estatuto do Idoso lhe dê garantia ao trabalho, se ela não aprender sempre, vai ficar sem emprego. Precisamos pensar em políticas públicas para permitir que essas pessoas se reciclem”, contou Litvak.

Já Daniele Vieira, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), lembrou que esse princípio de aprendizagem contínua já vem sendo debatido há anos por organismos internacionais e que aprender ao longo da vida é um dos pilares do envelhecimento ativo. “Mas, quando falamos nesse tipo de aprendizagem, temos que esquecer a lógica do passado, o modelo da sala de aula, em que a pessoa ia ao colégio, depois à universidade, arrumava um emprego e se aposentava. O futuro mostra uma série de ativida-

des intercaladas. A pessoa trabalha, estuda, depois muda de emprego, faz outro curso. Sempre estão imersas em algum tipo de aprendizagem e em qualquer período da vida”, ensinou Daniele.

O que falta, porém, é o engajamento dos idosos nessa aprendizagem contínua. Segundo a palestrante, há muitas políticas de incentivo à aprendizagem destinadas a jovens adultos sem diploma, a indivíduos que estão buscando aprimoramento profissional, a desempregados, imigrantes, mas falta um foco à pessoa com mais de 50 anos. E aí existem dois lados: a falta de oportunidade de aprender e também a vontade do idoso de querer continuar aprendendo. “O que acontece é que aprendizagem não envolve apenas a questão profissional, mas também outros aspectos que ajudam a melhorar a qualidade de vida do idoso, como o maior nível de conhecimento para tratar de assuntos relacionados a saúde, prevenção, direitos, segurança”, disse Daniele. Para ela, é preciso incluir o público idoso nas atividades que proporcionam aprendizagem ativa. E, mais uma vez, volta-se ao assunto diversidade. “Quando pensamos em grupos vulneráveis, pensamos em crianças em situação de risco, imigrantes, grupos étnicos, os excluídos digitalmente e outros. Mas onde ficam os idosos? Eles precisam ser incluídos também”, salientou a palestrante.

4. COMO SERÁ O FUTURO?

Depois de falar da importância da solidariedade na questão da pessoa idosa, dos aspectos sociais da longevidade e do envelhecimento saudável e ativo, o VIII Fórum Internacional da Longevidade chegou ao quarto e último encontro falando sobre o futuro. Como será o futuro? Como preparar a sociedade para cuidar do idoso? Como lidar com a solidariedade intergeracional? Como cuidar da cultura e de aspectos sociais? Essas foram algumas questões levantadas.

“Temos um foco na educação para a longevidade, pois acreditamos nesse quesito como mudança de futuro”, contou Michelle Queiroz Coelho, da Rede Solidariedade de Belo Horizonte (MG) e diretora de desenvolvimento institucional do ILC-BR. Por isso, o ILC-BR lançou um treinamento para ensinar os conhecimentos básicos para que pessoas e empresas estejam mais aptas para encarar as questões da revolução da longevidade. O tema é alicerçado em quatro pilares: saúde; aprendizagem ao longo da vida; participação ativa; cuidado e proteção. “Nós não queremos apenas viver mais, queremos viver melhor e, por isso, é fundamental pensarmos no presente para preparar o futuro”, disse Kalache.

Relacionamento entre as gerações

Ainda no tema de educação para a longevidade, Alanna Armitage, diretora do escritório regional do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), em Istambul, na Turquia, falou sobre a solidariedade intergeracional. A expressão é definida pela ONU como a coesão social entre as gerações – como pessoas de diferentes idades podem se relacionar e como uma depende da outra na sociedade. O que acontece é que o conflito de gerações ainda é muito evidente e uma boa relação depende de um entendimento de todas as partes. Alana Officer, conselheira técnica sênior do Programa de Envelhecimento e Saúde da OMS, salientou que há muitas visões negativas nessa relação e que os dois lados – jovens e idosos – precisam se olhar de forma diferente para melhorar essa interação.

Mas existem boas notícias nesse sentido. Com base em bons exemplos que ocorreram durante a pandemia, Alanna Armitage acredita em mudanças para que os estereótipos que envolvem a intergeracionalidade deixem de existir. “Vimos jovens se mobilizando em muitos países para quebrar o isolamento de pessoas mais velhas, passando tempo com elas, ajudando com as tarefas rotineiras. Tivemos muitas pessoas idosas que se beneficiaram dessas iniciativas. E nós enxergamos nelas uma oportunidade para demonstrar a solidariedade entre as gerações e ampliar essa mensagem pelo mundo”, contou Alanna. Essas ações, ainda que

regionalizadas, ajudam a preparar a sociedade para o futuro, fazendo com que, daqui a alguns anos, possamos viver em uma sociedade em que os problemas intergeracionais deixem de existir. “A pandemia teve um papel muito importante nesse sentido, pois mostrou como podemos tratar da melhor maneira nossos idosos e que as gerações podem se ajudar”, afirmou a palestrante.

Ecossistema *age-friendly*

Criar um sistema que acolha o idoso foi o tema do painel da pesquisadora americana Terry Fulmer, CEO da Fundação John Hartford (JHF), de Nova York, nos Estados Unidos. Ela compartilhou como funciona o sistema amigo do idoso – *age-friendly* – no país e também como a JHF trabalha para implementar ações parecidas em outros países pensando na longevidade.

Segundo ela, a fundação foca em cuidados em três áreas prioritárias: saúde, família e fim da vida – tema ao qual se deve dar mais atenção em nível global –, formando um ecossistema *age-friendly*, ou seja, um movimento social que se preocupa em cuidar dos idosos. Para ela, esse ecossistema é necessário para olhar a pessoa madura de maneira preventiva, não focando apenas na doença, mas na sua qualidade de vida. Por isso, se baseia em quatro aspectos: o que realmente importa para o idoso, medicação, mobilidade e atividade mental. Além disso, o ecossistema *age-friendly* fortalece as ações de solidariedade e empatia, beneficiando não

CULTURA COMO ASPECTO SOCIAL PARA O IDOSO

A aquisição do conhecimento e a educação contínua passam por diversos aspectos da aprendizagem. Não se aprende somente em sala de aula, mas com as experiências não formais também. É aí que o segmento cultural se apresenta como um importante meio de aquisição de conhecimento no processo do envelhecimento saudável. “O conhecimento é o capital humano de maior valia dentro de uma sociedade contemporânea, e a prova disso foi a difusão de conteúdo consumido no meio digital durante a pandemia”, disse Bruno Assami, diretor executivo da Unibes Cultural.

Mesmo assim ainda há uma desproporção no seg-

mento. Menos de 18% dos municípios brasileiros têm uma livraria; 36% da população vivem em cidades sem um museu – nem mesmo para contar a história do próprio município –, 31% das cidades não têm teatros; 40% não têm cinemas; 19% não têm uma emissora de rádio e 15% não têm provedor de internet. Portanto, ainda existe um caminho logo para seguir. “É interessante quando vemos esses indicadores e enxergamos o desafio pautado na sociedade”, alerta Assami.

Além de contribuir para a aquisição do conhecimento, o setor cultural tem um papel importante para o idoso, já que é uma porta de entrada para a sua inserção no mercado de trabalho. Segundo Assami, 11% das pessoas que trabalham na indústria criativa têm mais de 60 anos.

só os idosos, mas a sociedade de maneira geral.

A implementação desse modelo é complexa e desafiadora, mas importante. “O ecossistema precisa funcionar como um todo. Não adianta falar que temos uma cidade *age-friendly*, por exemplo, se o sistema de saúde não for. As políticas públicas precisam andar juntas, falar a mesma língua”, enfatizou a pesquisadora. Para isso, diversas ações vêm sendo tomadas ao longo dos anos por instituições como a OMS e a própria Fundação John Hartford, a fim de preparar os países para que se organizem e tenham condições de integrar esse sistema. De acordo com ela, já há mais de 40 países – incluindo o Brasil – que participam das discussões para esse sistema funcionar.

Combate ao idadismo

Não há como pensar em um ecossistema *age-friendly* se o idadismo continua forte na sociedade. Para falar sobre esse tema, Alana Officer, da OMS, conduziu o painel “Idadismo – O Último Grande Tabu”. Segundo a especialista, a idade é uma das características mais notadas quando uma pessoa encontra outra, junto com o gênero e a raça. Isso é negativo, porque acaba categorizando os grupos e aumentando o preconceito (o que se sente), os estereótipos (o que se pensa) e a discriminação (como se age). Se por um lado a pandemia mostrou exemplos bons de solidariedade entre as gerações, de outro também revelou que esse preconceito contra o idoso – que durante muito tempo ficou escondido – é aceito socialmente. “Não existiram políticas públicas para esse grupo. Andamos ao contrário daquilo que se preconiza como certo, que é a alocação de recursos direcionada para aqueles que mais precisam. Na pandemia, isso não aconteceu”, destacou a especialista.

O que se vê, portanto, é que esse preconceito está crescendo. O que Alana Officer propõe é a união de toda a sociedade para combatê-lo. “Temos que mudar isso na próxima década”, desafiou. Ela lembrou que a OMS lançará no fim de janeiro de 2021 um relatório global que mostrará as diretrizes para acabar com o idadismo. “Eu encorajo que todos tenham acesso a ele, leiam e trabalhem juntos para melhorar a nossa sociedade para os próximos anos”, disse a conselheira da OMS. Para Silvia Perel-Levin, representante do comitê de ONGs sobre Envelhecimento da Aliança Global de ILCs, os governos devem trabalhar para criar uma legislação que combata esse preconceito e consiga, o mais rápido possível, erradicar o idadismo.

Para encerrar o VIII Fórum Internacional da Longevidade, Gabrielle Kelly, do Centro de Bem-Estar e Resiliência, de Adelai-

de, na Austrália, foi convidada para falar sobre a importância da resiliência diante de tudo que passamos em 2020. Ela explicou que as pessoas podem melhorar com o tempo, mas isso depende de cada um estar disposto a mudar e lutar para um futuro que acreditamos ser melhor. “Eu prefiro falar que estamos na época da resiliência e é aqui que vamos definir como serão os próximos anos. A Covid-19 danificou o capital humano em nível mundial. Tivemos mortes, suicídios, doenças mentais, violência doméstica, problemas financeiros, desemprego, falência, jovens sem aula, carreiras estagnadas, deixando o futuro ainda mais incerto do que fora anteriormente”, disse a especialista.

Ela acredita que a resposta está no próprio meio social. “Temos que aproveitar o tempo em casa para pensar sobre o que já foi feito no passado e que não vai mais funcionar no futuro. É uma oportunidade gigante para os líderes tomarem medidas que vão ser escaladas e terão um impacto rápido na vida pós-Covid.” Para sair desse redemoinho de problemas, Gabrielle acredita que a melhor maneira é aprender a ter resiliência. “Teremos que ter um sentimento de gratidão, de força, de solidariedade que ajudará a superar os desconfortos e problemas provenientes da pandemia”, finalizou.

Ao encerrar o evento, Kalache ressaltou a importância da troca de experiências internacionais, como propõem os Fóruns Internacionais da Longevidade. “Neste ano em particular, diante da maior crise sanitária global dos últimos cem anos, impõe-se a necessidade de desenvolvermos políticas que abracem os valores da solidariedade, da empatia, da resiliência, das responsabilidades individual e coletiva. Do contrário, não seremos capazes de consolidar uma cultura do cuidado em resposta à revolução da longevidade – e, portanto, não conseguiremos “virar a página de 2020”, como demanda o título deste VIII Fórum”, concluiu o especialista.

Realização



Patrocínio



Apoio



Residencial
Toniolo
MemoryCare



O QUE É MEMORYCARE

Um Residencial especializado na individualização de cuidados para idosos com diversos problemas de memória, inclusive Doença de Alzheimer.

UM LUGAR PARA CHAMAR DE SUA CASA

Um Residencial acolhedor, adaptado para trazer referências marcantes da vida de cada idoso como seus gostos culinários, musicais, visuais e de lazer.



A INOVAÇÃO DO CUIDADO

Nos Estados Unidos, 75% dos idosos em Residenciais MemoryCare apresentam melhoria no desempenho de atividades mentais e locomoção.

O 1°
RESIDENCIAL
MEMORYCARE
DO BRASIL

Venha conhecer o Residencial Toniolo *MemoryCare*

Ligue: 11 5539-3717 • Whatsapp: 11 99163-7836

www.residencialtoniolo.com.br

Rua Dona Brígida, 671 - Vila Mariana, São Paulo/SP



Imagens: divulgação



AGENTE DUPLO

O documentário *Agente Duplo*, da diretora Maite Alberdi, vai representar o Chile no Oscar deste ano

na categoria filme internacional. O longa tem como personagem principal um viúvo recente que se infiltra numa ILPI para checar o tratamento de uma de suas residentes, a pedido de um detetive particular contratado pela filha dela.

Segundo a diretora, a ideia inicial era fazer um filme sobre um investigador privado. Quando ela encontrou um que aceitasse ter suas atividades filmadas, nenhum dos casos parecia interessante o suficiente – até o caso da ILPI. Mas, como quem fazia esses trabalhos estava indisponível, o detetive teve de entrevistar idosos para o papel.

O candidato escolhido foi Sergio Chamy, que rouba a cena com seu jeito atrapalhado e carismático. Sua falta de habilidade com a tecnologia e a falta de discrição o tornavam o exato oposto de um investigador, o que acaba por render episódios divertidos no filme. E o que tinha tudo para ser um documentário sobre as más condições da casa acaba se tornando uma espécie de narração da vida na velhice dentro de uma ILPI e a solidão que se experimenta nela. Por isso Chamy é tão cativante: ele faz questão de se conectar com os outros moradores com carinho e atenção, o que resulta em cenas emocionantes.

O filme provoca uma reflexão necessária sobre a relação da sociedade com as ILPIs. “A casa de repouso não pode significar uma morte simbólica para essas pessoas. Não é à toa que quem vai fica com medo de perder contato”, afirmou a diretora.

Fonte: *Exame*

James Estrin / NYT



EDITORA AOS 80

Alegando questões de privacidade, muitas comunidades de aposentados nos EUA se recusaram a divulgar os nomes de residentes que tiveram Covid-19 ou mesmo que morreram da doença. Também não eram divulgados os nomes de funcionários que tivessem ficado doentes nem de pessoas que tivessem se exposto ao vírus numa visita ao médico, por exemplo.

Para Diana Wiener, de 80 anos, residente de uma comunidade ao norte de Nova York, essa decisão não caiu bem. Segundo ela, a falta de informações pode ser perigosa numa situação de pandemia. Diana sentia que ela e seus vizinhos estavam sendo tratados como crianças. Por isso, resolveu sozinha dar um jeito na situação: lançou uma newsletter para os residentes, com informações que considerava importantes – inclusive os casos de Covid-19 –, que chamou de *The Buzz*. Com o apoio de amigos, conseguiu fazer a primeira edição – foram 170 cópias entregues por debaixo da porta dos 146 apartamentos da comunidade.

A iniciativa causou um burburinho entre os moradores, e outras pessoas se dispuseram a participar, com sugestões de pauta, textos e até mesmo contribuições em dinheiro. *The Buzz* já está na nona edição e só ganha força entre os residentes como forma de se fazer ouvir. E Diana já tem planos para seu projeto: começar um movimento de newsletters de residentes pelo país.

Fonte: *The New York Times*

VIDAS IDOSAS IMPORTAM



Na onda do movimento Vidas Negras Importam, que tomou conta dos EUA no ano passado, o Brasil ganhou uma versão voltada

para a defesa do público 60+. **Vidas Idosas Importam** é uma mobilização promovida pelo grupo Intercâmbio 60+ – Movimento Nacional de Ativistas dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, com o objetivo de unir pessoas de diferentes gerações, instituições e movimentos da sociedade civil, pela valorização do cidadão sênior, pela defesa de seus direitos e pela sua participação na sociedade. A ideia é, através de ati-

AGORA É LEI



O Programa de Apoio às Pessoas com Doença de Alzheimer e outras Demências e aos seus familiares, sancionado pelo

prefeito de São Paulo, Bruno Covas, entrou em vigor a partir de 12 de janeiro de 2021 como Lei Nº 17.547. O projeto de lei foi de autoria do vereador Gilberto Natalini, com apoio do GRAZ (Grupo de Alzheimer), que congrega profissionais especialistas no segmento, bem como grupos de pacientes e familiares.

O programa, que será desenvolvido no âmbito da Rede Pública Municipal de Saúde, compreende um conjunto amplo de ações, tais como promover a conscientização e a orientação precoce de sinais de alerta e informações sobre a doença de Alzheimer (DA) e estimular hábitos de vida relacionados à promoção de saúde e prevenção de comorbidades. Ainda está prevista a utilização de métodos para diagnóstico e tratamento em todas as Unidades da Rede Pública Municipal de Saúde, com a atualização dos profissionais, visando à melhoria no atendimento para a diminuição de intercorrências, hospitalização e custos e à redução do nível de estresse de quem cuida. Por isso, o programa também prevê apoio e treinamento a cuidadores.

A lei está agora em processo de regulamentação e implementação.

Fonte: *Tudo sobre Alzheimer*

PARCERIA PARA EMPREENDEDORISMO



A iniciativa **50+ Aprendiz Digital** e o Sebrae deram início em fevereiro a uma parceria cujo objetivo é trazer informações práticas sobre empreendedorismo para o público 60+.

O 50+ Aprendiz Digital é uma plataforma de cursos para “inspirar, incentivar, criar soluções para o público sênior e capacitá-los para que sejam produtivos e eficientes, estimulando o empreendedorismo”, segundo sua idealizadora, Maria do Carmo Cunha.

As oficinas são gratuitas e on-line e as palestras são ministradas pelo time de especialistas do Sebrae. A primeira delas abordou o tema “Como anunciar no Facebook e Instagram”. O segundo curso, chamado “Descomplique”, foi destinado a pessoas que não têm CNPJ mas querem empreender.

Para março já está previsto o “Enfrenta Aí”, criado para ajudar empresas que já tenham CNPJ a atravessar o momento de crise causado pelo coronavírus. O programa é composto de encontros coletivos remotos e ao vivo, ferramentas práticas e atendimentos individuais focados na empresa.

vidades e iniciativas, desconstruir estereótipos em relação ao envelhecimento e incentivar o protagonismo do idoso, promovendo uma cultura de respeito à população 60+.

Desde o início da pandemia, o Intercâmbio 60+, composto por profissionais de diversas áreas, vem promovendo campanhas e atividades virtuais, como lives e webinários. “O movimento não parou e agora gerou outra mobilização

que o Brasil abraçou, que é o movimento Vidas Idosas Importam. Em sua essência, ele mostra que há um envelhecimento diverso e muitas vezes a gente olha apenas para uma face da longevidade, e é preciso acolher todas”, diz o gerontólogo Crismédio Vieira Costa Neto, coordenador do grupo.

Para saber mais, acesse a página do grupo no Facebook e no Instagram.

2021

MARÇO

➔ **XXII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**
4 a 6 de março •
on-line
www.cbgg2021.com.br/

ABRIL

➔ **9º Congresso Brasileiro de Densitometria Óssea, Osteoporose e Osteometabolismo (BRADDOO)**
21 a 24 de abril •
on-line
www.bradoo.com.br/

MAIO

➔ **World Congress on Parkinson's Disease and Related Disorders 2021**
1 a 4 de maio •
Maastricht, Holanda
mecc.nl/en/visitors/calendar/451-world-congress-on-parkinson-s-disease-and-related-disorders-2021

➔ **American Geriatrics Society Annual Meeting**
13 a 15 de maio •
Chicago, IL • EUA
meeting.americangeriatrics.org/about/welcome

JULHO

➔ **Alzheimer's Association International Conference 2021**
25 a 30 de julho •
on-line
www.alz.org/aaic/overview.asp

SETEMBRO

➔ **International Conference on Frailty and Sarcopenia Research (ICFSR 2021)**
29 de setembro a 1º de outubro •
Boston, MA • EUA
frailty-sarcopenia.com/

➔ **GERO 2021**
30 de setembro a 2 de outubro •
congressogerousp.com.br/

OUTUBRO

➔ **16th EuGMS Congress**
11 a 13 de outubro •
Atenas, Grécia
www.eugms.org/home.html

➔ **VIII Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Geriátrica**
+
X Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Alzheimer
14 a 16 de outubro •
São Paulo, SP
abraz2021abnpg2021.com/

Libbs



Doutor, a Cora quer te ouvir!

Aqui, acreditamos na continuidade dos cuidados assistenciais ao idoso em parceria com o médico-referência. Queremos criar, juntos com você, um plano de adaptação ao novo residente Cora.

A Cora é uma referência no novo conceito de residencial para idosos, que acredita na parceria da nossa equipe clínica com o médico-referência do familiar, focados no cuidado centrado no idoso. Afinal, os médicos-referência carregam o histórico de saúde, as preferências e hábitos do idoso, que devem ser os pontos focais no cuidado diário de seus pacientes. Principalmente, quando eles vivenciam a experiência e adaptação de uma mudança para uma ILPI.

Ao entrar na Cora, cada vez mais, estimulamos os novos residentes a passarem por um **Programa de**

Adaptação, como parte de seu plano de cuidados.

O Programa de Adaptação Cora, visa **estabelecer uma conexão do médico-referência, familiar e idoso junto à Cora**, para assim proporcionarmos uma assistência direcionada e assertiva, desde o início. É essa parceria entre a nossa equipe de profissionais de saúde e o médico-referência do idoso que nos possibilita promover sempre o melhor cuidado!

Queremos ampliar o escopo deste programa e contar com a ajuda de especialistas para entendermos a melhor maneira para fazê-lo.

Vamos conversar?

Para conhecer nosso Programa de Adaptação Cora de novos residentes, seus benefícios e fazer parte desta jornada conosco,

acesse: corasenor.com.br/oladoutor

ou fale com nossos especialistas: **11 2500.0880**