

REDE
**LONGE
VIDADE**



**JORNADA
PROFISSIONAIS**

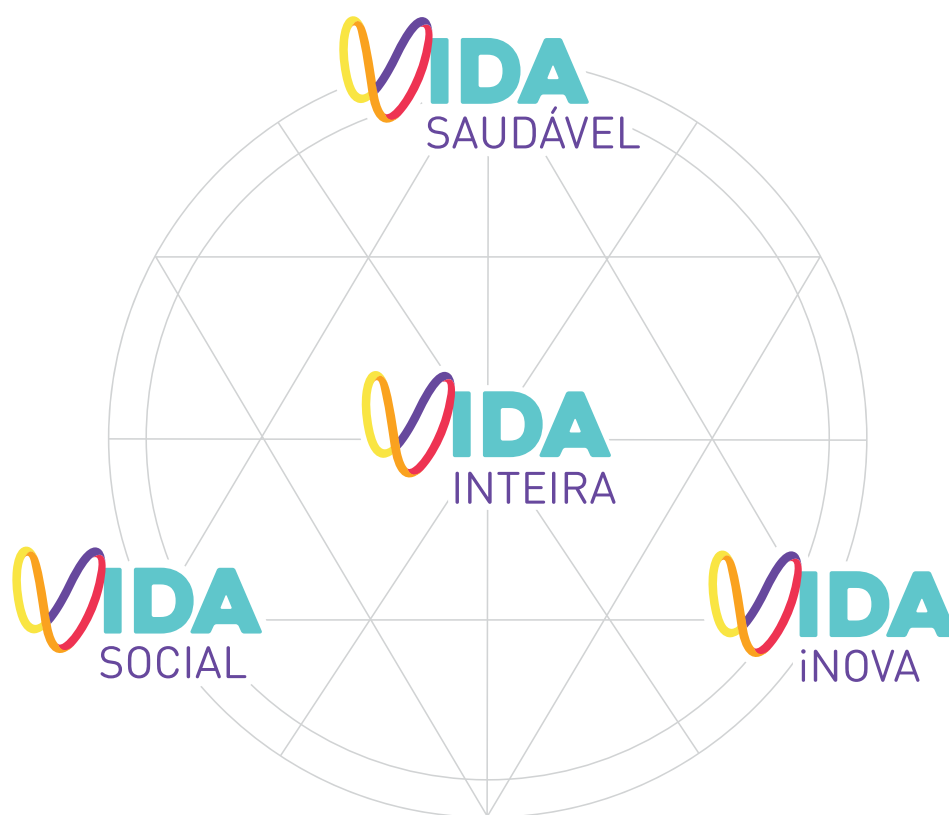


APRESENTAÇÃO

A Revolução da Longevidade traz oportunidades e desafios das mais diversas naturezas, demandando de toda a sociedade um engajamento com a causa. Dr. Alexandre Kalache, geriatra brasileiro de referência internacional, afirma que para lidar com esse cenário precisamos de uma *Revolução na Educação para a Longevidade* e é exatamente neste contexto revolucionário que nascemos!

A Rede Longevidade surge como uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, com o propósito de *conscientizar e engajar indivíduos e organizações para uma cultura pró-longevidade*.

Nossa missão é promover a longevidade através da *educação de indivíduos e organizações*. Fazemos isso tendo como ponto de partida que longevidade não é só sobre a quantidade dos anos a mais que ganhamos com o aumento da expectativa de vida, mas também sobre a qualidade que damos a eles. Assim, organizamos nossos conteúdos a partir de 04 núcleos, que serão a base desta publicação:



Os públicos que dão sentido e vida à nossa causa são segmentados em abordagens educacionais distintas para indivíduos e organizações. Nesta publicação o foco são:

60+: Pessoas idosas ativas

60-: Familiares de pessoas idosas de forma intergeracional

Profissionais que atendem aos 60+: áreas de saúde, educação e assistência social

Criamos uma Plataforma de Educação para a Longevidade com mais de 10 projetos segmentados em 04 eixos de atuação:



- Inspira
- Centro de Referência em Educação para a Longevidade



- Rede ColaborAÇÃO
- Conexão 6.0



- Trilhas da Longevidade
- Festival Coletivo Longevidade
- Programa Pessoas de Impacto
- Programa de Preparação para Longevidade



- Prêmio Pró-Longevidade
- Movimento Pró-Longevidade
- Ativismo Pró-Longevidade

Esta publicação integra o eixo “Multiplica” dentro do Projeto “Trilhas da Longevidade” que democratiza os conteúdos gerados para toda a sociedade através de diversos canais, neste caso, em especial, publicações impressas e eletrônicas.

Para conhecer melhor todas as nossas iniciativas acesse:

www.redelongevidade.org.br

INTRODUÇÃO À JORNADA

Antes de iniciar sua Jornada de Educação em Longevidade, gostaríamos de explicar como ela nasceu! Conseguimos aprovação do projeto junto ao Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte para mobilizar recursos com o Instituto Votorantim através do Fundo do Idoso. Sem esta iniciativa de confiança, não estaríamos aqui hoje, nossa gratidão!

Começamos então este projeto em setembro de 2018 realizando uma pesquisa com fontes nacionais e internacionais de referência sobre o tema, além do diagnóstico envolvendo reuniões, grupos de discussão e eventos, com mais de 100 pessoas representantes de todos os públicos envolvidos nestas publicações: 60+, familiares, profissionais e parceiros. Essa etapa foi muito importante para garantir que tivéssemos uma boa “matéria prima” e cumpríssemos a premissa de fazer **com as pessoas** e não para elas.

Entre novembro de 2018 e março de 2019, nossa equipe composta por médicos (clínico e geriatra), fisioterapeuta, enfermeira, educador físico, nutricionista, terapeuta ocupacional, odontólogo, psicólogo, assistente social, educadora, administradora e socióloga, além dos diversos parceiros e especialistas, criou as cápsulas de conhecimento que serão apresentadas nesta publicação. O propósito é favorecer a compreensão e a prática dos temas selecionados para essa primeira edição. Nesta etapa foram 30 reuniões, com mais de 120 pessoas envolvidas e mais de 60 conteúdos gerados.

Na sequência, em abril e maio de 2019, estes conteúdos foram sistematizados pela agência BeCause em 03 publicações para que as pessoas pudessem ter as jornadas em formato impresso e virtual, disponível também em nosso site, em parceria com a Fastdezine.



Finalmente, na etapa de disseminação de conhecimento, em que entregamos os conteúdos para a sociedade, foram realizadas 08 rodas de conversa, em junho e julho de 2019, e em agosto de 2019, o Festival Coletivo Longevidade, para 200 pessoas. Assim, envolvemos nestas iniciativas somadas mais de 400 pessoas, representantes de todos os públicos envolvidos, além dos acessos e eventos virtuais.

Em toda essa trajetória partimos da premissa da humanização, do respeito, do diálogo e da visão integral do ser humano como valores fundamentais! Nosso agradecimento a todas as pessoas que fizeram este caminho conosco, com tanta dedicação e competência, em especial à equipe e aos parceiros.

Esperamos que sua jornada abra a reflexão sobre um caminho de educação para a vida que está na essência de tudo que fazemos! Assim, mais do que uma boa leitura, desejamos que os frutos sejam boas práticas para sua longevidade!

Michelle Queiroz Coelho
Diretora Executiva da Rede Longevidade



JORNADA

1. TRILHA VIDA INTEIRA	08
1.1 Propósito e projeto de vida	10
1.2 Meditação	13
1.3 Felicidade	16
1.4 Temas interdisciplinares	18
1.4.1 Autonomia e independência	18
1.4.2 Quedas e adaptação ambiental	22
1.4.3 Quedas e exercícios funcionais	25
1.4.4 Sexualidade	29
2. TRILHA VIDA SAUDÁVEL	36
2.1 Consumo de sódio	38
2.2 Obesidade sarcopênica	41
2.3 Sarcopenia e registro de saúde	43
2.4 Motivação e aderência ao exercício	46
2.5 Exercício e uso de medicamentos	48
2.6 Iatrogenia e medicamentos	50
2.7 Balance e prevenção	52
2.8 Saúde bucal	55
2.9 Dependência química	57
2.10 Distúrbio do sono	59
2.11 Função do geriatra	62
2.12 Desafios das doenças crônicas	64
3. TRILHA VIDA SOCIAL	68
3.1 Balanço existencial e o sentido da vida	70
3.2 Insuficiência familiar	72
3.3 Violação dos direitos	74
3.4 Protagonismo e cidadania	76
3.5 Cultura e lazer	79
4. TRILHA VIDA INOVA.....	82
4.1 Educação	84
4.2 Trabalho	86
4.3 Economia Prateada e finanças pessoais	88
5. NA PRÁTICA	92

TRILHA 1



Neste núcleo, apresentaremos conteúdos que são múltiplos e que tratam da longevidade em várias dimensões. Os temas interdisciplinares foram escritos em conjunto por profissionais de diferentes especialidades.

BEM-VINDO À TRILHA!



CÁPSULA 1.1

PROFISSIONAL: Cecília Xavier

FORMAÇÃO: Terapeuta Ocupacional

Propósito e projeto de vida

PONTO DE PARTIDA

Ter um propósito é ter uma direção motivante que nos permite delimitar um caminho e organizar nossas ações, sempre que possível, conectadas com esse eixo e coerentes com o que pensamos, sentimos e fazemos. O que irá nos conduzir nesse percurso, de forma concreta e estruturada, são as atividades conectadas com a nossa história de vida, nossos interesses e habilidades.

O projeto de vida é uma ferramenta que potencializa a aproximação e o exercício dos propósitos. Uma forma de organizar e conduzir a trajetória pessoal em sua complexidade, favorecendo decisões coerentes e aprimorando a construção da longevidade com qualidade. Parar para escrever um planejamento pessoal implica em tomar consciência de como você se encontra hoje, definir como quer estar no futuro e o que precisa fazer para chegar lá da melhor forma possível. Relaciona-se, basicamente à reflexão, planejamento e ação.

Mas o brasileiro não se educa para isso e a tarefa não é fácil. Não sabemos pausar a rotina, repleta de afazeres sobrepostos e muito menos como gerir a complexidade das demandas de forma a viabilizar, também, a preparação para a longevidade. A revolução demográfica já nos coloca uma série de novos desafios e demanda um aprendizado específico que deve ser praticado e cultivado ao longo do tempo.

Desde quando nascemos somos cercados por atividades que nos estruturam, constituem a nossa identidade e preenchem o nosso tempo. Na infância e na adolescência passamos por um processo intenso de amadurecimento para recebermos a total autonomia na fase adulta, quando nos tornamos, de fato, nosso próprio gestor. Esse é o momento de colocar em prática o projeto de vida pessoal.

Mas para a maioria das pessoas o tempo vai passando sem que elas se deem conta da história que está sendo trilhada e seguem fazendo escolhas aleatórias, desconectadas e, muitas vezes, impulsivas. A boa notícia é que você, sendo um 60+, um profissional que trabalha com longevidade ou um familiar de uma pessoa acima de 60 anos, sempre será o protagonista da própria história ou um participante ativo da história das pessoas que acompanha. A cada dia ganha-se

uma nova chance de se assumir o comando e de mudar a direção.

Construir um projeto de vida para a longevidade ou acompanhar as pessoas 60+ nesse processo nada mais é do que investir na apropriação das possibilidades de forma a usufruir a vida em seu potencial, compreendendo que o tempo dessa caminhada aumentou e que novas estratégias serão necessárias para que a ela seja interessante até o fim.

CAMINHOS

Tendo como fato a revolução demográfica impactando a vida pessoal de todos nós, os profissionais que atuam nessa área possuem um desafio duplo: preparar-se para a própria longevidade e acompanhar os 60+ nas particularidades desse processo totalmente subjetivo.

A ferramenta do projeto de vida é uma forma de organizar esse planejamento e envolver os 60+ nas ações de melhoria. Existe uma complexidade na utilização dessa ferramenta, mas é possível transmitir alguns raciocínios e olhares a serem aplicados sem que cada profissional perca a sua especificidade e o seu foco de atuação. Espero provocar algumas reflexões e despertar a curiosidade pelo tema.

Uma forma simples de iniciar o processo é a partir de um diálogo no qual você introduz perguntas como: "Se o/a sr.(sra.) pudesse escolher, o que gostaria que fosse diferente hoje na sua vida ou no seu dia a dia?"; "O/A sr.(sra.) acha que poderia fazer algo para ter uma vida melhor? Se sim, o que seria?"; "O/A sr.(sra.) tem planos para os próximos anos? Se sim, conte-me um pouco sobre eles?"; "Como o/a sr.(sra.) gostaria de estar no ano que vem e daqui a cinco anos?".

Pela escuta das respostas você consegue saber se o seu trabalho se conecta, de alguma forma, ao que ele precisa ou gostaria para si. Isso está diretamente ligado à preparação para a longevidade e pode acontecer em qualquer fase do trabalho entre vocês.

Dando sequência à prática, é preciso ler os 4 núcleos propostos pela Rede Longevidade para se ter uma noção de como o 60+ se encontra em cada um deles. Os aspectos que estiverem demandando maior atenção e cuidado devem ser escritos na Roda da Vida, que se encontra no último capítulo "Na Prática", cada fatia corresponde a um núcleo.

Em seguida vocês irão escolher apenas 1 ponto de cada fatia e passar para o "quadro de organização das mudanças", também localizado ao final da publicação. Ou seja, vocês terão apenas 4 itens a serem trabalhados de cada

vez. Só escreva um novo item quando já tiver resolvido o anterior. Ao lado de cada um, escreva o que precisa fazer para cuidar disso e em seguida a data de início dessas ações. É importante ter um prazo para começar.

O profissional deve analisar se o que foi colocado é coerente com as possibilidades atuais do 60+, lembrando que projetos de vida não têm prazo de validade e devem acompanhar o curso de vida continuamente. Sabendo que muitos 60+ não se sentem no direito de tê-los, talvez esse seja o primeiro passo: dar voz a eles, percebendo-os como seres ativos e com potenciais de contribuição efetiva. Rotinas esvaziadas e falta de perspectivas futuras são uma das grandes causas de adoecimento na maturidade.

LINHA DE CHEGADA

Usar a metodologia do projeto de vida em sua prática profissional com os 60+ pode trazer os seguintes benefícios: maior receptividade às suas intervenções; maior envolvimento e motivação com o seu trabalho; maior participação nos processos de mudança que você propõe, com mais clareza do que precisam fazer; facilitação do trabalho transdisciplinar; possibilidade de você, profissional, construir o próprio projeto de vida, sendo mais coerente com o que faz e funcionando como exemplo para os 60+ que acompanha.

OUTRAS PARTIDAS

Exercícios aplicativos no final desta publicação: capítulo "Na Prática"

Filmes (pode ser passado para os 60+ e seus familiares nos serviços de saúde):

- "E se vivêssemos todos juntos"
- "O estagiário"
- "Elza e Fred"

Vídeos:

- Não busque uma vida equilibrada: <http://bit.ly/30fduwb>
- O que importará ao final da vida?: <http://bit.ly/2HjqMPz>
- Jane Fonda – "Terceiro ato": <http://bit.ly/2PRGfu4>

Arquivos para imprimir: "Monitorando minhas ações, meus valores e meus projetos de vida" (Murta, Leandro-França e Seidl, 2014) e Plano de ação (França, 2002).

Sites: Blog Vida Organizada: <https://vidaorganizada.com>

CÁPSULA 1.2

PROFISSIONAL: Maíla Cunha e Rita Pessoa

FORMAÇÃO: Instrutoras de Hatha Yoga

Yoga e meditação para todos

PONTO DE PARTIDA

Yoga e meditação são dois temas que estão em alta nos dias de hoje! Cada vez mais as pessoas têm procurado por esse caminho em que o objetivo final é harmonizar o corpo e a mente, compreendendo que o que fazemos com o corpo tem um reflexo na mente, e vice-versa.

Primeiro ponto importante sobre esse tema: yoga e meditação não são religiões! Segundo ponto importante: todas as pessoas (de qualquer idade) podem praticar! Não há idade mínima nem máxima, condição física que limite, religião, cor ou etnia.

Yoga é uma filosofia prática. Yoga vem de Yug, traduzido do sânscrito, significa união, junção. Logo, o yoga busca união entre corpo, mente e alma. Surgiu há cerca de 5.000 anos, no noroeste da Índia. O objetivo final do yoga é a iluminação, o grau máximo da evolução do ser humano. Há várias linhas de yoga: Hatha, Kundalini, Ashtanga, Iyengar, etc. Entender qual é o seu objetivo e perfil é muito importante na hora de escolher a linha do yoga que seguirá. Há escolas em que se trabalha muito o corpo físico, em outras há um trabalho mental e energético maior.

A palavra meditação vem do latim “meditare”, que significa voltar-se para o centro e desligar-se do mundo externo. Ou seja, meditação é a concentração da mente, é deixar tudo o que nos preocupa de lado e viver o presente, o aqui e o agora! Meditar é se concentrar, é olhar para dentro de si no silêncio. É buscar o foco e não estar nas memórias do passado ou nas expectativas do futuro, e sim estar na sabedoria do presente. Tudo isto leva à serenidade da mente e do espírito.

Se você busca por um sentimento de profunda paz e satisfação, talvez o yoga e a meditação sejam um bom caminho!

CAMINHOS

Após certa idade, é comum que muitas pessoas se considerem “velhas demais” para tudo. De fato, o corpo começa a sentir os efeitos do tempo, mas a natureza

é extremamente sábia, tudo que não for utilizado deixará de funcionar ou de existir. E isso vale para qualquer idade!

Se o envelhecimento é uma realidade, deve ser desejo de todos desfrutar desse momento tão importante com saúde e vitalidade. E por que não cuidar do seu envelhecimento a partir de hoje?

Quando envelhecemos, ocorrem mudanças estruturais e funcionais do cérebro e isto frequentemente leva ao declínio cognitivo, incluindo deficiências na atenção e memória. Uma das mudanças é a redução da espessura do córtex cerebral, o que os cientistas têm associado ao declínio cognitivo.

A prática de yoga e a meditação podem ajudar no processo de envelhecimento saudável. Agem de forma profunda em todo nosso organismo, levando firmeza ao corpo, flexibilidade à mente e paz ao espírito. Sempre é tempo de aprender coisas novas, de promover saúde física, emocional e mental a você, que é a pessoa mais importante da sua vida!

LINHA DE CHEGADA

As contribuições que a prática regular do yoga e da meditação são inúmeras. De forma sucinta, a prática de yoga e de meditação melhora a saúde física, emocional e mental. Independente da idade do praticante, essas duas técnicas têm a capacidade de gerar vitalidade ao corpo e à mente, favorecendo estimulação cerebral, melhorando a memória e a produção do hormônio do bem-estar, aliviando o estresse e a ansiedade.

A desintoxicação física e mental aumenta o poder e a coragem para enfrentar os desafios da vida; eleva o nível de autoaceitação e autoconfiança; pode combater quadros de depressão e síndrome do pânico; e desenvolve a inteligência emocional. Com a sequência de posturas, exercícios respiratórios e relaxamento, obtemos uma melhor saúde integral.

Segundo Luciana Brandão, instrutora de Iyengar Yoga, o yoga para os grisalhos "melhora o equilíbrio, a qualidade do sono e a flexibilidade". A socialização também melhora com a prática dessas atividades em grupo. Como toda atividade física, é altamente recomendável uma consulta médica antes da primeira aula para evitar surpresas.

Cientistas do Instituto do Cérebro (Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein), da Universidade Federal do ABC e da Harvard Medical School fizeram imagens do cérebro de mulheres idosas praticantes de yoga e encontraram um córtex pré-frontal mais espesso em regiões associadas a funções cognitivas,

como atenção e memória. Os resultados sugerem que o yoga pode ser uma maneira de proteger o cérebro contra o declínio cognitivo que ocorre no envelhecimento.

Não diferente do yoga, a ciência também já comprovou cientificamente os benefícios da meditação. Segundo pesquisas internacionais, a meditação acelera a capacidade de processamento potencial do cérebro, reduz o risco de doença cardíaca e pode melhorar a memória.

Depois de apresentar todos os benefícios, talvez você tenha se animado a buscar uma prática de yoga e meditação para você e seu 60+! Sabe qual idade começar? A que está. Que dia? Hoje!
Avante!

OUTRAS PARTIDAS

Livros: • Autoperfeição com Hatha Yoga – Professor Hermógenes

- Yoga para 3ª Idade
- A senda do yoga
- Meditar transforma

Vídeos: • Canal Mova: <http://bit.ly/2VJzznl>

- Canal Yoga Mudra: <http://bit.ly/2Lwm5Y8>

Sites: • Yoga em casa

- Yogapractice
- Em meditação
- Yogainspiration
- Praticante de yoga tem área cerebral associada à memória mais espessa: <http://bit.ly/2DX8wun>
- Benefícios da meditação cientificamente comprovados: <http://bit.ly/2V9rWlx>

CÁPSULA 1.3

Parceiro: Instituto Movimento pela Felicidade

Felicidade e longevidade

PONTO DE PARTIDA

Felicidade é uma conquista diária. É a busca pelo equilíbrio para lidar com as adversidades que aparecem no nosso dia a dia. Tudo o que fazemos é buscar este ponto de harmonia ou equilíbrio. E, por ser o objetivo maior de nossas vidas, inúmeros estudiosos dedicaram seu tempo a descobrir e entender o que nos torna felizes. A psicologia, como ciência, sempre se dedicou a estudar os problemas do comportamento humano, as doenças mentais, bem como os processos terapêuticos que pudessem minorar o sofrimento psíquico/emocional do ser humano. Porém, no final da década de 90, desponta uma nova corrente, denominada Psicologia Positiva, cujo objeto de estudo era a felicidade. O que as pessoas felizes tinham em comum? Quais eram os fatores responsáveis pela nossa felicidade? Por que algumas eram resilientes, outras não? E, principalmente, o que era felicidade?

Uma das definições dadas à felicidade foi:

“Uma experiência de alegria, contentamento ou bem-estar positivo, combinado a uma sensação de que a vida é boa, significativa e valiosa”.

Suas pesquisas, além de outras descobertas, comprovaram o impacto da felicidade na longevidade das pessoas. Descobriram que pessoas felizes são mais produtivas, vivem mais e vivem não só mais tempo mas com menos doenças e complicações típicas da terceira idade.

Assim, vemos a importância de ajudar os idosos que estão sob os seus cuidados a ser mais felizes. Enquanto houver vida, há chance de ser mais feliz.

CAMINHOS

No mundo globalizado em que vivemos, nos deparamos a todo momento com “receitas para a felicidade”. Como se fosse possível um caminho único. O ser humano é tão singular, nossas vivências são tão subjetivas! Os fatores que nos trazem felicidade, entendida no senso comum como um “estado emocional positivo”, podem ser e são diferentes para cada pessoa.

Para alguns, felicidade está ligada ao dinheiro; para outros, ao amor; para outras, à saúde; para outros, à beleza; e por aí vai. Porém, esses estudiosos, baseados em suas pesquisas, concluíram que todos esses motivos elencados acima, a que chamamos circunstâncias de vida, como estado civil, situação financeira, aparência física, saúde, local em que vivemos, dentre outros, influenciam sim a nossa felicidade, mas a forma como vemos e interpretamos os acontecimentos têm um peso muito grande.

Esses pesquisadores descobriram a importância da positividade. Pessoas que têm foco no positivo, no lado bom dos acontecimentos, são bem mais felizes do que aquelas que enxergam só o lado ruim da vida e vivem se lamuriando e se colocando como vítimas dos acontecimentos. Eles mostraram a importância do bom humor, da leveza e da esperança. Eles perceberam, também, que as pessoas mais felizes são aquelas que estão abertas às mudanças que a vida traz, cultivam boas amizades, bons relacionamentos, procuram estar sempre perto das pessoas que amam, passeiam, viajam sempre que podem, saem da rotina e aproveitam o tempo fazendo aquilo que gostam.

Outro fator importante é que elas comemoram sempre as conquistas, mesmo que sejam pequenas conquistas. Celebram a vida, apreciam a natureza e são gratas por tudo de bom que elas percebem ao seu redor.

A capacidade de perdoar foi outra característica importante percebida nas pessoas felizes. Já é sabido que perdoar faz bem para quem recebe o perdão mas também para quem perdoa. É como se tirássemos um peso dos ombros. Faz bem até para a saúde física e mental.

Sabendo disso, você pode ajudar – e muito – as pessoas 60+ que estão sob os seus cuidados. Procure observar sempre o seu estado de espírito e conversar com elas. Pergunte como elas se sentem, ouça suas preocupações e incentive-as a ver o lado bom da vida e dos acontecimentos. Os idosos necessitam de pessoas que os escutem e que os incentivem.

Esses exercícios, se praticados com regularidade, podem aumentar o nosso nível de felicidade:

- Lista feliz
- Diário de gratidão
- Praticar atos de bondade
- Traçar objetivos

LINHA DE CHEGADA

Se as pesquisas da Psicologia Positiva apontam que pessoas felizes vivem mais, são mais produtivas e adoecem menos, então vamos ajudar as pessoas idosas a serem mais felizes. E a palavra do profissional, suas orientações, tem um peso grande para convencê-los a agir de modo diferente.

Um dos grandes pesquisadores da longevidade nos diz que nunca é tarde para começar. Ele diz:

“Quanto mais cedo melhor, mas nunca é tarde para começar.” Porém, precisamos querer. Precisamos tomar a decisão de ser feliz!

OUTRAS PARTIDAS

Sites: • Movimento pela Felicidade: www.movimentopelafelicidade.com.br

CÁPSULA 1.4.1

PROFISSIONAIS: Raquel Souza Azevedo (Enfermeira) e Renata da Costa Seabra (Terapeuta Ocupacional)

Como promover a autonomia e independência da pessoa idosa

PONTO DE PARTIDA

No processo de envelhecimento, a assistência à pessoa idosa é principalmente prestada pela família, centralizada na figura do cuidador principal ou cuidador formal. A família precisa receber atenção específica dos profissionais de saúde. E lidar com esta clientela exige um conhecimento que inclui aspectos teóricos e metodológicos de como abordá-la levando em conta sua estrutura e dinâmica próprias.

Observa-se que o cuidado se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente em situações nas quais os membros da família não estão

dispostos, estão despreparados e desinformados ou estão sobrecarregados por esta responsabilidade. Com isto, percebe-se que não só o idoso mas também sua família necessita de uma rede de apoio ampla que inclui desde o acompanhamento ambulatorial da pessoa idosa até o suporte estratégico, emocional e institucional para quem cuida.

Precisamos orientar o 60+ a promover a sua autonomia e independência, realizar atividades que lhe proporcionam prazer, mantenham seu cérebro ativo e interagindo socialmente para que possam desfrutar de um processo de envelhecimento ativo e saudável. Diante disto, o papel do familiar é importantíssimo.

CAMINHOS

Todos temos como parâmetro de vida longa ter saúde e ser independente, sem a necessidade de sermos cuidados. Para iniciarmos nossa conversa vamos diferenciar autonomia de independência. Autonomia é a capacidade de decisão, de comando; poder comandar a própria vida; ser dono do próprio nariz! Já a independência é a capacidade de realizar algo com seus próprios meios, sem necessitar de ajuda de outras pessoas.

Você acredita que a independência e autonomia são importantes no processo de envelhecimento?

Para mantê-las a pessoa idosa precisa continuar a realizar suas atividades de vida diária, que nós chamamos de AVDs, são elas:

- AVDs Instrumentais: preparar refeições; tomar os remédios; fazer compras; controlar o dinheiro; usar o telefone; pequenos trabalhos domésticos; lavar e passar roupas; sair para lugares distantes sozinho
- AVDs Básicas: tomar banho; vestir-se; fazer uso do banheiro; transferir-se; ter continência (urinária e fecal); alimentar-se

Lembre-se a pessoa idosa vai perdendo a autonomia e independência quando começa a abrir mão de cuidar de si. É importante que o profissional e o familiar que convive diariamente com a pessoa 60+ esteja atento às dificuldades apresentadas na realização das AVDs, pois pode ser o primeiro sinal de declínio das funções cognitivas e o início de um processo de demência. Há algo de errado acontecendo e deve ser investigado o mais rápido possível.

Esquecer o aniversário de uma pessoa próxima ou esquecer de pagar uma conta são esquecimentos que podem estar relacionados à correria da vida, ao excesso de informações que se recebe hoje em dia. Mas o esquecimento

que compromete as AVDs é um sinal de alerta muito importante que deve ser avaliado pelo médico.

Alguns exemplos de alterações alarmantes:

- Antes controlava o dinheiro e agora está perdendo o dinheiro ou não lembra onde guardou
- Antes fazia comida e agora deixa as panelas queimarem ou não lembra as receitas
- Antes tomava banho sozinho e agora precisa de ajuda
- Era muito vaidoso, asseado e agora está descuidado com a aparência e com a higiene pessoal
- Relata que ficou confuso, não sabe onde estava, ou teve dificuldade de voltar para casa
- Aborda temas nas conversas que jamais faria há um tempo, por exemplo sobre sexualidade
- Tem comportamentos inadequados como tirar a roupa em público

As alterações nas funções cognitivas acabam por comprometer a autonomia (decidir algo), a independência (fazer algo) e o desempenho das AVDs e AIVDs no dia a dia da pessoa 60+.

Vale ressaltar que esquecer não é normal da idade, se fosse assim não teríamos tantos 60+ exercendo cargos de liderança (como ministros, presidentes, senadores e deputados).

Para ampliar o esclarecimento, a memória faz parte das funções cognitivas do nosso cérebro que engloba também raciocínio, planejamento, cálculo, linguagem e orientação no tempo e espaço. As funções cognitivas envolvem todo o funcionamento do corpo, como: pensar; perceber; sentir; lembrar, e são responsáveis por quem somos; o que fazemos; o que queremos; e com a resolução dos problemas do cotidiano.

Com isto, estimular o 60+ a realizar suas atividades cotidianas e rotineiras como cozinhar; planejar as compras; sair de casa; organizar as tarefas domésticas; costurar; bordar; calcular as contas a pagar; e receber troco contribuem para estimular as mais diversas funções do cérebro.

Orientação aos familiares para atitudes positivas:

- Ter paciência
- Procurar falar pausada e tranquilamente, preferencialmente falar de frente para o idoso

- Utilizar objetos ou situações para distrair a pessoa idosa nos momentos de agitação
- Evitar confrontar-se com o idoso
- Estimular leitura, conversas, jogos, atividades manuais
- Resgatar atividades que ele gostava de fazer
- Estimular o paciente a fazer as atividades. Se for necessário dividir as atividades por etapas
- Valorizar o que o idoso faz, produz, cria
- Estimular o idoso a participar de atividades sociais, culturais e artísticas
- Dar sempre orientação do tempo para a pessoa 60+, coloque calendários com números grandes para facilitar a visualização pelo idoso. Estimular diariamente a verificar o calendário
- Pedir ajuda e orientação sempre que necessário. Lembre-se que você não está sozinho nesta jornada
- Ler sobre as questões do envelhecimento, a informação esclarece e diminui o estresse
- Procurar tranquilizar o idoso. Fornecer estímulo calmante e agradável

Orientações em relação ao cuidado:

- Manter o autocuidado (estimular a usar sempre roupas limpas, tomar banho e a manter barba e cabelo aparados)
- Evitar ficar de pijamas e camisolas dentro de casa
- Cuidar da alimentação, preferir alimentos saudáveis
- Praticar atividade física regularmente, isto é importante para manter os músculos firmes, melhorar o equilíbrio e estimular a memória
- Fazer exercícios de relaxamento, yoga, meditação. Eles ajudam a reduzir tensão, ansiedade e depressão
- Beber líquido: de 1,5 a 2 litros de líquido por dia – água, chás, suco, gelatina, frutas, etc
- Estimular o 60+ a ter sempre sonhos para realizar
- Estimular o cérebro, aprender algo novo, uma língua estrangeira, tocar um instrumento, dançar
- Ser uma pessoa organizada, isto deixa o ambiente mais agradável e facilita a memória
- Ter atitudes positivas
- Estimular o 60+ a participar de grupos de convivência

LINHA DE CHEGADA

Os profissionais de saúde devem orientar, tanto os 60+ quanto os seus familiares, a busca de uma saúde plena. Eles também devem estar atentos e alertas aos problemas apresentados que não fazem parte do envelhecimento normal e

devem ser investigados. Ao perceber alguma destas alterações, o profissional deverá avaliar e, se necessário, encaminhar para um atendimento especializado com um geriatra no Centro Mais Vida do Hospital das Clínicas – UFMG.

OUTRAS PARTIDAS

- Livros:**
- Moraes, EM; Raquel, SA. Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil – Editora Folium 2016.
 - Moraes, EN, do Carmoll JA, de Moraes III FL, Souza R, Azevedo IV CJ, Montilla VI DE. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev Saúde Pública. 2016;50:81.
- Sites:**
- Associação Brasileira de Alzheimer: www.abraz.org.br
 - Sete aplicativos para exercitar o cérebro: <https://glo.bo/2DXDGBS>
- Artigos:**
- A tecnologia assistiva na reabilitação para os cuidados bucais [recurso eletrônico]: caso de idosos com história hanseníase/Raquel Conceição Ferreira, Marco Túlio de Freitas Ribeiro (organizadores); Silvia Renata Oliveira Fonseca.[et al.]Belo Horizonte:FOUFMG, 2017, 98 P.
 - Caldas, Célia Pereira. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. In: Textos Envelhecimento v.4 n.8 Rio de Janeiro 2002.

CÁPSULA 1.4.2

PROFISSIONAIS: Helena Uemoto (Fisioterapeuta) e Renata Seabra (Terapeuta Ocupacional)

Prevenir quedas e adaptação ambiental depende de consciência e atitude

PONTO DE PARTIDA

A população idosa representa um número crescente de pessoas ao redor do mundo. Neste contexto, tornou-se importante e muito desafiador, principalmente nos países fragilizados econômica e socialmente, conhecer e ampliar o conceito de bem envelhecer.

Envelhecimento é um processo gradual, progressivo e normal para todos os

seres humanos com manifestações peculiares em cada indivíduo devido aos fatores biológicos, genéticos, ambientais, sociais, psicológicos e culturais.

Cair pode significar um obstáculo ao envelhecimento sadio. As quedas são um dos principais problemas clínicos e de saúde pública que atingem essa parcela da população, por causa do grande número de casos e as consequentes complicações, hospitalizações e perda da capacidade funcional.

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), há 18,1 milhões de idosos no Brasil, considerando os maiores de 60 anos. Entre eles, a queda dentro da própria casa lidera a lista dos acidentes. A queda é comum, mas não pode ser encarada como natural.

Estima-se que após os 65 anos, 30% das pessoas sofram quedas. Após os 80, essa porcentagem salta para 50%. Complicações frequentes das quedas são as fraturas. As fraturas aumentam o risco de mortalidade nos idosos em até 40%. Elas limitam os movimentos, levando a outros problemas, como a trombose. Os traumatismos crânio-encefálicos também podem acontecer por causa de uma queda.

A população idosa cai em virtude de vários fatores, tais como: dificuldade de enxergar (ambientes pouco iluminados ou problemas visuais); uso de medicamentos; dores agudas ou crônicas; doenças crônicas; tonturas; sensibilidade reduzida nos pés; exposição do idoso a ambientes e comportamentos de risco (tapetes soltos, piso molhado, subir em cadeiras, calçados inadequados); perda de massa e força muscular.

É importante que os profissionais de saúde conscientizem a pessoa 60+ e sua família de que não é normal cair e ter medo de quedas. Para garantir que a queda não atrapalhe o envelhecimento ativo são necessárias ações de prevenção e, é claro, muita atividade.



Um envelhecimento ativo e sem quedas depende de bons hábitos. Quais são os principais?

Alimentar-se de maneira saudável; evitar o consumo de tabaco e álcool; promover o autocuidado; preservar a autonomia; a independência; e praticar atividade física! Os exercícios físicos aumentam a força muscular, mantêm a composição corporal e o peso, melhoram a flexibilidade, além de aumentarem o contato social.

Existem alguns fatores de risco para quedas que as pessoas 60+ e suas famílias precisam conhecer e estarem atentos e é papel do profissional orientar. Estes fatores são: tonturas; medicamentos sem prescrição do médico; falta de equilíbrio ao caminhar (esbarrar nas paredes de casa, precisar apoiar nas paredes ou móveis para caminhar); uso de vários medicamentos; uso de calçado sem sola antiderrapante; obesidade; diabetes; problemas cardíacos; incontinência esfincteriana; fraqueza muscular; dores no corpo; exposição a ambientes; e comportamento de risco (subir em cadeiras, pisos molhados).

O profissional de saúde deve estar preparado para identificar esses fatores, avaliar e intervir no estilo de vida da pessoa 60+ e orientar os familiares e cuidadores.

Para prevenir quedas, verifique também:

- Se os exames médicos de rotina estão atualizados
- Orientar o 60+ e o familiar a manter consultas regulares com geriatra, clínico geral, oftalmologista, otorrinolaringologista, entre outros
- Verificar se o 60+ está se alimentando adequadamente, principalmente para tratar ou prevenir osteoporose, hipertensão ou hipotensão arterial e diabetes
- Verificar se o 60+ participa com regularidade de grupos que treinam equilíbrio, flexibilidade e ganho de força muscular. Práticas corporais como: Lian Gong, Tai Chi Chuan, meditação e yoga são essenciais para o bem-estar físico e psicológico e para manter o corpo e alma equilibrados

LINHA DE CHEGADA

As pessoas 60+ e os seus familiares que estão conscientes dos fatores de risco para quedas e disciplinadas para mudar os hábitos estão na direção do bem envelhecer, um bem viver ativo e com equilíbrio. É importante que o profissional saiba orientá-los adequadamente.

Não cair depende de consciência, atitude, de um ambiente seguro e da prática regular de uma atividade física. Quem se exercita tem mais saúde, sente-se bem física e emocionalmente, melhora o padrão de sono, estimula a perda de peso, modifica positivamente a autoimagem, previne e trata doenças crônicas, reduz a ansiedade e a depressão. E, sobretudo, mantém o corpo funcional para ter independência e autonomia.

OUTRAS PARTIDAS

- Sites:**
- http://www.casasegura.arq.br/casa_segura.html
 - Associação de Fisioterapeutas do Brasil: <http://bit.ly/2PTSuqb>
 - Casa Segura: <http://bit.ly/2LuO9ew>

- Benefícios do tai chi chuan em idosos: <http://bit.ly/2J4oTti>
- Casa segura para o idoso: <http://bit.ly/306EQnZ>
- Queda de Idosos: <http://bit.ly/2E8M2qt>
- Falls around the world: <http://bit.ly/2VExbix>

Livros:

- Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bit.ly/301WkC1>
- Perracini MR. Funcionalidade e Envelhecimento Fisioterapia: Teoria e Prática Clínica. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- PERRACINNI, Monica; FLÓ, Claudia. Funcionalidade e envelhecimento. 1ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013
- PERRACINI, M.R. Fatores associados a quedas em um corte de idosos residentes no município de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 2000.

Artigos:

- PERRACINI, M.R. Prevenção e Manejo de Quedas no Idoso. Disponível em <http://bit.ly/2JjBIQw>. Acesso: 4 fev 2019
- ALMEIDA. S. T.; et al. Lian Gong como prática fisioterápica preventiva do envelhecimento. Estud. interdiscip. envelhec, Porto Alegre, v. 6, p. 103-110, 2004.
- A efetividade do Lian Gong como estratégia de reabilitação complementar e integrativa do usuário com tontura na atenção primária à saúde: <http://bit.ly/2vVEGSF>

CÁPSULA 1.4.3

PROFISSIONAIS: Helena Uemoto (Fisioterapeuta)
e Vinícius Gomes (Educador Físico)

Dicas de exercícios funcionais para prevenção de quedas

PONTO DE PARTIDA

O processo de envelhecimento é natural e provoca diversas alterações fisiológicas (pele, músculos, articulações e órgãos) no nosso corpo, inclusive nos sistemas que influenciam no equilíbrio. Em paralelo, fatores

medicamentosos e a presença de doenças crônicas alteram o organismo da pessoa 60+ aumentando a predisposição às quedas.

Cair traz consequências danosas que interferem na capacidade física do indivíduo (dificuldades para realizar atividades como: levantar de uma cadeira, caminhar, tomar banho), provocando alterações comportamentais, abalo emocional, insegurança e mudanças na socialização. Vale ressaltar que as quedas podem gerar fraturas, perda da autonomia (capacidade de decidir algo), perda da independência (capacidade de fazer algo) e até mesmo a morte.

O número de quedas é considerado um marcador de declínio da saúde do público 60+. Estudos no Brasil mostram que mais de 30% das pessoas com idade acima de 65 anos já caíram pelo uma vez, sendo que 50% dos casos são recorrentes e 80% das ocorrências acontecem em casa. Outro dado interessante é que 90% das pessoas idosas têm medo de cair. Portanto, evitar o evento queda é um desafio primordial para os profissionais da área da saúde, sendo necessário orientar e educar tanto a pessoa 60+ quanto os familiares para prevenir quedas.

Não se esqueça: é importante que o profissional entenda o conceito correto do balance para ser preciso na avaliação, no tratamento e prevenção que irá prescrever.

CAMINHOS

Uma das formas para reduzir a chance da pessoa idosa cair é incentivar a prática de atividades físicas. Como o sedentarismo é um fator preocupante e cada vez maior na sociedade atual, reforçar a importância da inclusão de atividades físicas na rotina é fundamental.

A falta de força nos membros inferiores faz com que as pessoas não levantem a perna ao caminhar e arrastem os pés para se deslocarem, aumentando o risco de quedas, uma vez que a pessoa pode tropeçar e cair. Por isso, além de adaptar o ambiente que a pessoa mora e fazer atividades físicas, principalmente as que promovem melhora na força, são fundamentais para diminuir as chances de cair e prevenir sarcopenia.

Então, o que se deve fazer para prevenir as quedas? Existem evidências de que as atividades relacionadas à melhora do desempenho nas práticas cotidianas que exigem força e equilíbrio são eficazes para prevenir quedas, por exemplo: sentar e levantar da cadeira, ficar de pé lavando louças, caminhar.

Estes exercícios associados a tarefas desempenhadas pela pessoa 60+ no seu dia a dia são denominados exercícios funcionais. Algumas orientações de exercícios funcionais serão descritas a seguir:

Durante o início da prática é normal que a pessoa sinta dificuldade, pois está no começo e ainda precisa se adaptar às atividades que requerem esforço físico. Portanto, é necessário obter uma orientação sobre a carga adequada do exercício e a respiração (fluida e tranquila: puxar o ar pelo nariz e soltar o ar pela boca). Entretanto, você deve ficar atento aos sinais de tontura, dor no peito e dificuldade de falar devido à falta de ar. Caso isso ocorra, leve a pessoa ao médico.

Os primeiros exercícios podem ser feitos em casa, mas é importante, como medida de segurança, que a prática seja próxima a móveis estáveis ou que não se movimentam.

Seguem algumas sugestões:

1. Exercícios funcionais associados a um treinamento em circuito: circuito com treino de resistência e potência muscular, associados a caminhadas/corridas.
2. Exercícios para trabalhar a marcha em terrenos de superfícies regulares/irregulares (colchonetes, cordas, etc), com/sem apoio dependendo do nível de controle postural do indivíduo.
3. Ficar na posição em pé, com um pé na frente do outro, segurando no suporte e olhando para um ponto fixo à frente, manter-se nesta posição entre 10 e 30 segundos. De acordo com a evolução, tentar realizar o exercício com os olhos fechados. Outra possibilidade de progressão é fazer a atividade sem o apoio das mãos. Após este treino estático, treinar caminhar nesta posição lentamente.
4. Neste mesmo suporte fixo, caminhar para frente apoiando na ponta dos pés, olhando para frente.
5. Neste mesmo suporte, caminhar para frente apoiando nos calcanhares olhando para frente.
6. Neste mesmo suporte, caminhar para o lado, abrindo e fechando as pernas. Caminhar para o lado direito e depois esquerdo.
7. Ficar em pé de frente para uma escada. Apoiar no corrimão e subir cinco degraus da escada, virar e descer ainda apoiando no corrimão.
8. Movimentar a cabeça e os olhos acompanhando o movimento da cabeça para o lado direito e esquerdo e em seguida olhar para cima e para baixo.
Observação: inicialmente estes movimentos são realizados na postura sentada. A evolução deste exercício para aplicação no idoso é treinar em pé e depois treinar a marcha associada a estes movimentos da cabeça e em superfícies instáveis.
9. Posicionar atrás ou ao lado de uma cadeira ou de outro apoio fixo. Fletir o quadril e o joelho, manter nessa posição por 1 segundo e descer lentamente a perna. Pode-se aumentar a carga do exercício adicionando pesos extras nos tornozelos. Ao terminar as repetições com uma perna, fazer com a outra.

10. Posicionar atrás ou ao lado de uma cadeira ou de outro apoio fixo. Tirar o pé do chão fletindo o joelho. Tentar não fletir o quadril durante a execução do exercício, manter nessa posição por 1 segundo e fazer a extensão do joelho lentamente, voltando para a posição inicial. Pode aumentar a carga do exercício adicionando pesos extras nos tornozelos. Ao terminar as repetições com uma perna, fazer com a outra.

Vale ressaltar que para todos os tipos de exercício, o princípio da individualidade biológica deve ser respeitado. Portanto, o profissional deve prescrever a carga do exercício de acordo com a capacidade da pessoa que ele está atendendo e realizar as progressões de acordo com os resultados atingidos.

LINHA DE CHEGADA

A prática de uma ginástica corporal que vise a promoção da força muscular associada a exercícios de equilíbrio de forma dinâmica são fundamentais para prevenir quedas. Os exercícios funcionais são os mais indicados, pois são exercícios semelhantes aos movimentos desempenhados na atividade diária (caminhar, subir e descer escadas, carregar sacolas de supermercado, sentar no vaso sanitário). Entretanto, vale ressaltar que a prática destes exercícios funcionais de forma isolada tem pouco impacto sobre a diminuição no risco relativo de quedas. Não há comprovação de que exercícios, adequação de medicação ou adaptação ambiental isoladamente diminuam o risco de queda. Segundo Perracini, as intervenções praticadas em conjunto, de forma interdisciplinar e com olhar na pessoa 60+ de forma multidimensional são ideais para se garantir a prevenção de quedas e manutenção da longevidade.

OUTRAS PARTIDAS

Sites:

- Exercícios de Cawthorne-Cooksey modificados: <http://bit.ly/2V9e1Mr>
- Assento Ajuda a Levantar: <http://bit.ly/2Jrhy6H>
- Exercícios para melhorar seu equilíbrio: <http://bit.ly/2LsG1K9>
- Does the 'Otago exercise programme' reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis: <http://bit.ly/2H8DtxC>
- Exercícios de Reabilitação Labiríntica: <http://bit.ly/2Va1ZCj>
- Reabilitação Labiríntica: www.reabilitacaolabirintica.blogspot.com
- Exercícios para treinar o equilíbrio: <http://bit.ly/2Vp9WZy>

Artigos:

- PERRACINNI, Monica; FLÓ, Claudia. Funcionalidade e envelhecimento. 1ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 117-133, p. 334- 345
- PERRACINNI, Monica .Prevenção e Manejo de Quedas no Idoso. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. Geriatria e Gerontologia. Guias de Medicina

Ambulatorial e Hospitalar/ Unifesp-Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Editora Manole; 2005.

- PERRACINNI, Monica. Fatores associados a quedas em um corte de idosos residentes no município de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 2000.
- Filho Wilson Jacob. Atividade física e envelhecimento saudável Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, BrasilRev. bras. Educ. Fís. Esp., São Paulo, v.20, p.73-77, set. 2006. Suplemento n.5. • 77
- ALFIERI, Fábio Marco; et al. Functional mobility and balance in community dwelling elderly submitted to multi sensory versus strength exercises. *Clinical Interventions in Aging*, 2010, p. 181–185
- FILHO, Wilson Jacob. Atividade física e envelhecimento saudável. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, São Paulo, v.20, 2006, p.73-77.

CÁPSULA 1.4.4

PROFISSIONAIS: Ana Lúcia Frota Vasconcelos (Médica), Fernando Genaro Júnior (Psicólogo), Raquel Souza Azevedo (Enfermeira)

Sexualidade

PONTO DE PARTIDA

Partindo do pressuposto que não há etapa da vida que não demande transformações no si mesmo – self, no modo de ser, na identidade –, com a sexualidade isso não será diferente (Safra, 2006; Winnicott, 1990/1988). Com o aumento da expectativa de vida, a sexualidade na terceira idade vem se tornando um assunto cada dia mais discutido e estudado.

A sexualidade é, portanto, a forma de vivenciar a função sexual e depende do nível de evolução psíquica, do ajustamento social e do sentido que cada indivíduo dá à sua própria existência. Na maior parte das vezes, o fracasso sexual ou o fato de evitar relações sexuais é induzido mais pelo pessimismo e ansiedade gerada pela má informação do que pelo fim da expressão ou do desejo sexual.

A sexualidade faz parte de todas as fases do desenvolvimento do ser humano, e a sua função sexual permanece durante toda a vida. A sexualidade influencia

pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental. Ao contrário do que se pensa, os idosos não são seres assexuados.

No entanto, este é um tema ainda muito negligenciado pelos profissionais de saúde, e as queixas sexuais dos pacientes 60+ são pouco valorizadas. Tanto a sociedade quanto os profissionais de saúde evitam o assunto por constrangimento de falar abertamente sobre sexo ou por insegurança de não saberem o que responder e, com isto, esta abordagem durante as consultas fica abandonada em meio a questões culturais, morais e religiosas.

CAMINHOS

Independentemente da existência de uma disfunção sexual por parte do homem (ereção) ou da mulher (perda da lubrificação vaginal), o desejo pode persistir. Uma relação sexual não implica necessariamente a penetração. As carícias e os gestos amorosos podem ser adaptados de acordo com as necessidades e desejos de cada um.

Alterações relacionadas ao envelhecimento que ocorrem no sexo masculino são: retardo na ereção durante a fase de excitação; redução da congestão vascular e da tensão muscular do saco escrotal; a fase de plateau é prolongada e o volume de secreção pré-ejaculatória diminui; o orgasmo pode ser mais curto e as contrações prostáticas e uretrais mais fracas; a força do jato ejaculatório fica diminuída. A fase de resolução é mais rápida, com perda mais rápida da ereção e descida mais precoce do testículo. O interesse pela atividade sexual é mantido, sendo a disfunção erétil considerada anormal, não fazendo parte do envelhecimento saudável.

A etiologia da disfunção erétil, muitas vezes, é de origem multifatorial e a causa mais comum é vascular. Várias outras causas existem como doenças endócrinas, insuficiência renal, hepática e doenças neurológicas, assim como ansiedade e depressão. Várias medicações têm sido ligadas a disfunção erétil como por exemplo: anti-hipertensivos; digoxina; estatinas; fibratos; bloqueadores receptor H2; omeprazol; metoclopramida; opioides e AINEs. O álcool e, principalmente, o alcoolismo têm uma forte ligação com problemas sexuais.

É importante que, no atendimento primário, sejam feitas perguntas de triagem a respeito de possíveis problemas sexuais para todos os pacientes que possam ter vida sexual ativa. É particularmente importante que os pacientes que têm evidências de doença vascular, ou fatores de risco, também sejam interrogados sobre sua função erétil. Eles devem ser assegurados da natureza confidencial do que está sendo discutido, e as perguntas devem ser neutras.

Uma vez determinada a presença da disfunção erétil, é importante ter em mente que ela não é um diagnóstico em si, e sim a consequência de outras patologias. Quando possível, a parceira sexual deve ser entrevistada. Os problemas relacionados com a ereção costumam ter um impacto na relação do casal, mesmo entre idosos. Além disso, tratamentos que incluem a parceira têm maior chance de êxito. Nos casos em que uma etiologia específica foi identificada, como depressão ou hipogonadismo, o tratamento da causa subjacente, por exemplo, com antidepressivos ou reposição hormonal, respectivamente, deve resultar em melhora da disfunção erétil.

Na maioria das vezes, no entanto, a disfunção erétil é de origem multifatorial, e seu tratamento exige a abordagem simultânea dos diversos fatores potencialmente envolvidos. Medicamentos que podem estar contribuindo para a disfunção erétil devem ser suspensos ou trocados por outros ou ter sua dosagem diminuída. Doenças coexistentes, tais como a hipertensão ou o diabetes, devem ser tratadas.

As intervenções que visam modificar o estilo de vida são muito importantes. Estas incluem exercício físico, mudanças na dieta, perda de peso, cessação do tabagismo e diminuição da ingestão de álcool. Essas intervenções, voltadas à modificação do estilo de vida, são comprovadamente benéficas, mas, às vezes, são insuficientes por si só ou levam tempo para surtir efeito. Podemos então lançar mão dos tratamentos específicos para a disfunção erétil. Atualmente existem várias opções que incluem tratamentos orais, reposição hormonal, injeções intracavernosas, aparelhos a vácuo e próteses penianas.

Alterações relacionadas ao envelhecimento que ocorrem no sexo feminino são: sintomas de irritação; secura e queimação genital; sintomas sexuais por falta de lubrificação (desconforto, dor, prejuízo na função); sintomas urinários de urgência; disúria; e infecções recorrentes. O pH torna-se mais elevado, em geral acima de 6, sendo esse mais um fator para originar quadros infecciosos. Todo o sistema de sustentação do assoalho pélvico torna-se atrofico e menos elástico, com redução da musculatura pélvica e do tecido colágeno, o que pode ocasionar prolapso genital. O ressecamento e o adelgaçamento da vulva e da parede vaginal tornam esses tecidos mais propensos a traumas durante a relação sexual e o exame ginecológico. A deficiência estrogênica leva à redução do fluxo sanguíneo para a vagina e a vulva, sendo a maior causa de redução da lubrificação vaginal e da atividade sexual. A produção de androgênio se reduz e pode resultar em perda de libido. Também é comum a ocorrência de incontinência urinária, particularmente ao esforço, quase tão frequente quanto os quadros de instabilidade do músculo detrusor. A menopausa não necessariamente afeta a sexualidade.

A compreensão dessas mudanças e o apoio psicológico, quando necessário, ao lado de medidas terapêuticas próprias, desmitificam a concepção de que o sexo acaba nesse período. Para tratamento dos sintomas pode-se considerar o uso de cremes, analgésicos, antibióticos, lubrificantes e posições confortáveis. A terapia reposição hormonal no climatério deve ser individualizada, respeitando-se as contraindicações habituais e sempre se fazendo uma análise minuciosa dos riscos e benefícios.

Existem alguns fatores que limitam a sexualidade da pessoa idosa, e é importante que os profissionais os conheçam para que possam abordar e ajudar a pessoa idosa a resolver estes problemas, tais como: visão restrita - tanto em relação à sexualidade quanto à velhice (a sociedade, muitas vezes, classifica este período da vida como um período de assexualidade); mudanças corporais já citadas; os parceiros devem investir mais em carícias, toques, beijos e carinhos durante todo o dia e não só na hora do ato sexual; os tabus impostos pela sociedade dificultam a exposição de suas dúvidas e angústias; desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento; doenças clínicas como artrose e incontinência urinária; efeitos colaterais de medicações; autoestima negativa; problemas emocionais, depressão, viuvez, preconceito, vergonha e sentimento de culpa; barreiras sociais, religiosas ou culturais; dificuldades de relacionamento conjugal e falta de comunicação; e ausência de parceiro.

Outro fator importante que os profissionais devem abordar é a atividade sexual sem proteção. O aumento da longevidade tem aumentado a incidência de pessoas idosas infectadas pelo HIV e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Um estudo sobre AIDS nos Estados Unidos mostrou que 29% de todas as pessoas com AIDS em 2011 estavam acima dos 50 anos, comparado com 17% em 2001.

A abordagem deste tema é amplamente negligenciada nesta população. Existem poucas campanhas de prevenção direcionadas aos idosos e os profissionais podem confundir a infecção por HIV com problemas associados ao envelhecimento. Mulheres idosas têm maior risco de contrair DSTs. As paredes vaginais mais delgadas são vulneráveis a laceração e, portanto, mais suscetíveis à infecção. Além disso, depois da menopausa, tendem a deixar de consultar o ginecologista para fazer o rastreamento para câncer de colo do útero. O fato das mulheres idosas não engravidarem e a suposição de que não estão sexualmente ativas levam os profissionais a não abordarem a importância do uso de preservativos.

Assim, podemos reconhecer que "se tudo caminha bem", como diria Winnicott (1990/1988) fazendo referência ao processo de amadurecimento emocional, a palavra-chave da sexualidade no envelhecimento seria QUALIDADE! Não se refere mais à intensidade, mas à qualidade da relação. O elemento fundamental é o surgimento da liberdade de escolha, a abertura que a pessoa idosa possa

ter em relação ao cotidiano, passear por diferentes nuances da sexualidade, em especial pela via da sensualidade, que segundo Safra (2006) é pura comunicação. Assim, o orgasmo muda de lugar, não mais como um fim, mas um sinal do fim.

Se a sexualidade adolescente oculta a morte, o uso da excitação surge como uma afirmação do eu para a população 60+. O fundamental é acolher a possibilidade da própria morte – um fim não no gozo em si. Assim, abre-se um espaço potencial no encontro com outrem em que se possa viver a intimidade mais madura, uma espécie de se permitir “desmanchar” no outro, um repouso na desarrumação do outro, um compartilhar do silêncio – aspectos relacionados aos estados tranquilos e a transicionalidade.

LINHA DE CHEGADA

A sexualidade é um campo complexo e multifacetado, sendo fortemente influenciada pelo desejo presente em todo ciclo de vida. Desta forma, precisamos acolher as transformações ocorridas com o passar do tempo junto ao público 60+, em que sexualidade está para além da excitação e sua funcionalidade.

Cabe aos profissionais de saúde oferecer espaços para o diálogo, e intervenções devidas (sejam coletivas e/ou individualizadas a depender da necessidade) a fim de favorecer a pessoa idosa a encontrar caminhos inéditos para a vivência da sexualidade de forma pessoal, criativa, livre e repleta de sentidos. Para isto, é fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam técnicas de abordagem e conheçam as alterações fisiológicas que surgem com o envelhecimento.

OUTRAS PARTIDAS

Sites: • Revista Vida Saúde: <http://bit.ly/2WySYnQ>
• Sexualidade na terceira idade: <http://bit.ly/2vOZv24>

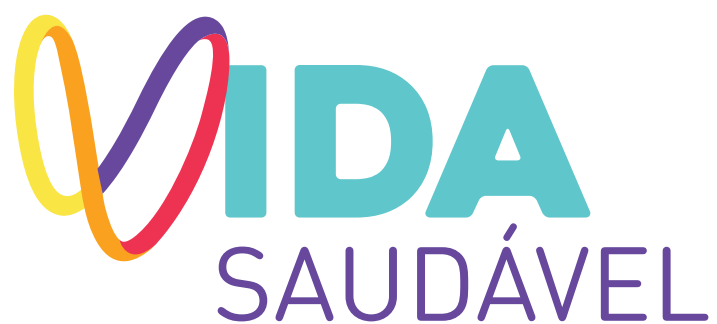
Vídeo: Sexo após os 60: <http://bit.ly/2YmG6Sz>

Filmes: • Alguém tem que ceder (USA - 2003)
• Um divã para dois (USA - 2012)

Livros: • Soutto Mayor, A., Antunes, E. S. D. C., & Almeida, T (2009). O “devir” do amor e da sexualidade no processo do envelhecimento. In: Anais da VII Jornada Apoiar: Saúde Mental e Enquadres Grupais: a pesquisa e a clínica (pp. 286-293). Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social Departamento de Psicologia Clínica – IPUSP, São Paulo, SP
• Rozendo, A.da S., & Alves, J.M. (2015). Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. Revista Kairós Gerontologia, 18(3), pp. 95-107.

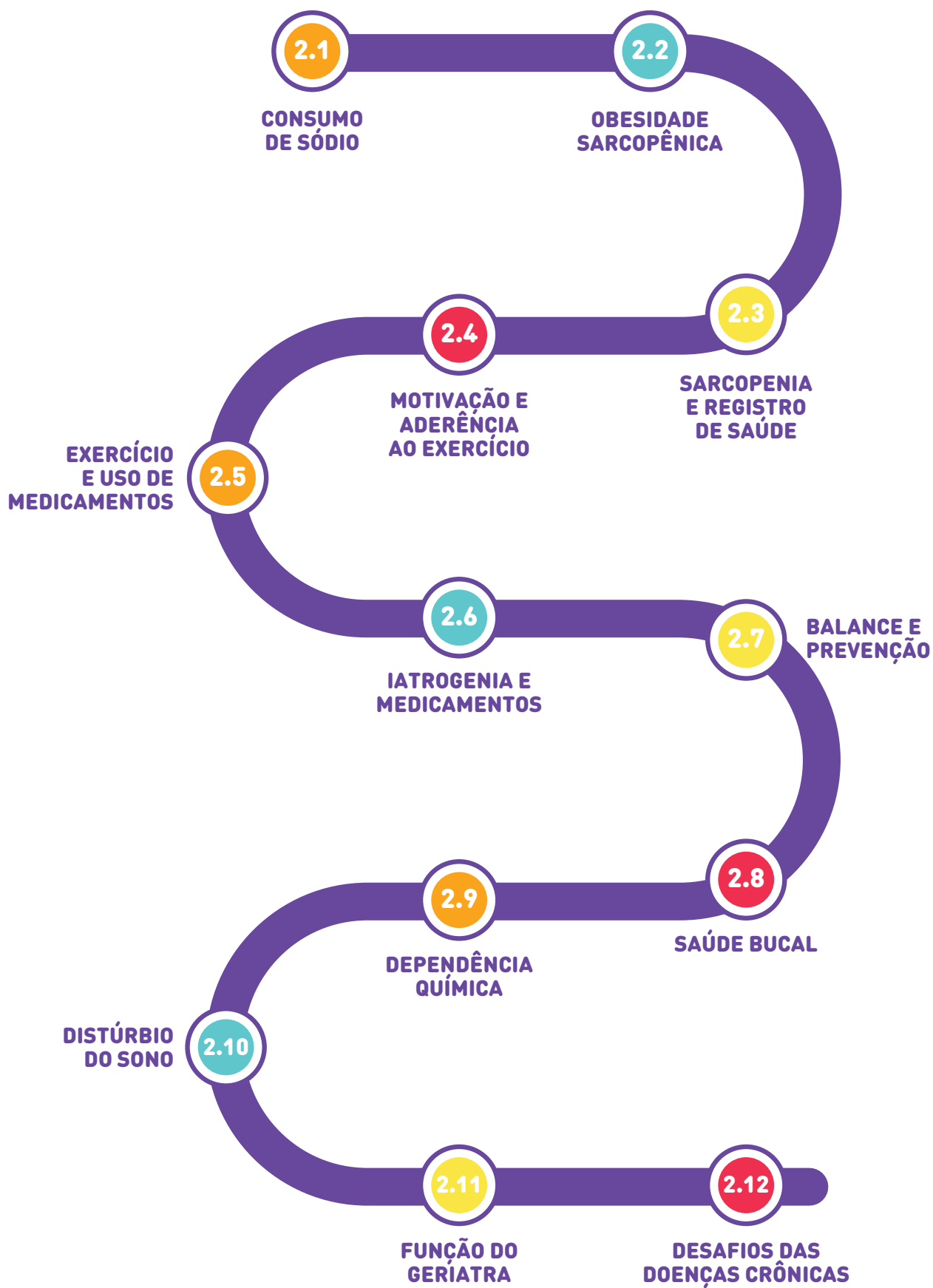
-
- Vieira, K.F.L., Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. (2015). A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1):196-209.
 - SAFRA, G. (Produtor). (2006, agosto, 11). A clínica da maturidade [Áudio – Exposição oral na disciplina Clínica Winnicottiana ministrada na Pós-Graduação em Psicologia Clínica – PUC –SP. Disponibilizado em DVD pelas edições Sobornost].
 - CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. 2015.
 - DEVESA, D., CRUZ, H. , SIMÕES, J.A. A Velha Sexualidade nos Idosos de Hoje: Quando Surge a Demência. *Rev ADSO*. 2013 (02): 29-34.
 - LIMA, C.F.M., TROTTE, L.A.C., SOUZA, T.A., FERREIRA, A.M.O., CALDAS, C.P. sexualidade do cônjuge que cuida do idoso demenciado: revisão integrativa da literatura. *Rev Min Enferm*. 2015 abr/jun; 19(2): 211-217.
 - FLEURY, H.J., Carmita Helena Najjar ABDO, C.H.N. Sexualidade da mulher idosa. *Diagn Tratamento*. 2015;20(3):117-20.

TRILHA 2



Neste núcleo, apresentaremos temas que levam à promoção de saúde e bem-estar, componentes centrais da longevidade.

BEM-VINDO À TRILHA!



CÁPSULA 2.1

PROFISSIONAL: Polyana Mota

FORMAÇÃO: Nutricionista

O consumo de sódio pela população idosa

PONTO DE PARTIDA

O envelhecimento saudável, acompanhado de um remodelamento bem-sucedido do organismo, representa um paradigma para as sociedades modernas. Entender o papel da nutrição e quais nutrientes podem contribuir para o avanço salutar da idade tornou-se um dos grandes desafios da ciência. Neste sentido, padrões alimentares deletérios repercutiram em sistemáticas ações de prevenção para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre eles, a redução da ingestão de sódio vem sendo amplamente discutida e estudada.

O sódio é um constituinte do sal, aproximadamente 40% da sua composição, e tornou-se motivo de preocupação de saúde pública por estar relacionado ao desenvolvimento das DCNT (hipertensão, doenças cardiovasculares e doenças renais).

CAMINHOS

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) recomenda um consumo máximo de 5 gramas de sal por dia (2.000 mg de sódio), no entanto, a média diária do brasileiro ultrapassa o dobro do recomendado. Diversos estudos epidemiológicos demonstram que a diminuição do sódio dietético traria tantos benefícios à população quanto o combate ao tabagismo e à obesidade. Sendo assim, duas esferas de atuação tornam-se imprescindíveis: a primeira no que diz respeito às políticas públicas de segurança alimentar, e a segunda no que tange ao papel dos profissionais de saúde na conscientização individual dos pacientes.

Nessa perspectiva, em 2011, o MS assinou o segundo termo de compromisso para reduzir o teor de sódio nos alimentos processados. Concomitantemente, a Anvisa firmou convênio para monitorar e prover informações complementares ao monitoramento anual da redução do teor de sódio em alimentos processados. Não obstante, o impacto das ações individuais promovidas pelos profissionais de saúde em âmbito ambulatorial precisa ser revisto.

Embora não se possa estabelecer uma relação direta, no cotidiano das consultas de saúde idosos hipertensos são sistematicamente orientados a diminuir

o consumo de sal e restringir os refrigerantes. Contudo, este senso comum que norteia as condutas terapêuticas, e que é tão amplamente difundido, pode não ser suficientemente relevante na redução do sódio dietético quando se avalia criteriosamente os resultados das análises da composição nutricional publicados pela Anvisa.

O sódio está presente nos alimentos industrializados como aditivos (conservantes, estabilizantes, realçadores de sabor), assim, alguns alimentos industrializados podem conter sódio mesmo sem a adição de sal. Segundo o MS, um alimento é considerado rico em sódio quando a quantidade é superior a 400 miligramas de sódio para cada 100 gramas do alimento.

Segundo o levantamento da Anvisa, dentre os produtos analisados, aquele que fornece a maior quantidade de sódio a partir do consumo de uma porção é o macarrão instantâneo (teor médio de sódio foi de 1.910 mg/100 g). Seguindo dele, no topo da lista, um dos preferidos da população idosa, os biscoitos de polvilho continham mais da metade da ingestão diária recomendada pela OMS (teor médio de sódio foi de 1.101 mg/100 g). Numa comparação breve, pode-se concluir que para cada porção ingerida de biscoito de polvilho o teor de sódio equivaleria a 55 copos de um refrigerante a base de guaraná (teor médio de sódio de 12 mg por 100 ml).

De maneira análoga, extrapolando para uma análise simples de rótulos, é possível também perceber que há uma relação ainda mais alarmante quando se compara o teor de sódio dos temperos industrializados: 1 porção de 1/2 cubo de caldo de carne industrializado de apenas 5 gramas pode conter até 1.017 miligramas de sódio, o que equivaleria a 102 copos de refrigerante a base de cola (5 mg de sódio para cada 100 ml do produto).

LINHA DE CHEGADA

Diante disso, é indubitável que informações técnicas contundentes respaldem as condutas terapêuticas dos profissionais de saúde. Alterar padrões alimentares é um processo complexo que envolve tanto as relações sociais quanto o funcionamento do organismo e a sensação de prazer. No idoso essa mudança é ainda mais difícil, uma vez que, em decorrência do processo natural do envelhecimento, alterações fisiológicas podem prejudicar o bom estado nutricional.

A redução da sensibilidade ao gosto e ao cheiro dos alimentos, a perda da dentição, a dificuldade de deglutição e o uso crônico de medicamentos influenciam o apetite e o interesse do idoso pela ingestão adequada de alimentos. Frequentemente, essas alterações levam a dietas deficientes em

proteínas e fibras, ricas em carboidratos simples, gorduras e com elevado teor de sódio. Assim, as orientações ao paciente idoso devem considerar as particularidades do envelhecimento, respeitando os valores culturais e todo o impacto nutricional e social. Vale ressaltar que a redução do sódio dietético pode ser iniciada com atos simples como a substituição dos temperos industrializados por temperos naturais (ervas aromáticas, alho, cebola, pimenta, urucum, açafrão) que, além de valorizarem o sabor natural dos alimentos, resgatam hábitos culinários antigos e evitam o uso excessivo de sal. Estimular o retorno à feira e o consumo de alimentos in natura pode ser a chave para afastar o excesso de sódio do prato dos idosos brasileiros.

OUTRAS PARTIDAS

Sites: • Portal Saúde Brasil: www.saude.gov.br/saudebrasil

• Organização Mundial da Saúde:

<https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt>

Artigos: • Diário Oficial da União - Termo de Compromisso entre o MS, ANVISA, ABIA, ABIMA, ABI-TRIGO, ABIP, com a finalidade de estabelecer o monitoramento da redução do teor de sódio em alimentos processados. DOU, seção 3, pág. 124. 26 dez 2011.

• Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde / Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 36 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

• Organization/Tufts University Consultation on Nutritional Guidelines for the Elderly (1998: Boston, Mass.). (2002). Keep fit for life: meeting the nutritional needs of older persons. Geneva : World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/42515>

CÁPSULA 2.2

PROFISSIONAL: Polyana Mota

FORMAÇÃO: Nutricionista

0 paradoxo da obesidade sarcopênica

PONTO DE PARTIDA

A sarcopenia, síndrome caracterizada pela perda progressiva e generalizada da massa e força do músculo esquelético, está frequentemente associada a outro fator de relevante impacto na mobilidade e funcionalidade do idoso - a obesidade.

CAMINHOS

O processo de envelhecimento é seguido de alterações biológicas próprias que incluem, além da progressiva diminuição da massa corporal magra, o significativo aumento e redistribuição do tecido adiposo. As mudanças na composição corporal ocorrem de tal forma que as perdas, tanto na quantidade quanto na qualidade dos músculos (determinada pela redução do número e tamanho das fibras musculares, da função mitocondrial e da síntese de proteína muscular), coexistem com a acentuada infiltração de tecido adiposo em locais ectópicos (infiltração nos tecidos musculares, fígado, medula óssea, entre outros), bem como sua realocação na região visceral. Esse novo perfil de adiposidade sugere correlacionar-se a um estado inflamatório sistêmico de baixo grau que, por conseguinte, se associa à resistência à insulina e à maior perda de massa corporal magra, uma vez que citocinas pró-inflamatórias como TNF- α e IL-6 possuem efeitos catabólicos sobre o músculo esquelético e estão envolvidas no processo de sarcopenia.

Neste contexto, o termo obesidade sarcopênica tem sido utilizado para caracterizar a confluência do excesso de gordura com a redução de massa magra, incluindo músculos e ossos. Essa condição pode representar importante interferência na funcionalidade do idoso, exacerbando o declínio da capacidade física e tornando-o mais suscetível a limitações de mobilidade.

A identificação do idoso com obesidade sarcopênica é clinicamente relevante, mas complexa. O acúmulo do tecido adiposo em locais ectópicos compromete a determinação de um diagnóstico antropométrico acurado nessa população. Assim, a avaliação nutricional do idoso é bastante limitada no que diz respeito à obesidade e ao sobrepeso, já que idosos com IMC semelhantes podem apresentar composição corporal bem diferentes. Diante disso, é importante

considerar a força muscular e a funcionalidade como critérios que suplantam as medidas antropométricas de peso, circunferências e pregas cutâneas. Em suma, os parâmetros de normalidade se diferem nos diversos ciclos da vida.

Estudos recentes correlacionam o sobrepeso e a obesidade grau I com menor mortalidade geral em idosos, o que tem sido nomeado de “O paradoxo da obesidade”. Os impactos do excesso de peso, amplamente discutidos para a população jovem, resultam em demasiadas intervenções visando a perda de peso sistemática em pacientes idosos. Entretanto, a obesidade, bem como a perda de peso na senilidade, não é simples. As necessidades nutricionais do idoso são determinadas por múltiplos fatores que incluem diferentes níveis de funcionalidade, declínio do gasto energético com consequente redução das necessidades calóricas, aumento da demanda protéica, além de fatores que determinam o acesso, preparo, ingestão e digestão dos alimentos.

A recomendação de reduzir o peso em idosos com sobrepeso, assim como outras inúmeras intervenções, devem refletir um princípio básico da geriatria – qualquer intervenção em um idoso precisa ser analisada a partir de uma avaliação multidimensional. Assim sendo, programas para perda de peso em indivíduos acima de 60 anos devem considerar a ampla alteração que ocorre na composição corporal durante o envelhecimento, avaliando criteriosamente os riscos associados à depleção muscular e óssea que podem ocorrer concomitantemente à redução ponderal. Modificações ponderais abruptas devem ser desencorajadas, principalmente na vigência de infecções e internações. A depleção ponderal não intencional deve ser sempre valorizada, mesmo quando o paciente apresentar sobrepeso ou obesidade. A sarcopenia, incluindo a obesidade sarcopênica, representa risco significativo para desfechos clínicos desfavoráveis como fragilidade, síndrome de imobilidade, fraturas, perda de autonomia, perda da qualidade de vida e morte.

LINHA DE CHEGADA

Diante da compreensão desse processo, reconhecer e controlar os sintomas das comorbidades diretamente relacionadas ao excesso de peso, assim como evitar ganhos ou perdas involuntárias de peso entre os idosos, é uma prioridade. Programas de reeducação alimentar que visem a adequada composição nutricional da dieta devem sempre prevalecer às restrições dietéticas severas nessa população e todas as condutas devem priorizar a preservação da capacidade funcional, autonomia e independência do idosos.

OUTRAS PARTIDAS

Site: Organização Mundial da Saúde:

<https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>

- Artigos:**
- CRUZ-JENTOFT, Alfonso J et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age And Ageing*, [s.l.], p.1-16, 12 out. 2018. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afy169>.
 - World Health Organization & World Health Organization/Tufts University Consultation on Nutritional Guidelines for the Elderly (1998: Boston, Mass.). (2002). *Keep fit for life: meeting the nutritional needs of older persons*. Geneva : World Health Organization. Disponível em: <www.who.int/iris/handle/10665/42515>. Acesso em: 14 dez. 2018
 - FLEGAL, Katherine M. et al. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories. *Jama*, [s.l.], v. 309, n. 1, p. 71-82, 2 jan. 2013. American Medical Association (AMA). <http://bit.ly/30i9qLN>
 - SANTOS, Rodrigo Ribeiro dos et al. Obesity in the elderly. *Revista Médica de Minas Gerais*, [s.l.], v. 23, n.1, p.64-73, 2013. GN1 Genesis Network. <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/12>

CÁPSULA 2.3

PROFISSIONAL: Helena Uemoto

FORMAÇÃO: Fisioterapeuta

Sarcopenia e registro de saúde

PONTO DE PARTIDA

Durante o processo de envelhecimento ocorrem várias modificações na composição corporal do indivíduo: há redução da quantidade de água e massa magra (tecido ósseo e muscular) e aumento do tecido gorduroso. Uma redução de massa muscular capaz de gerar impacto na função do tecido músculo esquelético é denominada sarcopenia. A palavra provém do grego (sarx= carne + penia= perda).

A Sociedade Europeia de Medicina Geriátrica criou, em 2009, o European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP), com a função de estabelecer definições e critérios diagnósticos a respeito desse tema. A recomendação do EWGSOP é que se utilize a diminuição da massa muscular e a diminuição

da função muscular (avaliação da força muscular e desempenho físico) como critérios para o diagnóstico da sarcopenia.

CAMINHOS

A sarcopenia é considerada uma síndrome geriátrica por apresentar: alta prevalência na população idosa, múltiplos fatores etiológicos, aumento do risco de quedas e fraturas, piora da funcionalidade e aumento do risco de morte. Os principais fatores de risco para sarcopenia são: sedentarismo; baixa ingestão calórica e proteica; alterações hormonais; elevados níveis de citocinas pró-inflamatórias (IL-6, TNF- α); perda da função neuromuscular; disfunção mitocondrial; apoptose; e alterações genéticas.

A força muscular atinge seu nível máximo por volta dos 20 a 30 anos de idade. A partir dos 50 anos ocorre uma perda de 6% da massa muscular e 10% da força muscular por década de vida. No idoso esta redução ocorre principalmente em fibras tipo IIB (relacionadas à força, velocidade e contração rápida). Existem evidências que mostram uma perda significativa de potência muscular na população em envelhecimento (capacidade de gerar força elevada no menor tempo possível).

Os instrumentos mais usados para identificar indivíduos sarcopênicos são:

- O Short Physical Performance Battery (SPPB) é um teste padrão para avaliar o desempenho físico. Neste teste avalia-se o equilíbrio, a velocidade da marcha, a força e a resistência de membros inferiores
- A velocidade da marcha avalia o tempo que o indivíduo leva para percorrer entre 3 e 4 metros. Uma velocidade da marcha $\leq 0,8$ m/s define baixo desempenho físico
- O Time Upand Go Test (TUGT) avalia o tempo gasto e o desempenho do indivíduo para levantar-se a partir da posição sentada, caminhar 3 metros e retornar à posição inicial
- O Stair Climb Power Test (SCPT) avalia o menor tempo possível que o indivíduo gasta para subir determinado número de degraus

LINHA DE CHEGADA

A prática regular de atividade física pode prevenir e tratar a sarcopenia. De acordo com as pesquisas científicas, o treino com exercícios resistidos gera ganho de massa muscular e melhora o desempenho das atividades de vida diária. Veja referência de exercícios no “Outras Partidas”.

No entanto, existem evidências mostrando que a velocidade do movimento é fator determinante de sucesso na programação de exercícios resistidos.

Nesse sentido, foram estabelecidos protocolos orientando a realização de exercício em alta velocidade (maior possível) a 40% 1RM com 14 repetições, 3 sets e intervalos de 2 minutos. Com a aplicação deste protocolo obtém-se melhora da força e potência muscular com ganhos equivalentes ao treinamento, que comumente é usado para esse objetivo e com cargas mais altas.

Geralmente têm sido recomendado para a população idosa os exercícios de baixa carga com maior número de repetições e alta velocidade, tendo em vista o baixo risco de lesão e maior segurança para obter os resultados de melhora nas atividades funcionais. Embora este treinamento traga benefícios, é importante reconhecer que é necessário aumentar progressivamente a carga para melhorar a performance no desempenho de atividades cotidianas que exijam força muscular.

OUTRAS PARTIDAS

- Artigos:**
- FILHO, Mauro Lúcio Mazini et al. Os benefícios do treinamento de força na autonomia funcional do indivíduo idoso. Disponível em: <http://bit.ly/2E9oRMJ>. Acesso: 4 fev 2019.
 - MAZINI Filho, M et al. Treinamento de força e potência muscular em idosos: curiosidades e recomendações. Disponível em: <http://bit.ly/2E6Y7fQ>. Acesso: 4 fev 2019.
- Livros:**
- FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan LTDA, 2016.
 - PERRACINNI, Monica, FLÓ, Claudia. Funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 117-133, 334- 345.
 - VLIETSTRA, Lara; et al. Exercise interventions in healthy older adults with sarcopenia: A systematic review and meta-analysis. Disponível em: <http://bit.ly/2LGygBM>. Acesso em 4 fev 2019.
 - Movement velocity during high- and low-velocity resistance exercise protocols in older adults: <http://bit.ly/2JkizOK>
 - Interventions for Treating Sarcopenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies: <http://bit.ly/2vXUxjQ>

CÁPSULA 2.4

PROFISSIONAL: Vinicius Gomes de Freitas

FORMAÇÃO: Educador Físico

Motivação e aderência ao exercício

PONTO DE PARTIDA

O percentual de pessoas sedentárias no Brasil é cada vez maior. Os resultados da pesquisa realizada pelo IBGE em 2016 mostram que 23% das pessoas com 65 anos ou mais estão sedentárias. Essa informação deve nos deixar preocupados, pois, apesar de serem extremamente difundidos os benefícios do exercício físico, aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população idosa continua sem praticar atividade física. Isso acontece pois a inserção da atividade física na rotina está relacionada com uma mudança no comportamento, e mudar comportamentos e hábitos envolve mais do que apenas o conhecimento dessa necessidade. É preciso estar disposto para a realização das mudanças.

Por isso, é importante conhecer os motivos que levam as pessoas 60+ a aderirem e permanecerem em um programa de exercícios físicos. A motivação faz com que a pessoa idosa tenha determinado comportamento frente a uma meta ou objetivo, buscando assim o sucesso. Os motivos que levam essa pessoa a executar uma determinada tarefa podem estar relacionados a fatores externos (extrínsecos), como elogios e premiações; e fatores internos (intrínsecos), tais como reconhecimento social e sucesso pessoal.

Ao trabalhar com o público 60+ é perceptível que o número de mulheres adeptas à prática de exercícios físicos é maior se comparado ao de homens. Essa maior participação das mulheres em aulas e atividades físicas está associada ao fato das mesmas possuírem maior preocupação em relação aos cuidados com a saúde. Já os homens demonstram maior dificuldade em aderir às iniciativas que visam a manutenção da saúde e a prevenção de doenças.

CAMINHOS

A motivação é fundamental para que a pessoa siga as instruções do profissional de educação física e pratique exercício físico regularmente. O sucesso em relação à prática de exercícios físicos depende da interação entre fatores da personalidade e fatores do meio ambiente. O insucesso nesse aspecto pode levar o indivíduo a não se interessar pela modalidade (amotivação) ou a desistir da prática depois de um período (desmotivação).

A preocupação com o aumento do bem-estar físico e psicológico, a melhora do estado de saúde e prazer e a melhora do condicionamento físico podem variar de acordo com o gênero e idade, mesmo em pessoas 60+. Um instrumento amplamente utilizado para verificar os fatores que motivam as pessoas a praticarem uma atividade física é o IMPRAF – 54 (Inventário de Motivação à Prática Regular de Atividade Física, com 54 questões), cuja proposição é medir as seis dimensões associadas à motivação para a prática regular de atividades físicas (controle de estresse, saúde, sociabilidade, competitividade, estética e prazer). Cada indivíduo ou grupo tem um perfil diferente, mas, em um contexto geral, diversos estudos apontam que as pessoas 60+ se sentem mais motivadas a praticarem atividades físicas pela preocupação com a saúde, enquanto as dimensões relacionadas à estética e à competitividade parecem não representar fatores decisivos no que se refere ao fator adesão. Cabe ao profissional de educação física traçar metas alcançáveis e desafiadoras para não desestimular o aluno.

LINHA DE CHEGADA

Portanto, os professores de educação física devem proporcionar, por meio dos exercícios físicos, experiências que motivem e mostrem para o público 60+ que existe um impacto positivo da atividade física na saúde deles. Vale ressaltar que os profissionais que trabalham com o público 60+ devem orientá-los sobre a importância dos exercícios físicos, já que uma vida ativa pode diminuir o risco de doenças. Entretanto, deve-se lembrar que as pessoas são diferentes e, portanto, os treinos devem atender às necessidades de cada um, devem ser individualizados, podendo assim aumentar a adesão e permanência em programas de exercício físico.

OUTRAS PARTIDAS

Artigos:

- BALBINOTTI, M. A. A; BARBOSA, M. L.L. Inventário de Motivação a Prática Regular de Atividade Física (IMPRAF-54). Laboratório de Psicologia do Esporte – Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2006.
- SAMULSKI, D. Psicologia do Esporte: conceitos e novas perspectivas. 2. ed. Barueri: Manole, 2009.

Vídeo: Drauzio Varela sobre Exercícios Físicos: <http://bit.ly/2JxMvpM>

CÁPSULA 2.5

PROFISSIONAL: Vinicius Gomes de Freitas

FORMAÇÃO: Educador Físico

Exercício e redução do uso de medicamentos

PONTO DE PARTIDA

Os avanços tecnológicos estão presentes em vários aspectos da vida do ser humano, inclusive na saúde. Novos medicamentos, exames e métodos terapêuticos apareceram no mercado, aumentando o número de remédios disponíveis, e hoje vivemos em uma sociedade medicalizada. Para exemplificar, dados do Ministério da Saúde apontam que no Brasil houve um aumento de 500% no número de medicações disponíveis no mercado nos últimos anos.

Sabe-se que a utilização de medicamentos é a forma de cuidado mais utilizada para o tratamento de doenças, entretanto, o constante uso de remédios também traz problemas relacionados a seus efeitos adversos. Por terem mais de um problema de saúde, a população 60+ é frequentemente submetida ao uso excessivo de medicamentos. Esse consumo em excesso aumenta o risco de quedas e de mortalidade, e reduz a adesão ao tratamento.

Levando em consideração os benefícios profiláticos e sabendo-se que ele pode auxiliar no tratamento de diversas doenças, o exercício físico tem sido considerado um "remédio" pela American College of Sports Medicine. Isso é justificado pelos benefícios que o exercício pode gerar, desde a melhora do humor e de fatores psicológicos até o aumento do desempenho para execução das tarefas diárias. Há também redução de fatores de risco para doenças cardiovasculares e melhor controle da glicemia, da pressão arterial, da obesidade e da dislipidemia.

CAMINHOS

Estudos recentes compararam o efeito de diversos métodos de treinamento com o efeito de medicamentos em alguns marcadores biológicos que indicam risco de desenvolvimento de doenças crônicas. Por exemplo, o exercício de resistência aeróbica (endurance) apresentou benefícios melhores sobre o colesterol total, o LDL, e a pressão arterial, comparado ao uso de medicamentos. Em casos de depressão, a realização de exercícios físicos, sejam eles individuais ou em grupo, auxilia no tratamento deste transtorno e pode reduzir o número de medicamentos utilizados.

Para diabéticos, por exemplo, o método de exercícios combinados (aeróbico + exercício resistido) tem sido utilizado para auxiliar no controle da glicemia. Além disso, ao contrário do exercício, nenhuma intervenção medicamentosa provou ser eficiente para a manutenção de massa muscular e o aumento da força, um fator preponderante para a independência funcional em todos os estágios da vida.

Vale ressaltar que, além de melhorar esses indicadores de risco, outros benefícios para a saúde são gerados pela prática de exercícios que provavelmente não são alcançados através do uso de pílulas como o emagrecimento e o aumento da capacidade cardiorrespiratória. Além disso, as taxas de tolerância e adesão ao tratamento são maiores quando este é combinado ao exercício. A taxa de abandono de programas de exercícios é de 10%, enquanto a taxa de abandono do tratamento medicamentoso é de 20%. Entretanto, assim como os medicamentos, o exercício deve ser prescrito de forma correta, levando em consideração o perfil e objetivo do indivíduo e controlando os estímulos que serão realizados em cada sessão de treinamento.

LINHA DE CHEGADA

Em decorrência dos benefícios gerados e do controle de indicadores de risco, o exercício físico é uma importante ferramenta para prevenir e tratar doenças. Desta forma, essa estratégia pode auxiliar os indivíduos na redução do número de medicamentos utilizados. Isto é de grande valia, uma vez que a polifarmácia, representada pelo uso de cinco ou mais medicamentos por uma única pessoa, cresce cada vez mais na população 60+ e traz graves riscos a essa parcela da sociedade. Esse uso exagerado de remédios está relacionado diretamente aos custos assistenciais que, nestes casos, são incorporados aos custos de consulta a especialistas, atendimento em caso de emergência e internação hospitalar.

Levando em consideração todos esses fatores, é possível afirmar que o exercício é uma "polipílula" que auxilia na redução do uso de medicamentos, traz poucos efeitos colaterais e, muitas vezes, gera um gasto financeiro menor para os praticantes.

OUTRAS PARTIDAS

Artigo: Exercise is the Real Polypill: <http://bit.ly/2Q7E6e0>

Livro: ACMS. Diretrizes da ACMS para os testes de Esforço e sua prescrição. 8. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2010.

CÁPSULA 2.6

PROFISSIONAL: Ariane Flávia Almeida Lage

FORMAÇÃO: Médica Geriatra

Iatrogenia e uso inadequado de medicamentos

PONTO DE PARTIDA

Os idosos são mais susceptíveis às reações adversas a medicamentos. A prevalência estimada dessas reações é de 35% e elas estão diretamente relacionadas a 30% de todas internações hospitalares em idosos. Estima-se que de 27 a 50% das reações adversas poderiam ser evitadas desde que os prescritores avaliassem melhor a relação risco-benefício de determinados medicamentos.

O Brasil é recordista mundial em automedicação. De acordo com pesquisa de 2016 feita pelo Instituto de Ciência Tecnologia e Qualidade (ICTQ), 72% dos brasileiros se automedicam. Surpreendentemente, a edição anterior da mesma pesquisa, realizada em 2014, também apontou que quanto maior o grau de escolaridade, maior é a prática da automedicação pelos brasileiros. Além do uso inadequado, muitas pessoas têm o hábito de aumentar as dosagens prescritas para obter alívio mais rapidamente. Portanto, é essencial a conscientização dos malefícios da automedicação e o monitoramento em todas as consultas dos medicamentos que estão realmente sendo usados, os quais são frequentemente diferentes do prescrito.

A futilidade terapêutica é frequente nos idosos, sobretudo em relação aos medicamentos “anti-envelhecimento”. A comunidade leiga é facilmente envolvida por informações falsas e que não geram benefício comprovado. Essas medicações fúteis, além de terem o potencial de causar efeitos adversos para a população idosa e mais suscetível, geram gastos desnecessários.

CAMINHOS

Estão disponíveis instrumentos que listam os medicamentos potencialmente inapropriados para os idosos. Esses instrumentos nos auxiliam na tomada de decisão quando avaliamos o risco e o benefício do uso de diversos fármacos. O objetivo dessas listas é ser um alerta para revisarmos a indicação do medicamento, a dose, as interações medicamentosas e a duração do tratamento, principalmente quando há mudança do estado clínico e funcional do paciente.

O Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos é baseado nos Critérios de Beers de 2012 e do STOPP 2008. Os critérios de Beers/AGS-American Geriatric Society de 2015 chamam a atenção para medicamentos que são comumente problemáticos e que, portanto, deveriam ser evitados para a maioria dos idosos.

Há também o STOPP/START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions/ Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) e o EURO-FORTA (Fit fOR The Aged) que apresentam dados mais robustos sobre a prevenção de reações adversas e a avaliação do impacto nos desfechos mais importantes para os idosos. É interessante também checar a bula dos medicamentos para avaliar possíveis ajustes de doses em pacientes idosos e potenciais riscos a essa população.

Para reduzir a dose ou suspender determinados medicamentos, os profissionais da saúde devem ficar atentos à sistematização dessa desprescrição para que não ocorra abstinência, rebote ou recrudescência da doença de base.

Muitos medicamentos devem ser avaliados com crítica na população 60+ por causa do pequeno número de estudos envolvendo medicamentos nessa população. Medicamentos como as estatinas e os antiagregantes plaquetários, por exemplo, têm indicação e evidência científica diferente conforme as faixas etárias, e são medicações frequentes na prática clínica da população idosa de forma inapropriada.

LINHA DE CHEGADA

É importante estar sempre atento a todos os medicamentos prescritos, já que as reações adversas são muito frequentes em idosos e sua apresentação clínica pode ser sutil e de difícil diagnóstico. Deve se ter sempre em mente que qualquer novo sintoma ou piora da funcionalidade em idosos pode ter como causa uma reação adversa a medicamentos.

Todas as informações sobre segurança e eficácia do medicamento proposto é parte essencial do processo terapêutico, e orientações a esse respeito devem fazer parte da consulta. Na prática de atendimento à população 60+, prescrever e desprescrever pode ter o mesmo impacto na melhoria da saúde, já que se trata de uma faixa etária com maior fragilidade e com maior risco de declínio funcional, seja pelas doenças ou pelas iatrogenias medicamentosas.

OUTRAS PARTIDAS

Artigo: DE MELO NUNES, Carolyn Ribeiro et al. Panoramas das intoxicações por medicamentos no Brasil. Revista E-Ciência, v. 5, n. 2, 2017

Livro: MORAES, Edgar Nunes de. A Arte (Des)Prescrição no Idoso - A Dualidade Terapêutica. Belo Horizonte: Editorial Folium, 2018.

CÁPSULA 2.7

PROFISSIONAL: Helena Uemoto

FORMAÇÃO: Fisioterapeuta

Avaliar o balance é uma estratégia de prevenção para quedas e comorbidades

PONTO DE PARTIDA

Balance é um termo em inglês que é traduzido como equilíbrio corporal, mas seu significado vai além. O termo tem sido usado e entendido como a função motora do corpo, já que o equilíbrio está associado apenas à capacidade de um corpo em se manter em uma posição dentro do centro de massa (CM) em relação à base de sustentação.

Balance é uma função complexa do corpo que envolve uma interação harmoniosa das funções sensório-motoras (somatossensorial, proprioceptiva, vestibular e a visão) e um adequado funcionamento do sistema nervoso central (planejamento) e do sistema efetor neuromuscular e musculoesquelético (execução). Portanto, balance é a integração das funções sensoriais, perceptivas e motoras com a finalidade de manter o centro de massa dentro dos padrões dinâmicos que ocorrem com o corpo. Estes padrões dinâmicos podem ser movimentos intencionais, voluntários e em relação às perturbações ambientais.

As informações sensoriais são fornecidas pelos sistemas visual, vestibular e somatossensorial. As informações visuais fornecem referências sobre a posição e o movimento da cabeça com relação aos objetos ao redor. O sistema somatossensorial é responsável por informar ao SNC a posição e movimentação do corpo no espaço em relação à superfície de suporte. Além disso, as entradas somatossensoriais informam sobre a posição dos segmentos corporais uns em relação aos outros.

A informação somatossensorial é obtida através dos proprioceptores articulares e musculares e receptores cutâneos de tato e de pressão. O corpo responde aos ajustes posturais desde a infância até a fase adulta. A capacidade de manter o

corpo ereto dentro da base de sustentação, associado com a habilidade de ficar estável em uma atividade funcional, é o que caracteriza o controle postural. O controle postural envolve estratégias motoras (tornozelo, quadril e do passo) advindas de experiência prévias e do balance.

O processo de envelhecimento afeta todos estes componentes de controle postural refletindo diretamente na funcionalidade dos idosos. Fatores associados ao envelhecimento como: polifarmácia, múltiplas doenças, quedas recorrentes, tonturas, comprometimento da marcha e do aparelho vestibular são determinantes no comprometimento do balance.

CAMINHOS

Sendo assim, é importante o profissional entender o conceito correto do balance para ser preciso na avaliação, no tratamento e na prevenção de problemas motores.

A seguir é feita uma síntese dos sistemas que compõem o mecanismo do controle do balance alterados no processo de envelhecimento, a partir da análise de PERRACINI e FLÓ (2013) com base na pesquisa de Horak são: força muscular reduzida em membros inferiores; a perda da massa muscular associada à idade; flexibilidade muscular e articular reduzidas; alinhamento postural com tendência a flexão da coluna; redução das funções da visão; redução da sensibilidade cutânea protetora da planta dos pés e da propriocepção; e alterações no sistema vestibular e sensorial. Além disso, existem também os sub-componentes motores envolvidos nas respostas reativas e respostas posturais antecipatórias que se encontram alterados com o envelhecimento, além dos componentes psicocognitivos (atenção e medo de cair).

A partir do conhecimento destes sistemas é possível realizar uma avaliação clínica criteriosa, um tratamento específico para cada idoso e uma orientação preventiva. A literatura mostra os benefícios dos exercícios multissensoriais, que são exercícios que estimulam os sistemas que compõem o balance e promovem ganhos na mobilidade funcional e melhora no aspecto físico, psíquico e de socialização.

LINHA DE CHEGADA

Portanto, a intervenção fisioterapêutica com o olhar da gerontologia é essencial, pois trata do idoso no máximo do seu potencial não corroborando a disfunção como fenômeno normal da velhice. Avaliar o balance de forma específica e correta é o ideal para traçar o tratamento adequado para o distúrbio do balance e prevenir as quedas.

Há evidências de que exercícios direcionados para estimulação do equilíbrio mostram-se eficazes na recuperação e manutenção do equilíbrio no processo de envelhecimento e que o treinamento sensório-motor utilizado no tratamento desses distúrbios de controle postural melhora o equilíbrio e reduz o declínio funcional.

E para confirmar os benefícios dos exercícios terapêuticos nos distúrbios do balance, existem estudos ("Outras Partidas") que comprovam o efeito do treinamento de reeducação proprioceptiva, promovem diminuição no tempo de realização de atividades de vida diária e melhoram o equilíbrio dinâmico e estático em idosos.

OUTRAS PARTIDAS

- Livros:**
- AKEMAN, A. et al., Tratamento das disfunções do balance em idosos. In: Funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2009. p 333.
 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1ª Reimpressão. Brasília- DF.
 - GUSMÃO. Mayra Ferraz Santos; REIS, Luciana Araújo dos. Efeitos do treinamento sensório-motor no equilíbrio de idosos: revisão sistemática. Rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana, 7(1). 2017. p.64-70
 - PERRACINNI, Monica; FLÓ, Claudia. Funcionalidade e envelhecimento. 1ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 117-133, 2013, p. 334- 345
 - SILVA, Ana Flávia Fonseca; et al. Reeducação proprioceptiva no equilíbrio de idosos. Revista Interdisciplinar Ciências Médicas, Belo Horizonte, vol. 1(2), 2018, p. 54-60
 - SOUZA, A.C.S. et. al. O efeito do treinamento sensório-motor no equilíbrio de idosas. Rev Digital Buenos Aires. 2009. (acesso jul, 2016; 14(134). Disponível em: <http://bit.ly/2LHli6F>. Acesso em 8 de fev 2019.
 - TEIXEIRA, C L. Equilíbrio e Controle Postural. Brazilian Journal of Biomechanics, vol 11, n.20, 2010. p.30-40

CÁPSULA 2.8

PROFISSIONAL: Marco Túlio de Freitas Ribeiro

FORMAÇÃO: Dentista

O desafio da saúde bucal do idoso para o profissional da odontologia

PONTO DE PARTIDA

Os pacientes 60+ constituem um desafio para os profissionais da odontologia pela complexidade de sua saúde bucal e sistêmica. Na atenção odontológica aos 60+, tanto as ações de promoção de saúde e prevenção quanto as atividades clínicas são desafiadoras.

As primeiras pelo fato do modelo assistencial cirúrgico-restaurador, associado à falta de uma política de saúde bucal para adultos e idosos, ter produzido um quadro epidemiológico cujo edentulismo é condição mais frequente. Como promover saúde e prevenir doenças bucais diante de um perfil odontológico onde o edentulismo é a condição mais prevalente?

As segundas pela grande necessidade de procedimentos clínicos de média e alta complexidade, cuja cobertura pelo SUS é ainda recente e limitada. Do ponto de vista clínico odontológico exclusivamente, os 60+ apresentam, em sua maioria, necessidade de restaurações complexas, cirurgias periodontais e reabilitação protética. Como atender as demandas clínicas de um número cada vez maior de indivíduos 60+ com necessidade de procedimentos complexos?

Somado a tais fatos, os 60+ frequentemente possuem condições crônico-degenerativas como a hipertensão arterial e diabetes, e fazem uso de medicamentos para controle dessas doenças. Como atender as demandas desse estrato etário?

CAMINHOS

No que diz respeito à promoção de saúde e prevenção, políticas como fluoretação da água de consumo e o uso de pasta dental fluoreada contribuem para uma melhor saúde bucal de todas as faixas etárias. Para os 60+, o flúor tem um importante papel na prevenção e controle de lesões cáries radiculares, que são mais comuns entre eles. Políticas públicas de alimentação, como redução de consumo de açúcar, também têm um impacto positivo na saúde bucal. A cessação do fumo é outra política com impacto na saúde bucal, seja na prevenção do câncer de boca

ou controle da doença periodontal.

É importante que o cirurgião-dentista participe ativamente das ações propostas por essas políticas! Como você pode perceber, mesmo para indivíduos com perdas dentárias, políticas de promoção de saúde são importantes.

E a assistência clínica odontológica? Não existe uma receita de bolo, mas avanços na saúde bucal coletiva como a criação dos Centros de Especialidade Odontológica (CEO) e a inserção das próteses na Atenção Básica possibilitaram uma melhor perspectiva para esse grupo etário. Casos que eram tratados por meio de extrações, hoje tem a possibilidade de encaminhamento e manutenção dos elementos dentários. Isto é um grande avanço para os 60+, e espera-se, com isto, mudanças futuras nos indicadores epidemiológicos de saúde bucal.

Um exemplo disso é a reabilitação protética por meio de próteses convencionais, que tem contribuído muito para uma melhor qualidade de vida associada à saúde bucal de indivíduos 60+. Cabe ainda lembrar que mesmo as próteses implantossuportadas já constam da tabela do SUS, sendo que alguns estados como Paraná já apresentam resultados importantes em relação à reabilitação com este tipo de próteses.

Percebe-se que, do ponto de vista da assistência odontológica, os 60+ tiveram avanços nos últimos anos com maior e melhor acesso à saúde bucal coletiva. Porém, a condição de saúde sistêmica pode dificultar, ou até mesmo restringir, seu acesso ao serviço odontológico. É importante ressaltar que a presença de comorbidades ou uso de medicamentos por si só não são impeditivos para o atendimento clínico dos 60+. Partindo dessa premissa, o paciente portador de condições crônicas controladas deve ser tratado como um paciente normal.

A dificuldade de atendimento diz respeito somente aos casos não compensados, ou os de maior gravidade (ASA III), que terão de ser referenciados para níveis de complexidade maiores, sendo alguns tratados em bloco cirúrgico. Para que estes casos recebam a atenção necessária na rede, é necessário que sejam estabelecidos fluxos e protocolos clínicos de atendimento. Uma outra contribuição importante dos profissionais da odontologia para a saúde dos 60+ é sua participação em grupos operativos como os de diabéticos e hipertensos, a fim de conscientizar os portadores dessas condições quanto à importância de uma boa saúde bucal no controle dessas doenças.

LINHA DE CHEGADA

Considerando que o uso de vários medicamentos pelos indivíduos 60+ é uma das dificuldades encontradas no atendimento das necessidades odontológicas

desse indivíduos, vale ressaltar que, em caso de dúvidas quanto a reações associadas a medicamentos, existem vários aplicativos de celular que podem auxiliar o profissional. Além disto, o cirurgião-dentista deve se aproveitar destes casos para buscar a interação com o médico de sua equipe e/ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), discutindo os problemas dos usuários junto a ele. Este pode ser um momento de troca de experiências entre os profissionais, promovendo a educação permanente, a integralidade da atenção ao idoso e o trabalho em equipe. O desafio da assistência odontológica ao idoso pode fortalecer a integração da equipe e o vínculo com os usuários 60+.

OUTRAS PARTIDAS

- Artigos:**
- BERTOLLO, A. L et al. Interações medicamentosas na clínica odontológica. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 120-4, jul./dez. 2013. Disponível em <<http://bit.ly/30fc3hg>> Acesso em 31 mar. 2019.
 - IRINEU, B. N. et al. Saúde do idoso e o papel do odontólogo: inter-relação entre a condição sistêmica e a saúde bucal. FOL - Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep - 25(2) 41-46 - jul.-dez. 2015 .Disponível em <FOL - Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep - 25(2) 41-46 - jul.-dez. 2015> Acesso: 31 mar. 2019.

CÁPSULA 2.9

PROFISSIONAL: Ana Lúcia Frota Vasconcelos

FORMAÇÃO: Médica Clínica

Dependência química no idoso

PONTO DE PARTIDA

Problemas relacionados ao uso de álcool são frequentes e subdiagnosticados nos idosos, apesar de serem a terceira condição psiquiátrica mais prevalente, atrás dos transtornos depressivos e das demências. Entre os fatores de risco para abuso de drogas na população destacam-se: transtornos ansiosos e depressivos; viuvez; solidão; isolamento social; aposentadoria; e doenças crônicas.

As alterações neuroquímicas associadas à senescência aumentam a sensibilidade aos efeitos sedativos e ansiolíticos do álcool e de medicamentos controlados. Identificam-se dois grupos de idosos que têm problemas com

álcool: os que já os tinha na vida adulta e aqueles que começaram a ter na terceira idade. Em geral, os primeiros têm história familiar de alcoolismo, podem ter tido problemas com o ajuste social e problemas legais quando jovens. Já os que iniciam o uso tardiamente relatam eventos fragilizadores ao longo da vida como causa do problema.

O uso de substâncias ilícitas por idosos é pouco frequente, mas há uma expectativa de que essa condição terá sua prevalência aumentada nas próximas décadas. O uso de álcool e outras substâncias é mais comum entre os idosos não casados (solteiros, separados, viúvos), homens e desempregados.

CAMINHOS

Os idosos que abusam ou que são dependentes do álcool respondem igualmente ou melhor ao tratamento do que pacientes de outras faixas etárias. A resposta tende a ser maior quando o idoso é submetido a programas terapêuticos específicos. Schonfeld propôs as seguintes recomendações para o tratamento: identificar estados emocionais negativos e isolamento; capacitar profissionais para o tratamento de idosos; associar intervenções psicossociais individuais ou em grupo; implementar relações com serviços de saúde que prestam assistência aos idosos; e adequar o ritmo e o conteúdo do tratamento aos idosos.

Associado a isso temos a possibilidade de lançarmos mão da intervenção farmacológica. As principais intervenções para o tratamento de idosos dependentes de nicotina consistem em aumentar o desejo de interromper o consumo e técnicas motivacionais. Isso pode ser feito pelo médico por meio de aconselhamentos breves. A prescrição de métodos de reposição de nicotina pode facilitar a adesão. Também estão disponíveis outras intervenções farmacológicas.

LINHA DE CHEGADA

Devemos estar atentos para o reconhecimento desse problema. O consumo de álcool deve ser investigado uma vez ao ano, e dependendo do padrão de uso (abstêmios, baixo ou alto risco, abuso/dependência) as orientações terão enfoque diferente.

Pacientes com alcoolismo de início tardio têm mais sucesso em seguir o tratamento para abandonar o vício. O diagnóstico tardio piora o prognóstico e tende a reforçar a idéia de que os alcoolistas raramente se recuperam. Lembrar que quedas, acidentes e traumas devem ser avaliados de forma detalhada por serem prováveis indicadores de abuso de álcool.

Orientar sempre sobre os grupos de apoio aos pacientes e familiares como AA (Alcoólicos Anônimos), NA (Narcóticos Anônimos) e o Grupo de Apoio Amor Exigente que têm importante papel no processo de recuperação e tratamento dos dependentes químicos.

OUTRAS PARTIDAS

- Sites:**
- Grupo de Apoio Amor Exigente: www.amorexigente.org.br
 - Afinal, o álcool aumenta ou reduz nossa longevidade?: <http://bit.ly/309FVM0>
 - Alcoolismo em idosos aumenta: especialista dá dicas de como enfrentar o problema: <http://bit.ly/2PSiAd7>

Livro: Diehl, A; Cordeiro, DC; Laranjeira, R; Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.

CÁPSULA 2.10

PROFISSIONAL: Ana Lúcia Frota Vasconcelos

FORMAÇÃO: Médica Clínica

Distúrbio do sono no idoso

PONTO DE PARTIDA

Alterações no ciclo do sono são queixas comuns de idosos atendidos em serviços de saúde, chegando a alcançar 50% dos sintomas relatados em consultório médico, podendo trazer repercussões graves na qualidade de vida desses idosos, de seus familiares e cuidadores. Mais da metade das pessoas com idade superior a 60 anos residentes na comunidade já experimentaram algum tipo de dificuldade para dormir. Existem diversos tipos de transtorno do sono sendo a insônia o mais comum na população idosa.

O idoso leva mais tempo para iniciar o sono e o seu despertar é precoce, quando comparado ao adulto normal. O padrão do seu sono passa a ser mais superficial e mais fragmentado. Ocorre também uma redistribuição do sono, com tendência a dormir menos à noite e cochilar durante o dia, principalmente à tarde, mas a sonolência excessiva diurna não faz parte do envelhecimento normal.

A insônia é a percepção de sono insuficiente, tanto quantitativa quanto qualitativamente, motivada pela incapacidade de iniciar e/ou manter o sono durante a noite. Ela não faz parte do envelhecimento normal. A insônia pode ser secundária a diversas condições médicas, como: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); asma; Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); cardiopatia isquêmica; doenças reumatológicas; doenças neurológicas; doenças urológicas (associadas a poliúria e nictúria); doenças endócrinas; demência; doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE); doenças dermatológicas; menopausa; e dor crônica. Durante a fase final de vida, a insônia também é um problema.

CAMINHOS

O diagnóstico de insônia baseia-se mais na história clínica do paciente do que na análise de exames mais especializados como os de laboratório e/ou polissonografia. A investigação é realizada por meio de um interrogatório que consiste em critérios clínicos subjetivos, tais como: (1) o tempo em que o paciente fica tentando dormir é maior ou igual a 30 minutos e/ou se este é o mesmo tempo em que ele passa acordado durante a noite; (2) a frequência com que esta dificuldade de dormir ocorre é, em média, de 3 ou mais vezes/semana; (3) o período em que essa dificuldade para dormir perdura é por mais de 6 meses em 1 ano.

Além disso, é importante certificar-se de que o paciente não apresenta tendência a dormir tarde da noite ou somente de madrugada (atraso de fase do sono), sendo esta uma frequente causa de confusão com a insônia. Outros fatores que podem afetar a capacidade de dormir em idosos são ingestão de bebida alcoólica, cafeína e nicotina.

Medicações também podem desencadear e/ou piorar um quadro de insônia como: alguns anti-hipertensivos (betabloqueadores), corticóides, estimulantes do sistema nervoso central, descongestionantes nasais, protetores gástricos (ranitidina e cimetidina), antiarrítmicos, hormônios tireoidianos, derivados xantínicos, substâncias antiparkinsonianas, anti-histamínicos e alguns analgésicos. O horário de administração da medicação tem muita importância, pois podem ocasionar esse tipo de alteração do sono e até gerar situações de sonolência diurna excessiva nesses pacientes.

LINHA DE CHEGADA

O tratamento da insônia deve ser sempre iniciado com uma abordagem não farmacológica, dando prioridade para orientações com relação à higiene do sono. Quando as medidas não farmacológicas não forem efetivas, pode-se fazer o uso de medicamentos levando-se em consideração os seguintes aspectos:

objetivos do tratamento; expectativas do paciente; perfil de segurança do fármaco; efeitos colaterais; interações medicamentosas; possibilidade de titulação da dose; custo; comorbidades e contraindicações, não esquecendo que, em se tratando de pacientes idosos, a dose inicial deve ser a mais baixa possível, reavaliando a melhora ou não do quadro com certa regularidade.

Nos casos necessários, considerar o uso de antidepressivos com efeito sedativo, com melhor perfil para o idoso e que podem ter menos efeitos adversos do que os sedativos. Lembrar sempre de iniciar com dosagem reduzida para melhor tolerância.

Os benzodiazepínicos são medições potencialmente inapropriadas para os idosos, pelo aumento do risco de declínio cognitivo, delirium, quedas, fraturas e acidentes automobilísticos. Os hipnóticos não benzodiazepínicos (como exemplo o Zolpidem) possuem efeitos adversos similares aos benzodiazepínicos e também são considerados potencialmente inapropriados para o idoso, sendo usado em casos selecionados. A insônia leva a alterações de comportamento e de humor, ocasionando um ônus financeiro e social, com sérias consequências aos pacientes, seus familiares e cuidadores, bem como aos serviços de saúde mostrando a importância do correto diagnóstico e tratamento.

OUTRAS PARTIDAS

- Livros:**
- Moraes, EN; Raquel, SA. Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil – Editora Folium 2016.
 - Freitas, EV; Py, L; Tratado de geriatria e gerontologia – 4ª edição. Guanabara Koogan, 2017.
 - Moraes, EN; A arte da (des)prescrição no idoso- 1ª edição.

- Sites:**
- Dormir uma hora a menos faz diferença?: <http://bit.ly/2VPWH3r>
 - Insônia pode afetar a saúde e diminuir a qualidade de vida: <http://bit.ly/2PvR3vT>
 - A qualidade do sono melhora a performance: <http://bit.ly/2H6HykR>
 - Dormir bem é a melhor coisa que você pode fazer pela sua saúde: <http://bit.ly/2vL31uj>
 - Sono, liberdade para pensar: <http://bit.ly/2vK4GjJ>

CÁPSULA 2.11

PROFISSIONAL: Ariane Flávia Almeida Lage

FORMAÇÃO: Médica Geriatra

A função do geriatra no atendimento ao idoso

PONTO DE PARTIDA

O processo de envelhecimento impacta no organismo como um todo e demanda um olhar diferenciado ao idoso. A abordagem geriátrica e gerontológica abrange desde a promoção de um envelhecer saudável até o tratamento e a reabilitação da saúde do idoso.

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é uma ferramenta utilizada para avaliarmos a saúde dos idosos. Os benefícios do uso dessa ferramenta são maiores para os idosos frágeis, em risco de fragilização ou portadores de múltiplas doenças. Trata-se de uma avaliação que usa o estado funcional e a qualidade de vida como norteadores da definição das prioridades e dos tratamentos mais adequados a cada paciente. Na AGA, além na anamnese habitual, são utilizados instrumentos de avaliação (testes, índices e escalas).

A AGA facilita a comunicação entre os membros da equipe interdisciplinar e o acompanhamento dos casos de forma global. A AGA consiste na busca de informações referente a vários aspectos: funcionalidade (atividades de vida diária básicas, instrumentais e avançadas); sistemas funcionais (cognição, humor, mobilidade, comunicação); sistemas fisiológicos principais; uso de medicamentos; história pregressa; e fatores contextuais (avaliação sociofamiliar, ambiental e do cuidado). A Avaliação Geriátrica Ampla também é conhecida como avaliação multidimensional da pessoa idosa.

A abordagem ampla da saúde do idoso não precisa necessariamente ser realizada por um geriatra. Há diversos modelos de assistência sem o profissional geriatra, nos EUA e Inglaterra, que resultaram em redução do declínio funcional, diminuição das intervenções, redução do número e da duração das internações e maior satisfação dos cuidadores e familiares.

Um exemplo é o Guided Care Model, adaptado pela Divisão de Geriatria da Johns Hopkins School of Medicine, que consiste em um modelo de cuidado crônico para idosos com condições de saúde múltiplas e necessidades complexas. A atenção à saúde é realizada por enfermeiros treinados no atendimento a idosos frágeis, de forma coordenada, centrada no paciente, eficiente e baseada

em evidências científicas. A avaliação multidimensional do idoso é realizada no domicílio e o plano de cuidados é elaborado de forma compartilhada com o paciente, sua família e com o médico da atenção primária (BOULT et al., 2011). Levando em consideração o envelhecimento populacional, esses modelos tendem a se expandir, sendo que o atendimento pelo geriatra pode ser benéfico em um momento inicial para elaboração de um plano de cuidados, quando houver dúvidas na condução do caso e para seguimento dos casos mais complexos.

CAMINHOS

Idosos com incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, piora da marcha, quedas, incontinência esfincteriana, piora da capacidade comunicativa e declínio funcional devem ser encaminhados ao geriatra. Por outro lado, podem se beneficiar também da avaliação geriátrica idosos com alto risco para o desenvolvimento de incapacidades: idade igual ou superior a 80 anos; polipatologia (≥ 5 diagnósticos); polifarmácia (≥ 5 drogas/dia); história de internações recentes; emagrecimento significativo não intencional ($\geq 4,5$ kg ou $\geq 5\%$ do peso corporal total no último ano; ou risco psicossociofamiliar elevado (insuficiência familiar).

A insuficiência familiar é a incapacidade da família de prover os cuidados e dar o suporte necessário ao idoso. Essa condição não deve ser confundida com negligência ou abandono, pois, muitas vezes, a família deseja cuidar do idoso, mas não reúne as condições necessárias para isso. Nessa situação é imprescindível o acompanhamento do assistente social.

LINHA DE CHEGADA

A piora da funcionalidade, a incapacidade cognitiva, a piora da mobilidade e a piora da capacidade comunicativa podem ser detectados por qualquer profissional da atenção básica, baseado nas queixas do paciente e da família. A detecção precoce é importante para a condução adequada de cada caso. O idoso que apresente essas condições deve ser encaminhado pelo médico ou enfermeiro da atenção primária para a avaliação geriátrica.

Em Belo Horizonte, essa avaliação inicial é feita no Centro Mais Vida do Hospital das Clínicas – UFMG. Se o paciente for conveniado a um plano de saúde, ele deverá ser avaliado por um geriatra da rede conveniada. O declínio funcional deve ser prontamente identificado e deve gerar uma intervenção precoce para aumentar a chance de ser revertido.

OUTRAS PARTIDAS

- Livros:**
- MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, F. L. Avaliação multidimensional do idoso. Belo Horizonte: Folium, 2016.
 - Moraes, EM; Raquel, SA. Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil – Editora Folium 2016.

CÁPSULA 2.12

PROFISSIONAL: Ariane Flávia Almeida Lage

FORMAÇÃO: Médica Geriatra

Os desafios das doenças crônicas: aderência ao tratamento

PONTO DE PARTIDA

O comportamento relacionado ao uso de medicamentos é complexo, envolve o paciente, os profissionais da saúde e diversas variáveis que, muitas vezes, não são identificadas. A identificação da não adesão a um tratamento é um desafio e requer habilidades específicas durante a avaliação de um paciente.

De acordo com um relatório de 2003 publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a adesão ao tratamento medicamentoso, em países desenvolvidos, é de cerca de 50% (43-78%). Essa porcentagem tem se mantido estável nas últimas décadas, e número semelhante foi encontrado em estudo recente desenvolvido em um serviço de geriatria em Belo Horizonte.

Segundo a OMS, a falta de adesão é a causa mais importante de falha para obter o controle da pressão arterial. Portanto, é necessário adotar práticas para melhorar a aderência ao tratamento medicamentoso e aumentar a produção científica que avaliem quais as práticas mais eficazes em fazer isso. Vários são os fatores que favorecem a baixa adesão, incluindo a falta de compreensão da doença, a falta de envolvimento no processo decisório de tratamento e o analfabetismo.

Em um estudo nos EUA, quase metade dos pacientes com baixa escolaridade admitiu que a vergonha os impediu de procurar a ajuda necessária, mais de 85% esconderam sua alfabetização limitada de colegas de trabalho ou

supervisores, e aproximadamente 50% esconderam dos seus filhos. As consequências econômicas da baixa escolaridade são exemplificadas em um estudo da Universidade do Arizona que mostrou que o custo anual total, relacionado aos cuidados de saúde para os pacientes inscritos no Medicare com baixa alfabetização, foram 4 vezes maiores que os custos para pacientes com alto nível de alfabetização.

Crenças e atitudes do paciente relativos à necessidade do tratamento, experiências anteriores com terapias farmacológicas e falta de motivação afetam o grau de adesão à medicação. Outros fatores são os altos custos dos medicamentos, a falta de compreensão das instruções sobre o uso do medicamento, a dificuldade em buscar medicações, a falta de suporte sociofamiliar, a depressão que pode gerar negligência com a própria saúde, dentre outros.

CAMINHOS

Nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do paciente como sujeito ativo de seu tratamento. Uma atitude voltada ao autocuidado e que proporcione estilos e práticas de vida mais saudáveis não depende apenas de uma prescrição profissional mas de uma conscientização da própria pessoa sobre sua condição de saúde. O autocuidado apoiado diz respeito a uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e os usuários dos serviços.

Dentro dessa visão, os envolvidos trabalham em conjunto para definir o problema, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo terapêutico. Para aplicação dessa estratégia, é importante treinar os profissionais de saúde para que colaborem com os usuários no estabelecimento de metas para o autocuidado, definir instrumentos de autocuidado baseados em evidências clínicas, utilizar estratégias de trabalho em grupo e procurar apoio por meio de ações educacionais. O apoio da família, dos amigos, das organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde é essencial para que o autocuidado se dê com efetividade.

Ao avaliar a aderência ao tratamento, o profissional de saúde deve propiciar um ambiente “livre de culpa”, demonstrando que não haverá julgamentos, e que o profissional é um parceiro que visa o melhor para o paciente. Os pacientes geralmente querem agradecer, e, muitas vezes, dirão o que eles acham que seu médico quer ouvir. Pode ser reconfortante para o paciente quando o médico lhe diz: “Sei que deve ser difícil tomar todos os seus medicamentos regularmente. Com que frequência você deixa de tomá-los?”

Ao prescrever um novo medicamento, o médico deve fornecer ao paciente todas as informações necessárias e importantes, incluindo o nome da medicação; sua finalidade (por exemplo, para baixar a pressão); a justificativa para escolhê-lo (por exemplo, outras drogas estão disponíveis, mas este é igualmente eficaz e está disponível na farmácia popular); quando deve ser tomado (por exemplo, todas as manhãs, junto ou separado de outros medicamentos); por quanto tempo deverá ser o tratamento (por exemplo, por 1 ano ou se é provavelmente vitalício); e quaisquer potenciais efeitos adversos (sua probabilidade de ocorrer, se eles vão resolver sem intervenção, e como o plano de tratamento pode mudar se eles não se resolverem). Em um estudo de pacientes com hipertensão, os efeitos adversos foram listados como a preocupação mais comum entre os pacientes que não aderiram à medicação anti-hipertensiva.

Os médicos devem priorizar esquemas mais simples e acessíveis de prescrições, e devem checar em cada consulta a aderência, as dúvidas e as dificuldades do paciente. Da mesma forma, o médico deve evitar prescrever inúmeros medicamentos e orientações de modificações comportamentais em um mesmo momento, se possível, pois isso pode sobrecarregar e confundir o paciente.

Quanto maior o envolvimento dos pacientes, mais provável que eles se sintam motivados para gerenciar sua doença e aderir aos seus medicamentos. Assim, outro fator-chave que pode melhorar a adesão está relacionado ao paciente participar ativamente nas decisões de tratamento. Uma maneira simples de envolver os pacientes é perguntar a que horas do dia ele prefere tomar medicamentos, se for possível essa escolha.

Semelhante a qualquer relacionamento, a comunicação eficaz é essencial para uma boa relação médico-paciente.

LINHA DE CHEGADA

Os médicos e profissionais da saúde podem melhorar muito a adesão do paciente ao tratamento. Aderem melhor ao tratamento os pacientes que relatam ter um relacionamento bom com seu médico. As doenças crônicas progressivas causam forte impacto na qualidade de vida. É importante que o médico tenha em mente que tratar a doença é tão importante quanto avaliar o impacto dela na vida do paciente, pois sua função também é tentar garantir uma condição de vida com mais qualidade.

OUTRAS PARTIDAS

Livros: • MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. 2013.

- SABATÉ, Eduardo et al. Adherence to long term therapies: evidence for action. World Health Organization, 2003.
- CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. 2015.

TRILHA 3



Neste núcleo, apresentaremos temas que refletem sobre a importância da dimensão social em sua diversidade, dentro da construção da longevidade.

BEM-VINDO À TRILHA!



CÁPSULA 3.1

PROFISSIONAL: Fernando Genaro Júnior

FORMAÇÃO: Psicólogo

Balanço existencial e o sentido da vida

PONTO DE PARTIDA

Psiquicamente não há etapa da vida que não demande transformações no si mesmo – self, no modo de ser, na identidade – e na sua maneira de se colocar no mundo (GENARO JUNIOR, 2018; SAFRA, 2006; WINNICOTT, 1990/1988).

Ao investigar a noção winnicottiana de cuidado, vamos reconhecer que, de acordo com o autor, desde o início da vida, o cuidado se dá como oferta de provisão ambiental necessária, que se faz pelo encontro inter-humano, no corpo a corpo, favorecendo a existência psicossomática da pessoa.

Partindo desses pressupostos, observamos que só é possível viver, envelhecer e morrer aqueles que puderam acontecer existencialmente; aos que viveram de forma pessoal e, ainda, realizadora. Caso contrário, o envelhecimento, bem como a própria finitude, se tornam motivo de agonia, adoecimento e de diversos ressentimentos com a vida. Aqui verificamos a necessidade de contar com um lugar, ambiente humano e facilitador que auxilia o processo de envelhecer e o próprio morrer como devir de uma vida viva (com sentido) e não apenas funcional (frequentemente mecânica e tediosa).

CAMINHOS

Surge nessa fase a necessidade pungente de um balanço existencial, como nos ensina SAFRA (2006). Além dos aspectos físicos e psíquicos, os idosos vivem invariavelmente, de forma consciente e/ou inconscientemente, um balanço da suas vidas em sentido maior, a fim de poderem elaborar e formular uma resposta frente à vida, um fim possível, um destino.

Nisso, criam a possibilidade de findar a vida como gesto pessoal e criativo – não angústia, aflição e temor. Segundo SAFRA (2006), a finitude define o ser humano. Esse evento no envelhecimento ganha maior consciência do que em outras fases de vida.

A necessidade de viver diferentes facetas do perdão surge como tema fundamental no trabalho com pessoas idosas. Trata-se de perdoar a si mesmo,

os outros; planos que não aconteceram, ou outros que não saíram como previsto; em outras palavras, não raro perdoar toda uma vida. O perdão surge como uma necessidade estritamente humana, sem qualquer relação com o campo da religião.

Reconhece-se que é na experiência do perdão que se poderá abrir espaços novos para viver o não acontecido, recolocar aquilo que não pôde se realizar e/ou rever o que ficou impedido. Tal experiência se torna fecunda e necessária para que a pessoa idosa possa vir a se destinar, e não perder de vista o horizonte de futuro.

Observamos que são significativas as situações em que há a presença do ressentimento, sendo esta uma problemática de qualidade narcísica, tal posição é sentida como danosa ao si mesmo. A pessoa ressentida não pode renunciar a si mesma em direção ao perdão; vitimiza-se, consciente ou inconscientemente, detida no passado, seja por culpa ou por necessidade de vingança. Não podendo ser responsável por seu gesto e por seu próprio destino, o perdão fica impedido. Sob o vértice ontológico, o perdão torna-se um gesto de desconstrução do self em direção a uma experiência de humildade. Desconstrução inerente ao processo de envelhecimento. Isso não significa que perdoar é cair no esquecimento, mas já não se carrega em si a ofensa nociva à vida.

LINHA DE CHEGADA

Assim, reconhecemos que todo fim é uma oportunidade para recomeçar. Pela via do perdão, a vida pode ser recomeçada, sonhada e findada. Desta forma, a clínica do envelhecimento visa recuperar aspectos fundamentais nessa etapa da vida, como: a dignidade, a possibilidade de rever a vida e de findá-la como gesto pessoal de realização, acontecimento, memória do mundo diante do outro. Na condição de humanos, nascemos e morremos frente a outrem.

Destacamos que as práticas psicológicas coletivas desenvolvidas nos serviços de saúde e/ou de apoio social tornam-se um dispositivo fundamental para a oferta de grupos em moldes de rodas de conversas e/ou grupos terapêuticos temáticos, a fim de propiciar espaços potenciais para a escuta qualificada e a interlocução diante dos balanços existenciais próprios do processo de envelhecimento.

OUTRAS PARTIDAS

Livros: • GENARO JUNIOR, F. (2018) A ética do cuidado na clínica do envelhecimento: diálogos entre a psicologia e a geriatria/gerontologia. In: Antúnez, A. E. A.; Safra, G. Psicologia clínica: da graduação a pós graduação. Rio de

Janeiro: Atheneu, 2018.

- GENARO JUNIOR, F. (2013) Clínica do envelhecimento: concepções e casos clínicos. São Bernardo do Campo/SP: Todas as Musas.
- KHEL, M.R. (2004) Ressentimento. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CÁPSULA 3.2

PROFISSIONAL: Maria da Conceição de Oliveira

FORMAÇÃO: Assistente Social

Insuficiência familiar

PONTO DE PARTIDA

Não tem como negar a importância da família em todas as fases da vida. Também para os idosos, a família tem um papel extremamente importante. Na velhice alteram-se os papéis e as funções da pessoa idosa no contexto familiar. Mudanças ocorrem não somente nos aspectos sociais e econômicos, como também na capacidade funcional de cada indivíduo.

Os idosos considerados frágeis demandam maior cuidado e suporte, que nem sempre as famílias estão preparadas ou capacitadas para oferecer. Esta incapacidade da família de proporcionar os cuidados necessários, às vezes, é confundida pelos profissionais como sendo negligência, quando na realidade se trata de uma insuficiência familiar.

CAMINHOS

A família é considerada uma instituição em constante processo de transformações, decorrentes da modernidade, da inovação do próprio conceito de família, e também da longevidade, que proporciona a convivência de três ou mais gerações no mesmo ambiente familiar. Alguns fatores poderão influenciar na relação do idoso e sua família como, as condições socioeconômicas, as perdas, a aposentadoria, e também a capacidade funcional do idoso. Um idoso mais dependente, frágil, vai demandar maior apoio e cuidado dos familiares.

“Idoso frágil é aquele com declínio funcional estabelecido, e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude de incapacidades únicas ou múltiplas, como

incapacidade cognitiva.” (Moraes, 2016)

Nem sempre as famílias estão preparadas para o cuidado necessário ao idoso frágil. Os filhos que antes eram cuidados podem ter de cuidar dos pais dependentes e não se sentirem preparados para lidarem com a condição de fragilidade e dependência. O mesmo ocorre com familiares de idosos que não têm filhos e os irmãos ou sobrinhos se depararem com essa realidade.

A insuficiência familiar consiste na perda da capacidade da família de prover os cuidados, dar apoio e suporte ao idoso, por ausência de família ou por falta de condições (Moraes, 2016). Insuficiência familiar é um conceito que necessita ser compreendido por todos os profissionais, pois a própria definição do problema sugere soluções, ao analisarmos que a Rede de Apoio a Idosos, possibilita ações direcionadas também para o apoio à família e cuidadores. O atendimento profissional ao idoso em situação de insuficiência familiar deverá estar voltado para as questões que abordam a funcionalidade da família. A família, pode se mostrar, ansiosa, confusa, perdida, desorientada, necessitando então de ajuda profissional e orientação para se organizar e conseguir cuidar melhor do seu familiar idoso.

A rede de apoio e suporte aos idosos, que pode ser formal (órgãos de defesa dos direitos, serviços de saúde, ONGs, instituições,) ou informal (família, vizinhos, comunidade, amigos) dispõe de informações, orientações, programas e serviços que contribuem para amenizar a situação da incapacidade da família de cuidar.

Em Belo Horizonte, por exemplo, a Prefeitura oferece atendimento domiciliar através de cuidadores que auxiliam familiares de idosos dependentes e semi-dependentes nas atividades de vida diária. É o Programa Maior Cuidado, cujo trabalho é vinculado ao Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias.

LINHA DE CHEGADA

Ao compreender que a insuficiência familiar do idoso é uma situação que merece especial atenção, o profissional estará proporcionando ao idoso, aos familiares ou demais responsáveis, possibilidades de melhoria dos cuidados e com isto um atendimento mais efetivo e de qualidade.

OUTRAS PARTIDAS

- Livros:**
- Domingues, M.; Lemos N.D. Gerontologia, os desafios nos diversos cenários da atenção, Barueri, SP, Editora Manole, 2010;
 - Moraes, EM; Raquel, SA. Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil –

Editora Folium 2016.

• Njaine.K.; Assis, G.S.; Constantino, P. Impactos da Violência na Saúde. Cap. 8. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, Editora Fio Cruz, 2013.

Sites: • Portal do Envelhecimento:

<https://www.portaldoenvelhecimento.com.br>

• Prefeitura de Belo Horizonte: <https://prefeitura.pbh.gov.br/>

CÁPSULA 3.3

PROFISSIONAL: Maria da Conceição de Oliveira

FORMAÇÃO: Assistente Social

Intervenção na violação dos direitos

PONTO DE PARTIDA

Os direitos dos idosos no Brasil são tratados por diversas leis, entretanto o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 2003, é considerado o “expoente máximo da legislação protetiva ao idoso” (Born, 2008). Além de regulamentar os direitos das pessoas idosas, definir as obrigações das entidades que atendem idosos e as competências do Ministério Público, o Estatuto define também o que é considerado crime e estipula penas severas para quem violar a lei. É importante que os profissionais compreendam tais questões, e consigam perceber a articulação com outros órgãos e áreas, como benefícios para uma intervenção mais efetiva.

CAMINHOS

No Brasil, a Constituição Federal em seu art. 1º aborda a proteção aos idosos ao estabelecer como fundamentos o exercício da cidadania e a dignidade da pessoa humana. Outros artigos da própria Constituição e outras leis, como a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/1994, tratam dos direitos e da proteção aos idosos.

O Estatuto do Idoso abrange o máximo da proteção aos idosos, regulamentando os direitos, estabelecendo obrigações, garantindo medidas específicas de proteção e definindo penalidades para quem cometer crimes contra idosos ou violar a lei. Os direitos fundamentais que constam no Estatuto do Idoso são: 1)

Direito à vida; 2) Direito à liberdade, ao respeito e à dignidade; 3) Alimentos; 4) Direito à saúde; 5) Educação, cultura, esporte e lazer; 4) Previdência social; 5) Assistência social; 6) Habitação; 7) Transporte.

Algumas situações são consideradas crimes contra a pessoa idosa: a discriminação; o impedimento ou a dificuldade de acesso às operações bancárias; aos meios de transportes; a falta de assistência; o abandono; a negligência nos cuidados; o abuso financeiro; o abuso psicológico; e a falta de preservação da imagem da pessoa idosa, ou seja, qualquer tratamento desumano, constrangedor ou violento são crimes sujeitos a punições severas. Estas situações são complexas para a intervenção profissional, porque, muitas vezes, a sociedade e os próprios idosos as “naturalizam”, não percebendo como violência. O profissional precisa intervir com muita cautela.

Durante o acolhimento, a escuta e a observação, as informações repassadas pelos idosos ou pelos cuidadores, poderão levar o profissional a suspeitar da violação de direitos. A abordagem vai demandar então dos profissionais a articulação com outras áreas, como da justiça, da segurança pública, dos órgãos de defesa dos direitos da pessoa idosa ou do Ministério Público. Portanto, a intervenção também deve ser trabalhada de maneira interdisciplinar, nunca isolada, considerando que em alguns casos a participação do idoso será imprescindível para a solução dos problemas que lhe dizem respeito.

Para as situações em que couberem notificações, a Prefeitura de Belo Horizonte disponibiliza um Guia de Atendimento que esclarece e orienta sobre os procedimentos, uma vez que ao atender um idoso vítima de violência, o profissional é obrigado a comunicar às autoridades competentes (art. 57 do Estatuto do Idoso).

LINHA DE CHEGADA

Quando nos preocupamos com a formulação e efetivação dos direitos, políticas e programas para as pessoas idosas, quando nos sensibilizamos e nos comprometemos com a solução das questões relacionadas a crimes e violência contra idosos, estamos não somente cumprindo com a obrigação da efetivação dos direitos da pessoa idosa como também contribuindo para um envelhecimento ativo, digno, saudável, com possibilidades de participação e qualidade de vida para todos.

OUTRAS PARTIDAS

Livros: • Guia de Atendimento à Pessoa Idosa em Situação de Violência. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte, 2015;

www.pbh.gov.br

- Njaine.K.; Assis, G.S.; Constantino, P. Impactos da Violência na Saúde. Capítulo 8. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, Editora Fio Cruz, 2013.
- Pereira, Isabel. Interdisciplinaridade. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ, 2009

CÁPSULA 3.4

**PROFISSIONAIS: Ruth Necha Myssior (Assistente Social)
e Márcia Pedras (Representante 60+)**

Protagonismo e cidadania da pessoa idosa

PONTO DE PARTIDA

À medida que a sociedade brasileira reconhecer que as questões sobre protagonismo e cidadania da pessoa idosa se tornaram aceitas e acolhidas socialmente, assim como pelos próprios idosos, poderá dar passos importantes com relação aos modelos positivos de pessoas que estão empenhadas em atividades criativas que beneficiam a própria sociedade e a si mesmas.

Protagonismo é o papel que as pessoas assumem ao longo da vida, através de capacitação, mudança de cultura, enfrentamento de dificuldades e preconceitos. Cidadania é a qualidade de ser cidadão. É a postura que assumimos diante dos nossos direitos, deveres sociais, civis e políticos garantidos pelo Estado.

O protagonismo e a cidadania são frutos da nossa vivência. A partir das nossas experiências poderão ser definidos os perfis dos cidadãos que poderemos nos tornar. Quando uma pessoa cresce sendo reprimida, marginalizada e induzida a aceitar tudo que lhe é imposto, passivamente, na maioria das vezes, não possui a percepção de que não é só sujeito de deveres mas também de direitos.

A sociedade como um todo não está preparada para lidar com as novas demandas apresentadas pelas pessoas idosas. Faz-se necessário dar “voz e vez” aos mesmos, para percebermos a nossa importância como cidadãos.

Esse conteúdo foi escrito por e para pessoas acima de 60 anos. Mesmo que você seja um profissional com menos de 60 anos, compreender a importância desse tema é fundamental para seu relacionamento intergeracional e a sua própria preparação para a longevidade.

CAMINHOS

Somos uma geração de idosos que viveram uma infância e juventude de muita repressão. Muitos não possuíam o direito de opinar nem expressar sentimentos. Tinham que “engolir o choro” e obedecer. Reivindicar direitos, nem pensar! Era uma afronta. Muitos jovens abandonavam os estudos porque precisavam trabalhar para ajudar nas despesas da casa. Em algumas famílias estudar era privilégio dos rapazes. Enquanto estes iam para a escola, as moças ficavam em casa cuidando dos afazeres domésticos e aprendendo trabalhos manuais, preparando-se para serem esposas prendadas. Isso quando não iam trabalhar como babás ou domésticas.

Antes do SUS, criado em 1988, somente aqueles que trabalhavam com carteira assinada possuíam direito à assistência da saúde pública (INAMPS). Muitos dependiam de instituições assistencialistas tais como a Santa Casa de Misericórdia e, muitas vezes, morriam sem conseguir atendimento. Na história brasileira, houve períodos marcantes em diferentes níveis políticos, econômicos e outros, que deixaram profundas marcas nas pessoas idosas de hoje. Porém, na sua maioria, “um povo guerreiro”, que lutou muito, tornando-se acostumado a se contentar com pouco. Importante citar que, entre aqueles que tiveram uma vida mais fácil, muitos tornaram-se alienados: “Não é problema meu”, deixando de exercer o seu papel social.

No decorrer da vida, novas situações são vivenciadas constantemente e, muitas delas, constituem-se em oportunidades que poderiam, mudar o rumo de muitas histórias.

“Mesmo sendo águias, tendo coração de águia, se não formos estimulados e não formos apresentados à luz, não vamos voar. Vamos continuar vivendo como galinhas.” (Leonardo Boff)

As dificuldades das pessoas idosas em exercer o protagonismo e a plena cidadania acontecem em situações em que se percebe: isolamento; perda do poder de decisão e de vivência dos papéis sociais; dependência; sensação de não ser pertencente; dificuldades de convivência; e excesso de importância ao passado.

É muito relevante que a sociedade entenda que todos estão envelhecendo e

que a velhice é uma fase da vida. Assim como as crianças menores, os idosos, principalmente os mais frágeis e carentes, necessitam de mais atenção e cuidados. O compromisso em favor da promoção dos direitos políticos e civis é dever de todos. Não podemos ser negligentes com nós mesmos. As necessidades e direitos das pessoas idosas, e a própria situação do envelhecimento, devem ser olhados com mais atenção.

Necessário possuir atitude. Isso é protagonismo. É o despertar para o fato de que sermos protagonistas de nossas vidas requer, também, envolvimento e participação, assim como é fundamental conhecer e começar a “fazer parte” dos espaços que levam a um maior convívio social, que propiciará a oportunidade de adquirir maiores conhecimentos, trocas, descoberta de valores, abertura para mudanças, melhora da autoestima, valorização e liberdade.

Para isto, devemos:

- Frequentar grupos de convivência para pessoas idosas, ampliando a rede de relações
- Aproveitar o que é oferecido pelas prefeituras, associações e instituições como o SESC
- Fazer parte das Escolas Abertas aos Idosos, nas faculdades e universidades, que oferecem cursos, muitas vezes, gratuitos
- Buscar o que existe na comunidade para promoção de saúde e lazer, como encontros nas áreas de leitura, música, teatro, trabalhos manuais, Pastorais
- Participar de reuniões do Conselho Municipal do Idoso
- Conhecer o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso
- Estar envolvido com atividades voluntárias
- Valorizar as experiências e histórias de vida nos grupos de pessoas idosas

LINHA DE CHEGADA

A pessoa idosa deverá reconhecer-se como ser ativo socialmente, assim como na construção de tudo que lhe diz respeito. Não podemos delegar aos outros o que é nosso dever.

Protagonizar o 60+ é assumir uma nova realidade, que é nossa, na sociedade, comprometendo-nos com uma cidadania em favor da promoção dos direitos, desenvolvimento e melhoria das políticas públicas relativas às pessoas idosas.

OUTRAS PARTIDAS

Espaços: • DEFENSORIA PÚBLICA - Rua Paracatu, 304, Barro Preto. Telefone: (31) 3349-9400

- PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA E DO IDOSO - MPDE MG - Rua Timbiras, 2928, 7º andar, Barro Preto - Telefone: (31) 3295-2045
- DELEGACIA ESPECIALIZADA DE PROTEÇÃO AO IDOSO E A PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA - Av. Augusto de Lima, 1845, Barro Preto - Telefone: (31) 3330-1747/1748
- DISQUE DENÚNCIA - 181
- CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO - Rua Espírito Santo, 505- 10º andar, sala 1005 - Telefax: (31) 3277 9865
- CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO - Rua da Bahia, 1148, sala 308 - Telefone: (31) 3222-9737
- SECRETARIA MUNICIPAL ADJUNTA DE DIREITOS DE CIDADANIA/ COORDENADORIA DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA- Rua Espírito Santo, 505- 8º andar - Telefone: (31) 3277-4383/4460

- Livros:**
- Alcântara, Alexandre de O, Camarano, Ana Amélia, Giacomini, Karla Cristina- Política Nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016
 - Motta, Edith- Envelhecimento Social. Coleção Temas Sociais, número 230- CBCISS- Rio de Janeiro. Ano XXII-1996

CÁPSULA 3.5 PARCEIRO: Sesc em Minas

Cultura e lazer

PONTO DE PARTIDA

Com a ampliação do tempo de vida a partir do século XX, chegar à velhice, que antes era privilégio para poucos, passa a ser uma realidade atual no Brasil e no mundo. No entanto, apesar de ser considerado uma conquista, o fenômeno social do envelhecimento também se transformou em um grande desafio para o atual século, considerando que “viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida” (Oliveira, 2018).

Neste sentido, a educação para a longevidade se faz necessária, visto que a qualidade de vida está diretamente relacionada às diversas condições como, por exemplo, acesso ao lazer, à cultura e às opções que cada um pode fazer

para a vida atual e futura.

De acordo com Dumazedier (1994), o lazer [e a cultura] tem como importante função a tentativa de fazer com que o indivíduo se desconecte temporariamente de suas obrigações e é capaz de oferecer incontáveis benefícios, oportunizando ressignificações, vitalidade e até mesmo proporcionando ao 60+ o redesenho de um novo modo de viver. Assim, a sensibilização sobre a importância da cultura e do lazer e seus benefícios ao público idoso, bem como a ampliação de oportunidades de acesso às tais, são necessárias e contribuem para o envelhecimento ativo.

CAMINHOS

O estímulo à participação dos 60+ em atividades de repouso, diversão, recreação, entretenimento, desenvolvimento, dentre outras, além também do estímulo à ocupação de espaços públicos e privados como praças, centros culturais, centros de convivência, teatro, shows e etc, destinados ou não para os idosos, é essencial.

Compreende-se que, por meio da participação em atividades culturais e de lazer, o idoso pode atribuir um novo significado em suas relações, ampliar a satisfação pessoal, combater ou prevenir o isolamento social, obter maior participação social e fortalecer vínculos familiares e comunitários. Ações espontâneas ligadas ao ambiente familiar como comemorações de aniversários e datas comemorativas estabelecidas nacionalmente (Natal, Dia das Mães, etc), podem se constituir, por exemplo, como a primeira instância de acesso aos 60+ ao lazer e a cultura.

Paralelamente, o Sesc em Minas também é um espaço que oferece diversas atividades nas áreas de assistência, educação, cultura, saúde e lazer (esporte, recreação e turismo social) que contribuem para o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida dos comerciários e da comunidade. Por meio do Trabalho Social com Grupos Idosos – Sesc +60, realizado desde a década de 70, diversas atividades são especialmente proporcionadas aos comerciários e dependentes acima de 60 anos na capital (Sesc Carlos Prates, Floresta, Santa Quitéria e Venda Nova) e região metropolitana de BH (Contagem, Santa Luzia e Sete Lagoas), além de em outras 13 unidades distribuídas em Minas Gerais.

A cidade de Belo Horizonte possui também a oferta de serviços públicos em diferentes frentes para este fim através das Secretarias de Cultura, Esporte e Lazer e demais organizações como, por exemplo, o Centro Cultural Alto Vera Cruz, o Museu dos Brinquedos, o Circuito Cultural da Praça da Liberdade, entre outros.

Sobre este e outros assuntos, confira também a Cápsula sobre os Direitos da Pessoa Idosa que aborda questões relevantes sobre o Estatuto do Idoso, incluindo

descontos como a meia entrada em eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, por exemplo.

LINHA DE CHEGADA

As diversas oportunidades para o acesso à cultura e ao lazer para pessoas acima de 60 anos contribuem para o envelhecimento ativo e para melhoria da qualidade de vida deste público em seus múltiplos aspectos. Do mesmo modo, para os demais membros da família, a convivência ativa e harmoniosa com os seus 60+ possibilita a transmissão de conhecimento e experiências entre as gerações, perpetua costumes e proporciona a formação para a longevidade a todos os membros.

OUTRAS PARTIDAS

Sites: • Informações sobre as ações de lazer, culturas e outras ofertadas pelo Sesc aos comerciários, dependentes e público geral habilitado:

www.sescmg.com.br

- Secretarias de Cultura, Esporte e Lazer: www.pbh.gov.br
- Museu dos Brinquedos: www.museudosbrinquedos.org.br
- Circuito Cultural da Praça da Liberdade: www.circuitoliberalidade.mg.gov.br

Livros: • DUMAZEDIER, J. Lazer e cultura popular – 3ª ed. – São Paulo: Perspectiva, 2001

- Oliveira, Martha. Veras, Renato Peixoto. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Universidade Aberta da Terceira Idade, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R. São Francisco Xavier 524/10º, Maracanã. 22261-001 Rio de Janeiro RJ Brasil. 2018. Disponível em: <<http://bit.ly/2H8t09h>>. Acesso em 11/4/2017.

TRILHA 4



Neste núcleo, apresentaremos temas que precisam de uma abordagem inovadora diante da revolução da longevidade que vivemos!

BEM-VINDO À TRILHA!

4.1

EDUCAÇÃO 60+

4.2

TRABALHO 60+

4.3

**ECONOMIA PRATEADA E
FINANÇAS PESSOAIS**

CÁPSULA 4.1

PROFISSIONAL: Helena Queiroz

FORMAÇÃO: Educadora Social

Educação 60+

PONTO DE PARTIDA

No Brasil, 7% da população com 15 anos ou mais é considerada analfabeta, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2017. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esse número aponta para um perfil de analfabetos brasileiros formado majoritariamente por idosos que, quando eram jovens, não tiveram acesso à escola.

Muitos dos que conseguiram cursar o ensino fundamental tiveram sua trajetória educacional interrompida por casamentos, filhos e trabalho ainda muito jovens. Essas mudanças na trajetória da vida os impediram de fazer uma faculdade ou um outro curso, com o objetivo de realizar um sonho ou desenvolver um talento adormecido. Veja também a cápsula sobre Projeto de Vida!

A Andragogia, termo cunhado por Malcom Knowles, surge como a arte de ensinar adultos, diferentemente da Pedagogia que é arte de ensinar crianças. Mas de que adulto estamos falando? Adultos de 18, 30, 40, 60 anos ou mais?

Assim, vamos usar o termo Geragogia para representar a educação de pessoas idosas, público alvo desta nossa cápsula. A geragogia tem como objeto a educação das pessoas idosas, procurando aplicar os novos conhecimentos do desenvolvimento e os conhecimentos humanos próprios do envelhecimento e da velhice ao ensino e à aprendizagem das pessoas idosas.

Nesse contexto, a Rede Longevidade apresenta algumas possibilidades para que as pessoas 60+ possam buscar novos sonhos, ou mesmo realizar os antigos, nessa etapa da vida que é chamada de "Terceiro Ato" (veja vídeo da Jane Fonda). Ou seja, é nessa etapa da vida, com filhos criados e, normalmente, aposentados, é que eles estão voltando aos bancos de escolas.

CAMINHOS

Além da Rede Longevidade, existem em Belo Horizonte, diversas opções de ações, institucionalizadas ou não, para atender esse público que entende que a aprendizagem pode e deve ocorrer em todas as idades.

A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte oferece o Programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA) em todas as 107 escolas municipais, para jovens e adultos.

A UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais oferece o Programa Universidade Aberta para Terceira Idade - Projeto Maioridade, que tem como objetivo possibilitar o acesso dos idosos à Universidade e a sua capacitação para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

A UNA também oferece seu programa de universidade aberta para a pessoa idosa com cursos de alfabetização, cinema, direito, finanças pessoais, informática, inglês, fitoterapia e hortas urbanas. Além disso, oferece oficinas de psicologia, fisioterapia, educação física, estética e saúde geral; e serviços de atendimento jurídico, clínica de psicologia e clínica de estética.

Já na PUC, no Programa PUC Mais Idade, é oferecido o curso de informática básica, com foco nas redes sociais. São ofertadas também diversas oficinas pelos cursos de Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Ciências Biológicas, Odontologia e Direito.

O Núcleo de Estudos Escola da Terceira Idade foi criado pela Universidade Fumec com o objetivo de oferecer mais qualidade de vida e manter um debate permanente sobre as questões ligadas à terceira idade.

O programa da Maturidade, oferecido pelo Centro Universitário Estácio de Sá, é composto por várias disciplinas optativas, tais como: informática, inglês, espanhol, psicologia, história da arte, pintura, Tai Chi Chuan, dentre outras.

A educação também permeia espaços não institucionalizados que oferecem projetos sociais de alfabetização e letramento, normalmente ministrados por voluntários que se dedicam à causa. Uma metodologia para disseminar o conhecimento, bastante usada, são as rodas de conversa (veja link com indicação em Outras Partidas). A roda de conversa possibilita a abertura de um espaço não só de reflexão sobre determinado tema mas também um espaço de escuta das experiências e vivências dos participantes do grupo.

LINHA DE CHEGADA

Buscar o caminho do conhecimento, seja ele onde estiver, proporciona uma nova visão de mundo para as pessoas. Para aquelas que aprendem a ler e a escrever nesta idade, significa cidadania.

Muitas práticas e políticas de educação de adultos estão baseadas em

perspectivas meramente instrumentais, voltadas à qualificação e requalificação profissional. Isso é importante, porém é necessário que venham acompanhadas de uma formação mais ampla do sujeito que permita a melhoria da sua qualidade de vida e o exercício pleno de sua cidadania.

OUTRAS PARTIDAS

- Sites:**
- Rede Longevidade: www.redelongevidade.org.br
 - Educação de jovens e adultos - EJA: <http://bit.ly/2DY7RJj>
 - Universidade Aberta: www.una.br/universidadeaberta
 - PUC Mais Idade: <http://bit.ly/2vSEUtD>
 - Projeto Maioridade - Universidade Aberta para a Terceira Idade: <http://bit.ly/308td0a>
 - Núcleo de Estudos Escola da Terceira Idade: <http://bit.ly/2PTcvwR>
 - Programa da Maturidade na Faculdade: <http://bit.ly/2VKUjKd>
 - As pedagogias do CPCD: <http://bit.ly/2WDpQvQ>
 - Vídeo Jane Fonda – “Terceiro ato”: <http://bit.ly/2PRGfu4>

CÁPSULA 4.2
PROFISSIONAL: Danielle Aguiar
FORMAÇÃO: Pedagoga

Trabalho 60+

PONTO DE PARTIDA

As pessoas estão vivendo por mais tempo e com mais qualidade. Assim como lazer, família, convivência e saúde, o trabalho é fundamental para a longevidade, e sua importância está além da renda. Com a maturidade, ganhamos novo olhar sobre a vida, o que também muda nossa relação com o trabalho e nos estimula a repensar o que precisamos, queremos e podemos fazer. Quanto mais olharmos para o trabalho como obra – e não como tortura e dor – maiores as chances de encontrarmos atividades que tenham valor e que nos tragam a recompensa que esperamos, que pode ser dinheiro, reconhecimento, novos amigos ou simples ocupação útil e feliz do tempo.

Os benefícios que o trabalho depois dos 60 anos proporciona vão além dos indivíduos. As famílias e toda a sociedade são impactadas quando o acesso à

bens de consumo e bens culturais aumenta, quando a experiência e os valores típicos desta geração são levados para outros espaços, quando as gerações convivem e aprendem juntas. Mas por mais que os 60+ estejam cada vez mais ativos e conectados, terão que enfrentar desafios como o acesso à tecnologia, velocidade das mudanças e escassez de trabalho.

É fundamental que os profissionais que lidam com pessoas maduras saibam apoiar a transição para o trabalho nesta fase. Como a quantidade de idosos vai mais que dobrar até 2050, já não se trata de aceitar, mas de estar pronto para este cenário. E alguns estão saindo na frente. Um passo fundamental para apoiar a relação entre vida e trabalho das pessoas 60+ é ajudá-las a construir um projeto de vida que faça sentido, respeite sua história, visão de futuro, potenciais e limitações. E existem várias maneiras de fazer isto.

CAMINHOS

Quando falamos de trabalho em geral pensamos em empregabilidade quando há contratação formal, local, horário, cargo, função e condições de remuneração bem delineados. Existem empresas que estimulam a contratação de pessoas maduras ou que pelo menos não as exclui pela idade, mas o mercado ainda está se adaptando para receber em grande volume pessoas 60+. O problema aumenta em caso de vulnerabilidade social, baixa escolaridade, pouca experiência e baixo acesso à tecnologias (a maioria da população). É importante fazer parcerias e buscar vagas compatíveis com a pessoa 60+, prioritariamente em empresas que estão sensíveis e abertas. Além disso, é fundamental estimular o retorno aos estudos, atualização profissional, convivência com outras pessoas e movimento. Solidão e isolamento só aumentará o desafio.

Outro formato que pode ser estimulado é o empreendedorismo. Os seniores com maior qualificação profissional podem prestar serviços especializados ou investir em micro franquias. Quem tem baixa escolaridade e poucos recursos pode explorar competências para cobrir necessidades específicas do mercado, criando, vendendo ou atendendo clientes específicos.

Um terceiro caminho, pouco explorado, não traz retorno financeiro, mas conecta os seniores com seu sentimento de causa, com o valor de sentir-se importante para outras pessoas. É o voluntariado. Existem inúmeras iniciativas que podem atender ao perfil de quem tem mais limitações físicas, por exemplo.

LINHA DE CHEGADA

Fazer uma transição saudável entre a vida produtiva na juventude e na maturidade é um desafio para todos nós. Algumas pessoas têm se preparado

mais, tanto cuidando da própria longevidade quanto utilizando seu trabalho para apoiar outras pessoas neste processo. Sai na frente quem busca integrar sonhos, valores, competências, necessidades, desejos e limitações com um projeto de vida. Preferencialmente, sem esperar a vida madura chegar. Quanto antes começamos a (re)pensar a relação entre vida e trabalho, maiores as chances de uma longevidade equilibrada e saudável.

OUTRAS PARTIDAS

- Sites:**
- Maturijobs – oportunidades de trabalho e desenvolvimento profissional para pessoas acima de 50 anos, para fomento de empregabilidade e empreendedorismo dos "maturis": www.maturijobs.com
 - Rede Sênior – Projeto Rede Cidadã e FUMID-BH que capacita os 60+ e os conecta em frentes de empregabilidade, voluntariado e empreendedorismo: <http://bit.ly/2VWrcoe>

CÁPSULA 4.3

PROFISSIONAIS: Layla Vallias e Pedro Hércules (Parceria Hype 60+)

Economia Prateada e finanças pessoais

PONTO DE PARTIDA

Estamos vivendo o século da velhice da humanidade: é a primeira vez na história que se vive tanto. Como a longevidade é novidade, ainda estamos aprendendo a lidar com tudo que ela nos traz. Os anos a mais que ganhamos têm um impacto profundo na forma como vivemos, no formato de nossas famílias – que agora pode contar com até quatro gerações sob o mesmo teto –, como fazemos e poupamos dinheiro, como as organizações, públicas ou privadas, se mantêm relevantes e sustentáveis e como os países se organizam e se preparam para atender as necessidades de tantos maduros.

Diferente do que antes se imaginava, os 60+ são, muitas vezes, independentes financeiramente, são chefes de família e consumidores importantes. Os maduros no Brasil hoje consomem mais de 1 trilhão de reais por ano; no mundo, a perspectiva é que essa cifra atinja os 30 trilhões de reais em 2020. Esse movimento faz parte da Economia Prateada, ou Silver Economy, termo defendido

pela Oxford Economics – e que diz que se a gente juntasse tudo que esse público já consumido no mundo, ele seria a terceira maior economia do planeta.

“É um mercado ainda intocado e que está bem debaixo do nosso nariz – a próxima grande economia”, diz Stephen Johnston, cofundador do Aging 2.0, rede global de apoio e fomento a empreendedores e inovadores da longevidade presente em mais de 20 países.

CAMINHOS

Apesar de serem responsáveis por grande parte do faturamento de grandes empresas, os maduros se sentem invisíveis e reclamam de falta de produtos e serviços que resolvam desafios do seu dia a dia e que não reforcem a velhice caricata, que ainda vemos bastante na publicidade. É o que afirma Joseph Caughlin, fundador e diretor do Agelab, programa de pesquisa sobre comportamento da população 50+ do MIT - Instituto de Tecnologia de Massachussets, EUA:

“Temos uma noção totalmente equivocada sobre o envelhecimento. A população envelhecida não é somente grande, é enorme. É quase como se um novo continente estivesse emergindo do oceano, com mais de 1 bilhão de consumidores implorando por produtos que satisfaçam suas demandas.”

Quando há problema, há também a oportunidade de negócios para empreendedores e empresas que estão dispostas a inovar e criar soluções para a longevidade. São várias as necessidades desse novo sênior. Os segmentos que são apostas, além da saúde, são: geração de renda e ocupação, cuidado, mobilidade, finanças, propósito e fim da vida.

Precisamos, inclusive, ampliar o olhar para a longevidade. Muitos ainda pensam que envelhecer está associado somente à perda de saúde, mobilidade, vontade de viver. Essa é uma visão errada. Os prateados, muitas vezes, estão chegando aos 70/80 anos bem - fisicamente e emocionalmente. Não são nicho: muito em breve, serão o mercado. É urgente entendê-los para atendê-los e conquistá-los no futuro.

LINHA DE CHEGADA

O segmento de finanças pessoais para o público prateado é um dos mais promissores exatamente por representar um dos maiores desafios deste novo momento. Junto com o presente que é a possibilidade de se viver mais, vem a pergunta: será que minha aposentadoria e o patrimônio que juntei são o suficiente para manter meu padrão de vida? E mais: como posso me organizar para me

manter independente financeiramente na maturidade?

Primeiro, temos que entender que não existem respostas fáceis para nenhuma dessas perguntas. Como todo os demais setores de nossas vidas – saúde, amor e por aí vai –, o cuidado com o dinheiro não é uma ciência exata. O que existem são algumas coisas que podemos fazer para melhorar nossas chances de sucesso. Isso posto, aqui vão algumas sugestões que podem ser colocadas em prática por pessoas de qualquer idade.

Conheça a sua situação real

Não dá para chegar em lugar algum sem saber, primeiro, onde estamos. Em termos de finanças pessoais, isso significa ter uma visão real de quanto você ganha por mês, quanto gasta, quanto já tem guardado em investimentos de todo tipo e como está a situação da sua aposentadoria. O primeiro item costuma ser o mais fácil de conhecer. Quanto ao segundo – quanto você gasta –, é muito importante ser realista. Nada de desculpas esfarrapadas para esconder gastos. Se o que você ganha é menos do que gasta, já pode ligar o sinal amarelo: você está consumindo seus investimentos ou os de outra pessoa para fechar a conta. Para os investimentos, olhe o que tem guardado no banco, corretora e outros bens. Colocar tudo isso em uma planilha ou em um caderninho já é uma boa ideia para começar a seguir o conselho do Oráculo de Delfos: conhece-te a ti mesmo. Por fim, procure apreender bem o status de suas contribuições para a Previdência com a ajuda de um bom contador.

Procure ajuda

Dinheiro é um assunto complicado pra todo mundo. Por isso mesmo, é uma ótima ideia contar com o apoio de pessoas próximas e profissionais confiáveis. Se você tem filhos ou mesmo netos, uma ótima ideia é se aproximar deles para entender melhor sua situação atual e planejar os próximos passos. Dividir com a família os desafios de se lidar com finanças pode ser uma oportunidade de aprender bastante e de evitar cair em ciladas, como grandes dívidas ou o aconselhamento de gente mal-intencionada. A Rede Longevidade também oferece oficinas sobre Educação Financeira, acompanhe nossa programação!

Evite soluções mágicas

Sempre existiu gente vendendo fórmulas mágicas para se ganhar dinheiro. Com a internet isso ficou ainda mais perigoso. Muito cuidado com isso. Pode parecer óbvio, mas não é. Um dos grandes perigos da finanças pessoais para os maduros está nas promessas de enriquecimento instantâneo logo na hora em que as pessoas estão com menor capacidade de gerar renda e, muitas vezes,

precisando de dinheiro. Antes de fazer um investimento, volte ao item anterior e procure conversar com familiares e profissionais independentes para ter certeza que faz sentido para você.

OUTRAS PARTIDAS

Vídeo: Canal do Youtube Me poupe! Com Nathalia Arcuri <http://bit.ly/2Hely7U>

Site: Tsunami60+ www.tsunami60mais.com.br

Livro: Viver Muito, Jorge Félix (2010)

5. NA PRÁTICA

EXERCÍCIOS APLICATIVOS

Após ter percorrido a jornada dos 4 núcleos, propomos algumas iniciativas práticas para fortalecer seu processo de preparação pessoal para a longevidade! A maioria dos temas foi focado no seu diálogo com o 60+, entretanto, recomendamos que, nessa etapa final, além de estimular que o seu público faça os exercícios, você também reflita sobre sua própria vida. Cuidar de quem cuida também é um valor para nós!

“RODA DA VIDA”:

Preencha nos campos destacados os principais aspectos que precisam da sua atenção e cuidado para proteger sua longevidade em cada um dos núcleos:

The diagram is a circle divided into four equal quadrants by a vertical and a horizontal line. Each quadrant is outlined with a different color and contains five horizontal lines for text entry. The quadrants are labeled as follows:

- Top-Left (Teal):** Labeled "VIDA INTEIRA" with a teal logo.
- Top-Right (Red):** Labeled "VIDA SAUDÁVEL" with a red logo.
- Bottom-Left (Purple):** Labeled "VIDA iNOVA" with a purple logo.
- Bottom-Right (Yellow):** Labeled "VIDA SOCIAL" with a yellow logo.

Num segundo momento, escolha apenas 1 aspecto listado em cada núcleo, o que julgar mais importante para sua vida, e passe para o quadro de organização das mudanças. Assim, ao todo, haverá apenas 4 aspectos a serem trabalhados de cada vez:

Ex.: Vida Saudável

Aspectos que precisam da minha atenção e cuidado: Sono

O que eu quero mudar ou alcançar? Dormir melhor, 8 horas por noite.

O que preciso fazer para cuidar disso? Não mexer no celular após as 20h; jantar até as 19h30; meditar antes de dormir. Se não funcionar, procurar meu médico de referência.

Quando começo? Início dia 1 de junho de 2019.

Mantenha seu quadro sempre à vista, para não se esquecer dele. Cole no armário, na geladeira ou em um lugar onde veja sempre. Reescreva o que for necessário com o passar do tempo e quando conquistar um objetivo, comece outro. Todos merecemos e precisamos de um projeto de vida!

É SÓ PREENCHER A TABELA DA PRÓXIMA PÁGINA 

Vida Inteira

Vida Saudável

Vida Social

Vida iNova

Aspectos que precisam da minha atenção e cuidado:	O que eu quero mudar ou alcançar?	O que preciso fazer para cuidar disso?	Quando começo?

PARCEIROS



Nesta iniciativa, que nasceu com a Rede, articulamos mais de 30 parcerias para fomentar um ecossistema de impacto envolvendo organizações públicas, privadas e da sociedade civil, instituições de ensino, voluntários e mídia. Agradecemos a todos os parceiros que contribuíram para esta jornada, em especial:

Incentivo:



**Fundo
Municipal
do Idoso**



Patrocínio:

**instituto
VOTORANTIM**

Nosso reconhecimento também aos demais apoiadores, fundamentais para realização deste projeto: Fundação Dom Cabral, ILC-Brasil, Instituto Movimento pela Felicidade, SESC em Minas, PUC Minas, Projeto Cuidador Familiar, CEMAIS e Fastdezine.

CONTATO

Teremos prazer em receber as suas percepções, críticas, dúvidas ou sugestões em um de nossos canais de contato:

✉ contato@redelongevidade.org.br

☎ (31) 99247-0057

📘 [redelongevidade](#)

🌐 redelongevidade.org.br

EXPEDIENTE

Jornada Profissionais

Coordenação Geral: Michelle Queiroz Coelho

Revisão Técnica: Dra. Juliana Elias Duarte - Cicluz: Melhores Práticas em Saúde

Projeto Gráfico: BeCause

Colaboração Especial: Mantis Design





REDE
**LONGE
VIDADE**