

Volume 1

Geriatrica e Gerontologia

INTERFACES EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Hideliza Boeclat Cabral
Fabio Luiz Fully Teixeira
Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Rosalee Santos Crespo Istoe
Organizadores

encontrografia

Volume 1

Geriatría e Gerontología

INTERFACES EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Hideliza Boechat Cabral
Fabio Luiz Fully Teixeira
Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Rosalee Santos Crespo Istoe
Organizadores

Copyright © 2022 Encontrografia Editora. Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização dos autores e/ou organizadores.

Editor científico

Décio Nascimento Guimarães

Editora adjunta

Tassiane Ribeiro

Coordenadoria técnica

Gisele Pessin

Fernanda Castro Manhães

Direção de arte

Carolina Caldas

Design

Kevin Lucas Ribeiro Areas (*ad hoc*)

Foto de capa

Kevin Lucas Ribeiro Areas (*ad hoc*)

Assistente de revisão

Letícia Barreto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Geriatrics e gerontology : interfaces em saúde da
pessoa idosa : volume 1 / organização Hildeliza
Lacerda Tinoco Boechat Cabral...[et al.]. --
1. ed. -- Campos dos Goytacazes, RJ :
Encontrografia Editora, 2022.

Vários autores.

Outros organizadores: Fabio Luiz Fully Teixeira,
Juliana da Conceição Sampaio Lóss, Rosalee Santos
Crespo Istoe.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5456-015-3

1. Bioética 2. Envelhecimento 3. Geriatria
4. Gerontologia 5. Idosos - Cuidados e tratamento
6. Idosos - Saúde 7. Medicina e saúde I. Cabral,
Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. II. Teixeira,
Fabio Luiz Fully. III. Lóss, Juliana da Conceição
Sampaio. IV. Istoe, Rosalee Santos Crespo.

22-138585

CDD-615.97
NLM-WT-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Geriatria e gerontologia : Medicina 615.97

Henrique Ribeiro Soares - Bibliotecário - CRB-8/9314

DOI: 10.52695/978-65-5456-015-3

encontrografia

Encontrografia Editora Comunicação e Acessibilidade Ltda.

Av. Alberto Torres, 371 - Sala 1101 - Centro - Campos dos Goytacazes - RJ

28035-581 - Tel: (22) 2030-7746

www.encontrografia.com

editora@encontrografia.com

Comitê científico/editorial

Prof. Dr. Antonio Hernández Fernández – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPAÑA)

Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Casimiro M. Marques Balsa – UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (PORTUGAL)

Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai – MPMA (BRASIL)

Prof. Dr. Daniel González – UNIVERSIDAD DE GRANADA (ESPAÑA)

Prof. Dr. Douglas Christian Ferrari de Melo – UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Eduardo Shimoda – UCAM (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Emilene Coco dos Santos – IFES (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Fabiana Alvarenga Rangel – UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – UNIR (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho – UFSC (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Elias Simão Merçon – FAFIA (BRASIL)

Prof. Dr. Iêdo de Oliveira Paes – UFRPE (BRASIL)

Prof. Dr. Javier Vergara Núñez – UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA (CHILE)

Prof. Dr. José Antonio Torres González – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPAÑA)

Prof. Dr. José Pereira da Silva – UERJ (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Magda Bahia Schlee – UERJ (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Margareth Vetus Zaganelli – UFES (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Martha Vergara Fregoso – UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (MÉXICO)

Prof.^a Dr.^a Patricia Teles Alvaro – IFRJ (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Barbosa Paiva Magalhães – UFRN (BRASIL)

Prof. Dr. Rogério Drago – UFES (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Shirlena Campos de Souza Amaral – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Wilson Madeira Filho – UFF (BRASIL)

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas *ad hoc*.

Sumário

Apresentação.....	9
Prefácio.....	13
1. Introdução à Geriatria e Gerontologia: atenção à saúde da pessoa idosa	16
Pedro Renato Teixeira Baptista	
Carlos Henrique Medeiros de Souza	
2. Incidência e prevalência de doenças neurológicas na pessoa idosa	26
Klara Viceconte Tardin Pimentel	
Joana Viceconte Tardin Pimentel	
Juliana da Conceição Sampaio Lóss	
Rosalee Santos Crespo Istoe	
3. A importância da avaliação neurológica frente às demências na pessoa idosa.....	37
Larissa de Oliveira Jacomino	
Lavínia Gonzaga Taveira	
Juliana da Conceição Sampaio Lóss	
4. Memória e solidão: uma abordagem sobre perdas cognitivas e depressão em pacientes que vivem em instituição de longa permanência para pessoas idosas	47
Bruna Jana Robaina Gomes	
Rafael Tudesco de Freitas	
Renata Souza Poubel De Paula	
5. Saúde da mulher idosa: prevenção e rastreio na ginecologia.....	56
Adriana Levone	
Fernanda Manhães	
6. Câncer de próstata: manejo da saúde do homem idoso.....	73
Júlia Santos Pinto da Silva	
Stella Trocilo Rodrigues Lopes	
Fabio Luiz Fully Teixeira	
Juçara Gonçalves Lima Bedim	

7. O desafio da medicalização de pessoas idosas: prevenindo iatrogenias..	85
Bianca Silva Carraro de Freitas	
Eliezer Bastos de Oliveira Junior	
Janete Soares Martins	
8. A importância da suplementação de cálcio e vitamina D em pacientes idosos portadores de osteoporose	100
Ana Freitas Goulart Terra	
Melissa Alves Aires Marques	
Renata Souza Poubel De Paula	
9. A importância da nutrologia para a alimentação de pessoas idosas.....	112
Marielle Cury Costa Siqueira	
Bruna da Silva Coelho	
Bruna de Oliveira Nascimento	
10. Hipertensão arterial na pessoa idosa: etiologia, diagnóstico e tratamento..	121
Nathália Frade Soares	
Igor Silva Santos	
Janete Soares Martins	
11. Considerações sobre a doença de Alzheimer	132
Ana Carolina da Fonseca Vargas	
Júlia Pessanha Macêdo	
Roberto Batista Marques Júnior	
12. A mulher idosa mastectomizada: câncer de mama.....	145
Marina Hübner Freitas dos Santos Silva Machado	
Brunna Monteiro Lubanco	
Luciana Ximenes Bonani Alvim Brito	
13. Direito da pessoa idosa aos alimentos e à dignidade.....	170
Luiz Felipe Barbosa de Souza	
Milena de Oliveira Freitas	
Sérgio de Moraes Antunes	
14. Maus-tratos à pessoa idosa: abordagem preventiva, diagnóstico e intervenção	181
Anna Carolina Almeida Furtado de Cnop	
Bianca Silva Carraro de Freitas	
Eliza Miranda Costa Caraline	
15. Desmistificando a geriatria: só pessoas idosas vão ao geriatra? Quando é hora de procurá-lo?	196
Roberta Cheroto Machado dos Santos	
Valéria Sarmiento da Costa Boschetti	

Apresentação

“É necessário despertar a sociedade e a academia para a importância da pessoa idosa, seu legado cultural e social, bem como as contribuições que sua experiência de vida pode proporcionar às novas gerações. Nessa esteira, a temática demonstra a necessidade de se conferir ao idoso prioritário¹ uma visão de suas reais possibilidades, perspectivas e potencial sacerdócio (pois a humanidade tem muito o que aprender por meio de suas lições), além da busca do verdadeiro conteúdo da poética expressão “domingo da vida”.²”

Esta obra foi inspiração do projeto *Curso de Extensão em Geriatria e Gerontologia*, desenvolvido no Curso de Medicina da Universidade Iguazu, Campus V, Itaperuna, organizado pelos docentes Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral e Fábio Luiz Fully Teixeira e a estudante de medicina e orientanda Juliana da Conceição Sampaio Lóss, durante o ano letivo de 2022.

Para situar o leitor a respeito da importância do projeto e da obra, a geriatria e a gerontologia compreendem um estudo tão vasto quanto à complexidade do fenômeno envelhecimento, que é uma realidade de nosso tempo, não só no Brasil, mas como fenômeno mundial.

1 Idoso prioritário se refere às pessoas com idade acima de oitenta anos, que passam a ter prioridade sobre os idosos de sessenta a setenta e nove anos, por força da Lei n. 13.466 de 2017 que altera o estatuto do idoso.

2 CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; SILVA, Karla de Mello; ROBLES-LESSA, Moyana Mariano. Como dar sentido à existência e viver com dignidade o “domingo da vida”? In: XI seminário e IX congresso interdisciplinar direito e medicina: perspectivas ante o segundo momento da covid-19. Itaperuna: Unig, 2021. Anais [...] Revista eletrônica conexão acadêmica, Itaperuna, 2021, p. 122.

Aliás, muito antes, na metade do século passado, o desenvolvimento tecno-científico, marcado por meios de comunicação cada vez mais velozes, o progresso passou a imprimir alterações na sociedade, sobretudo quanto à adoção de novas tecnologias que, empregadas a serviço da saúde, passaram a prolongar a vida humana por um tempo cada vez mais extenso, fato que passou a despertar reflexões nos cientistas, uma vez que postergar a morte se tornou uma prática usual, ainda que à custa de sofrimentos e angústias de pacientes em franco processo de morte, acometidos de enfermidades para as quais não existia cura. Essa prática aumentava dias à vida, mas não qualidade de vida.

Nesse contexto, Jacques Roskam, estudioso do tema, compartilhou suas reflexões e preocupações no I Congresso de Geriatria e Gerontologia, em 1950, na Universidade de Liège (na Bélgica). Esse fato, a meu sentir, foi o embrião das inquietações em relação ao fenômeno envelhecimento. Em seguida, o Brasil, como signatário da Convenção de Sidney, adotou como momento da morte o critério da cessação das atividades cerebrais, sendo esse fato a mola propulsora da medicalização da morte, pois a família já não podia se dirigir ao cartório para a lavratura da certidão de óbito, ao constatar a cessação das atividades cardiorrespiratórias; precisava antes ser atendida no hospital, e somente o médico passou a declarar o óbito por meio de atestado.³

Todas as inovações, a cada dia, dão conta de que a sociedade evolui de forma veloz e de que precisamos estar atentos às mudanças, absorvendo as novidades, inclusive legislativas. Nesse aspecto, recente Lei Federal, de nº 14.423/2022,⁴ alterou o Estatuto do Idoso⁵ para Estatuto da Pessoa Idosa e, a partir de então, devemos acompanhar essa perspectiva a fim de unificar a forma de caracterizar a camada da população com idade igual ou superior a

3 CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. **Fundamentos filosófico-jurídico-médicos da ortotanásia: uma análise interdisciplinar**. 2015. 143 f. Dissertação (Mestrado em Cognição e Linguagem). Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Campos dos Goytacazes, 2015. Disponível em: http://www.pgcl.uenf.br/arquivos/dissertacaohildeliza23_030920191400.pdf. Acesso em 12 ago. 2022.

4 BRASIL. **Lei Federal nº 14.423/2022, de 22 de julho de 2022**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Brasília: Diário Oficial da União, 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em 12 ago. 2022.

5 BRASIL. Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm#:~:text=LEI%20No%2010741. Acesso em: 12 ago. 2022.

60 anos. Insta salientar que essa foi a única alteração provocada pela lei, que substituiu a expressão sem apresentar nenhuma outra novidade, além de incluir todas as pessoas (as do sexo feminino, segundo o autor do projeto de lei) no âmbito do referido estatuto.

O envelhecimento humano é, pois, um fenômeno mundial, complexo e multifacetado, que demanda detido estudo em diversas nuances para se alcançar o êxito de abranger o conteúdo imprescindível dessa diversificada e, ao mesmo tempo, rica temática. Por esse motivo, nosso curso de extensão trabalhou as diversas facetas da pessoa idosa, como seus direitos existenciais à dignidade, à autonomia, à educação, à saudável convivência familiar, ao lazer, aos cuidados com a aparência traduzidos no embelezamento, ao amor e ao acesso às tecnologias, pois são distintos os aspectos aos quais a pessoa idosa de nosso tempo têm acesso em certa medida.

Seguindo essa linha de intelecção, a obra inspirada por nós e que ora se materializa tornou-se igualmente ampla, procurando estudar cada manifestação, não só de direitos, mas de aspectos relacionados à saúde (e a algumas enfermidades senis) e outros de igual importância, como os psicossociais, considerando a pessoa idosa de forma integral em suas necessidades, anseios, dificuldades e conquistas.

Assim, certos de que estamos caminhando no sentido de desempenhar o nosso papel em relação às pessoas idosas, como dever da universidade e de todos nós, cabe também às associações, grupos, instituições, família, igreja, sociedade e cidadão o papel de fiscalizar as políticas públicas a fim de promover-lhes dignidade na vida e também no momento da finitude.

Cumpre-nos, com muita alegria e gratidão a Deus, apresentar à comunidade acadêmica, demais estudiosos da geriatria e da gerontologia e à sociedade esta obra que descortina um universo de situações, na certeza de que há ainda muito a ser estudado, explorado e conhecido rumo às conquistas dessa parcela da população que merece envelhecer de forma digna, com toda nossa admiração e carinho!

A você, caro leitor, que se interessou por nossa obra, desejamos ótima leitura!

Itaperuna-RJ, primavera de 2022.

Hildeliza Boechat.

Doutora e mestra em Cognição e Linguagem (Uenf). Estágio Pós-doutoral em Direito Civil e Processual Civil (Ufes). Membro da Sociedade Brasileira de Bioética. Membro da Asociación de Bioética Jurídica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Coordenadora do GEPBIDH (Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana). Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Professora dos Cursos de Direito e Medicina. E-mail: hildeboechat@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3000681744460902>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9871-886>.

Prefácio

“Envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver muito tempo.”

(SAINT-BEUVE, [s/d] BRANDÃO, 2009, p. 31)¹

Prefaciando um livro é abrir portas para uma nova jornada, convidando leitores solitários a serem velejadores em um mar de conhecimentos. Aqui, tenho a imensa honra de iniciar essa viagem.

Abordar o envelhecimento enfatizando não só suas potencialidades, mas, sobretudo, suas fragilidades, é uma iniciativa corajosa, uma vez que a abordagem utilizada orienta para as problemáticas do processo de envelhecer e como os profissionais devem lidar com essas questões no campo prático.

É fato: o envelhecimento é um fenômeno mundial. O aumento da expectativa de vida aponta para a criação de políticas públicas e modelos de cuidado, que possam garantir melhores condições de vida para essa população. Porém, uma maior longevidade também traz consigo um número crescente de patologias relacionadas à velhice, que sinalizam uma demanda específica de atenção à saúde das pessoas idosas.

Esse livro, escrito a várias mãos por profissionais do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (GEPBiDH), surge exatamente em um momento importante de transição demográfica. Seus autores, pesquisadores experientes, assumem a responsabilidade de levantar argumentos

1 SAINT-BEUVE, Charles Augustin. [s/d] apud BRANDÃO, Juliana da Silva. **Lazer para o idoso ativo como fator de qualidade de vida no processo de envelhecimento**. 191 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre, 2009.

valiosos acerca do envelhecer, contribuindo não só com reflexões que remetem o leitor a conexões com outras áreas, mas evidenciam a necessidade de maior aprofundamento no assunto, incentivando a criação de alternativas humanizadoras de compreensão e cuidado.

Abrangente, todo o conteúdo foi elaborado de modo a abordar as diferentes demandas do envelhecer, tais como políticas públicas e participação social, aposentadoria, prevalência de doenças neurológicas, saúde da mulher idosa, doença de Alzheimer, câncer de próstata, sexualidade da pessoa idosa, longevidade, qualidade de vida, maus-tratos, medicalização, finitude, entre outros temas atuais, ressaltando possibilidades para um envelhecimento saudável, mas, sobretudo, destacando o processo de senilidade e a importância de ações preventivas e interventivas que garantam qualidade de vida enquanto for possível, como também dignidade e respeito, desconstruindo estigmas e reforçando a necessidade de ação conjunta para enxergar a pessoa idosa de forma global, considerando todas as suas dimensões.

Com extremo cuidado, descrevem os limites do que podemos e devemos ao salientarem sobre os princípios da bioética no envelhecer, buscando um olhar amplo de compreensão da vida à luz de seus valores e princípios morais, norteados pela garantia dos direitos fundamentais e autonomia, em uma tentativa de conceber melhores perspectivas de vida em respeito à dignidade humana, às vontades e aos interesses.

Reforço a importância da educação continuada e de avançar em estudos sobre o envelhecimento enquanto fenômeno mundial, já que teremos até 2050 em torno de 2 bilhões de pessoas idosas no mundo,² previsão essa que enfatiza a necessidade de políticas adequadas que possam atender de modo eficaz essa população.³ É preciso que mais profissionais/pesquisadores estejam engajados nos estudos sobre o envelhecimento enquanto um processo natural, parte do desenvolvimento humano e que necessita de atenção especial.

2 ALVES, José Eustáquio Diniz. O envelhecimento do envelhecimento no Brasil e no mundo. **Portal do Envelhecimento**, 30 ago. 2022. *Online*. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/o-envelhecimento-do-envelhecimento-no-brasil-e-no-mundo/>. Acesso em: 05 set. 2022.

3 UN – United Nation. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects 2022**: Summary of results. New York: UN, 2022. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf. Acesso em: 05 set. 2022.

Essa produção não contém somente subsídios para a compreensão do processo de envelhecimento e saúde da pessoa idosa, mas é um verdadeiro tesouro, especialmente por nos apresentar temas profundos, atuais e relevantes, levando em consideração a ampla dimensão deste processo e o impacto do envelhecer na saúde da pessoa idosa. Conhecimentos imprescindíveis para o exercício profissional, que direciona a pensar o envelhecimento como um campo de trabalho em que possamos contribuir com as especificidades multiprofissionais em uma relação direta.

Encerro minha leitura com enorme satisfação, constatando que os assuntos aqui abordados, escritos por profissionais capacitados e imersos neste contexto, foram utilizados de forma a gerar material de referência, bem fundamentado e direcionado a todos que estejam interessados em conhecer e compreender a saúde da pessoa idosa e as necessidades implicadas no processo de envelhecer.

Uma prazerosa leitura a todos!

Simone de Cássia Freitas Manzano

Psicóloga CRP 06/117702, pós-graduada em Gerontologia.
Aperfeiçoamento em atenção domiciliar, Capacitação em saúde da pessoa idosa,
Capacitação em doença de Alzheimer e condições similares.

1. Introdução à Geriatria e Gerontologia: atenção à saúde da pessoa idosa

Pedro Renato Teixeira Baptista¹
Carlos Henrique Medeiros de Souza²

Considerações iniciais

O interesse na temática apresentada neste capítulo surge da necessidade de maior atenção e, principalmente, preocupação das políticas de saúde ao identificar que concomitante ao envelhecimento da população em escala global tem-se a falta de preparo para lidar com essa população. Despertando assim, o interesse crescente de diversas áreas, na busca pelo entendimento das consequências situacionais provocadas pelo envelhecimento e dos possíveis ajustes que a sociedade terá que realizar para atender o contingente populacional que mais cresce no mundo (BELASCO; OKUNO, 2019).

Dentre as diversas áreas, destaca-se a Geriatria e a Gerontologia como um amplo campo interdisciplinar e profissional de atenção e cuidado a saúde do idoso. Tal destaque dos campos de atuação leva em consideração aspectos ligados a longevidade e qualidade de vida do idoso, ao exigir profissionais e campos de conhecimento preparados para atender essa população.

Pensando isso, em nosso exercício de fundamentação teórica, o eixo que nos guiou foi a coleção de algumas explicitações em autores do campo da *geriatria*, *gerontologia* e *saúde do idoso*. Para responder as nossas questões levantadas, o capítulo foi embasado em uma pesquisa bibliográfica, com o ob-

1 Mestrando no Programa em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

2 Docente no Programa em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

jetivo de aproximação da temática em questão. Nessa fase, foi feita uma busca na base de dados da *scielo* e *google acadêmico* sobre a temática escolhida.

Trata-se, portanto, de uma abordagem qualitativa de natureza descritiva, uma vez que “[...] visa proporcionar maior familiaridade com a questão problema, com vista a torna-lo mais explícito e assim, aprimorar as ideias e descrever um determinado fenômeno” (GIL, 1989, p. 41).

A estrutura do nosso capítulo está dívida em dois momentos: no primeiro momento, será abordado o processo de envelhecimento humano e as mudanças gerais durante o envelhecer. No segundo momento, aborda-se o contexto conceitual de nosso trabalho, a especialização *geriatria* e o campo do conhecimento da *gerontologia*, com foco na diferenciação e nos princípios básicos de cada um dialogando com a saúde do idoso, destacando estudos que abordam possíveis desafios e cuidados de atenção ao idoso. É nessa conjuntura que o capítulo se desdobra.

Aspecto gerais do processo de envelhecimento humano

A temática do envelhecimento não é uma novidade tão pouco é um tema recente. Apesar disso, revelam questões importantes que merecem destaques no campo da saúde do idoso. Aqui destacaremos como o processo de envelhecimento humano vem acompanhado de diversas mudanças cronológicas, biológicas, psicológicas, cognitivas e funcionais na pessoa idosa.

Num primeiro momento, é preciso destacar que em todo o mundo, o número de pessoas com 65 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que o de qualquer outra faixa etária. Segundo dados publicizados pelo relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde, pela primeira vez na história, é possível viver até os 60 anos ou mais (OMS, 2015).

Essas mudanças na faixa etária da população no mundo têm implicado transformações profundas na sociedade. Tal mudança revela alguns aspectos que merecem ser destacados no presente trabalho: 1) o ritmo do envelhecimento cresce em um ritmo acelerado; 2) as transformações do processo de envelhecimento tem especificidades únicas e modificam-se de acordo com cada sujeito, sendo mais rápidas para alguns e gradativas para outros; e 3) reconhecemos que tais mudanças no processo de envelhecimento estão re-

lacionadas a diferentes fatores ao longo da vida, como: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e culturais, sociais, econômicos, políticos; além disso, ressalta-se também a vulnerabilidade dos idosos às doenças que, muitas vezes, poderá trazer consigo a capacidade reduzida de recuperação.

Esse processo apresenta diversas características relativas às modificações estruturais que correspondem aos aspectos neuropsicobiológicos, modificando então as estruturas funcionais do idoso e determinando novas estruturações psíquicas e sociais. Nessas modificações, acontece as alterações físicas, psicológicas e sociais no ser humano, sendo um processo natural e gradativo que trará limitações e dificuldades ao indivíduo, uma vez que seu corpo se torna mais frágil e vulnerável a doenças e com capacidade reduzida de recuperação (AZEVEDO; RIBEIRO; ANDRADE, 2015).

Na perspectiva física, as mudanças representam diversas restrições de mobilidade e funcionalidade do idoso que podem reduzir a qualidade de vida do mesmo. Dentre as mudanças, as alterações fisiológicas no corpo humano são as primeiras a serem percebidas nesse processo de envelhecer. Em relação as alterações físicas no envelhecimento humano, podemos assinalar: “osteoartricular/neuromuscular; cerebral e sentidos; cardiovascular; pulmonar; digestórios; urinários; imunológicos; pele/cabelo; endócrinos; termorregulação” (AZEVEDO; RIBEIRO; ANDRADE, 2015, p. 118).

Na perspectiva psicológica, tem-se sintomas de depressão, perdas sociais e pessoais, mudança na significação dos papéis no contexto familiar, frequência de crise de identidade na aceitação da velhice e a baixo autoestima (AZEVEDO; RIBEIRO; ANDRADE, 2015). Na perspectiva social, as modificações instituem mudanças relacionadas ao ser idoso e as expectativas do envelhecer. Por isso, podemos identificar que ao falar de percepções e concepção de velhice, por exemplo, prevalece uma visão discriminatória e pejorativa sobre o idoso (AZEVEDO; RIBEIRO; ANDRADE, 2015).

Tal percepção sobre a velhice decorre de informações equivocadas, gerando imagens negativas, por vezes, comprometendo a vivência e a interação entre os indivíduos. Vale destacar que a cultura tem peso significativo na maneira de perceber o envelhecer e como o ser idoso vai se constituir nesse âmbito, sendo, portanto, uma construção social (AMTHAUER; FALK, 2014). De forma complementar, os mesmos autores colocam que mesmo na atualidade o envelhecimento ainda está ligado a deterioração do corpo e a incapacidade desse indivíduo.

Nessas modificações, o processo de envelhecimento produz alterações físicas, psicológicas e sociais no ser humano, sendo um processo natural e gradativo que trará limitações e dificuldades ao indivíduo, uma vez que seu corpo se torna mais frágil e vulnerável a doenças e com capacidade reduzida de recuperação.

Sendo assim, como todo ser humano, o idoso precisa ser observado de forma abrangente, ou seja, em todas as dimensões, englobando o estado físico, psíquico e social para que, assim, o seu completo estado de bem-estar seja assegurado, pois o envelhecimento precisa ser entendido como parte integrante da vida de cada indivíduo, devendo ser respeitada e valorizada por todos.

Pensando o processo de envelhecimento humano exposto nesse fragmento, entendemos que a atenção à saúde dessa população que mais cresce merece uma atenção especial das políticas públicas de saúde. Nesta perspectiva, a Geriatria e Gerontologia são dois campos importantes, por esse motivo o próximo fragmento pretende se debruçar nos conceitos teóricos e princípios deles. Em nosso caso, compreender os princípios básicos de cada campo, bem como suas similaridades e diferenças, é uma oportunidade para pensarmos a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos pelo viés da atenção à saúde.

Princípios básicos da geriatria e gerontologia e a atenção à saúde da pessoa idosa

Como visto anteriormente, a longevidade e o aumento da expectativa de vida é um fenômeno pluridimensional, revestido por perdas e aquisições coletivas e individuais que merecem maior atenção e cuidado. Dentre as áreas que vem se destacando nos últimos anos de forma interdisciplinar tem sido o campo da Geriatria e da Gerontologia.

De forma introdutória, cabe-nos aqui compreender cada campo. Inicialmente de forma simples, podemos dizer que a Geriatria tem como objetivo específico atuar sobre as mudanças físicas do processo de envelhecimento, buscando a promoção e o cuidado de saúde a pessoa idosa. Por outro lado, a Gerontologia tem como foco central a promoção do bem estar desse indivíduo e da sua qualidade de vida sob a ótica das condições sociais, psicológicas, fisiológicas e espiritual.

Nas palavras de Brêtas (2003), a Gerontologia é o estudo do envelhecimento humano nas suas diversas facetas, sendo elas: biológicas, psicológicas, sociais,

espiritual e física. Isto é, compreende um campo científico e profissional que se dedica ao entendimento do envelhecimento e como as pessoas lidam com isso. Isso acontece porque esse processo não é somente compreendido pelas mudanças físicas do envelhecer, mas leva em consideração a sua construção social e cultural. Assim como busca criar oportunidade de participação dos idosos na sociedade em âmbitos econômicos, culturais, intelectuais, físicas e políticas (BRÊTAS, 2003, p. 298).

Já a Geriatria é o médico especializado no cuidado, promoção e tratamento da saúde das pessoas idosas. Sendo aquele que ajuda a lidar com as constantes mudanças orgânicas do corpo de uma pessoa em envelhecimento, na busca principal por longevidade e qualidade de vida. Por isso, demanda de uma abordagem única, assim como crianças são tratadas e cuidadas por pediatras. Considerando o grande avanço da sociedade, o aumento da longevidade elucidou preocupações com o bem-estar, saúde, segurança e estratégias de cuidado.

Em 2015, foi divulgado o documento instrutivo pelo Centro Internacional de Longevidade do Brasil que leva em consideração os princípios de envelhecimento ativo definido pela OMS, em 2002, sendo eles: otimização das oportunidades para saúde, participação e segurança/proteção de para aumentar a qualidade de vida no envelhecimento. A esses pilares, o Centro Internacional de Longevidade do Brasil acrescenta o quarto, que é aprendizagem ao longo da vida (KALACHE, 2017). Entretanto, ao analisar os pilares, é preciso considerar outro fator: a desigualdade social. Enquanto alguns vivem com uma aposentaria e descanso quando idosos, por outro lado, é preciso colocar a realidade de grande parte da população brasileira de pessoas idosas, que em muitos casos precisam trabalhar até mesmo em outro emprego para complementar a renda, ou, ainda, aqueles que não tem condições de se aposentar. Ademais, muitos idosos são os principais provedores de renda familiar.

Preocupação com as comorbidades, distúrbios e dificuldades que acarretam na idade. Uma idade que não é sinônimo de doença, mas apenas se desdobra de uma vida longa que resultou na sobrevivência a diversas outras adversidades. A fase idosa é sinônimo de perseverança, determinação e força. Igual a *adenium obseum*, a rosa do deserto que cresce apenas na península arábica. Conhecida por resiliência e conseguir sobreviver a um clima seco, assim como inverno rigoroso.

Portanto, a maior preocupação nessa fase é lidar com a imunossenescência, que é a diminuição da capacidade do sistema imunológico em combater infecções, sendo vulneráveis a doenças como gripe, virose e resfriados comuns. Dentre os fatores preocupantes, podemos citar ainda: a diminuição da capacidade cognitiva, chamada Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), sendo uma condição de transição entre cognição normal e a demência. A acuidade visual, a redução das lentes oculares, déficit do campo visual e doenças de retina. A acuidade auditiva, a perda progressiva da capacidade de diferenciar som baixo, alto e mediano. E a questão da mobilidade, com a alteração do ritmo de andar, podendo ser prejudicado por possíveis quedas, instabilidade de postura e déficit cognitivo. Portanto, recai sobre um dos fatores mais preocupantes a queda de idosos.

A queda de pessoas idosas está relacionada a redução da capacidade funcional e altos índices de morbimortalidade. O ambiente residencial pode representar um ambiente perigoso e propício para quedas constante. A pessoa idosa, por ter vivido vários e vários anos, não tem a força nos braços que antes tinha ou noção de espaço em que se está e até sofre com ausência de segurança básica. Por certo, escadas, diferença de altura, corrimões, iluminação baixa, tapetes soltos e obstáculos como fios de internet e piso rachados podem dificultar uma simples ida ao banheiro, transformando num pesadelo e acarretando a acidentes constante (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Cerca de 60% a 70% das quedas ocorrem dentro do ambiente doméstico, podendo piorar com a idade. Na maioria das quedas, o fêmur acaba sendo fraturado, impossibilitando a mobilidade de andar, ir ao banheiro e precisando de cuidados intensos. Sendo um acidente doméstico com a população idosa recorrente, 88% dos idosos tem medo de cair novamente, restringindo a situações que podem gerar novas quedas. As quedas tem associação com sedentarismo, idosos com histórico de fratura, na sua maioria acontece com mulheres, idosos viúvos e solteiros (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

Para além disso, a violência com pessoas idosas é um fator preocupante. Segundo a OMS, no relatório de 2002 sobre violência e saúde, definiu-se a violência como qualquer ato de natureza física, psicológica, de negligência ou privação que ameace ou prejudique de forma intencional o outro ou a si próprio (KRUG *et al.*, 2002). Portanto, diversos idosos se encontram em ambientes com violência doméstica. Vale ressaltar que muitos pensam que a violência com pessoas idosas é apenas agredir fisicamente ou mentalmente, mas na

verdade pode ser entendido como qualquer dano físico, moral, psicológico e social vindo de familiares ou responsáveis. Nesse caso, inclui também a omissão na violência contra idoso. A negligência ocorre quando tem a intimidação, insulto e degradação da imagem do idoso, privando-o de alimento por várias horas, a falta de cuidado constante de uma pessoa idosa dependente, podendo gerar uma desnutrição e desidratação (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018).

Ademais, idosos vítimas de violência doméstica tendem a desenvolver depressão, doenças reumatológicas e declínio cognitivo. Pensando nisso, a violência doméstica não é apenas um problema doméstico, mas um problema do Estado em assegurar condições dignas para a pessoa idosa, da mesma forma que o Estado garante as condições dignas para uma criança. Foi criado o Estatuto da pessoa idosa (2003) instaurando direitos as pessoas idosas e deveres a todos (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Através de um estudo realizado no Distrito Federal, foi constatado que os filhos são os principais agressores (72%), sendo maioria homens (62%). No outro lado, as mulheres idosas são as mais agredidas (72%), sendo a maioria entre 81 e 90 anos. Com os tipos de violência como negligência (56%) e violência psicológica (29%) (MATOS *et al.*, 2019).

Destarte, durante a pandemia de Covid-19, que teve seu estopim em 2020, mais especificamente em março de 2020, rapidamente a população idosa foi considerada de risco e mais vulnerável. A Covid é um vírus que afeta as capacidades respiratórias, semelhante a uma gripe, disseminada de forma fácil, mas extremamente letal. A transmissão da Covid ocorre através de tosse, espirros e proximidade com uma pessoa, tornando a pessoa contaminada sintomática ou assintomática. Apesar de ser nociva a todos, o risco se agrava em paciente idosos.

O índice de mortalidade a pessoas de 80 anos ou mais são mais alarmantes, cerca de 14,8% que foram infectados vieram a óbito, enquanto os idosos de 70 a 79 anos tiveram a mortalidade em 8%. Os estudos foram realizados pelo Centro de Controle e Prevenção e Doenças da China, foi apoiado também pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Ou seja, as pessoas mais idosas têm mais risco, considerando as sequelas que podem vir acontecer, como fadiga, perda de olfato e paladar, dificuldades respiratórias, fibrose pulmonar e comprometimento parcial do pulmão (GRANDA *et al.*, 2021).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia recomendou que aqueles que tem 60 anos ou mais devem evitar viagens, festas, confraternizações e aglomerações com pessoas que tiveram viagens internacional. Subsequente a isso, o isolamento social foi uma medida de enfretamento à Covid-19. Entretanto, o isolamento pode desencadear doenças neurológicas, doenças vasculares, desenvolvimento de Alzheimer e demência (GRANDA *et al.*, 2021).

As pessoas idosas acabaram entrando em isolamento no ano de 2020 e muitos prolongaram até 2021. Isolamento total ou parcial, se privaram do convívio constante com a família e amigos em prol da sua saúde. Na revista *Tappeden & Tomar* foi constatado que “sentimentos de isolamento ou perda de relações sociais indicou ter implicações para o declínio em cognição, ânimo e sensibilidade a ameaças” (GRANDA *et al.*, 2021, p. 25-26).

Com o isolamento, dois fatores são evidencias: a violência doméstica e provedores do lar. A violência doméstica se agravou, pois no momento que tinham contato com outros idosos, médicos e até familiares denunciava-se o abuso, mas com a falta de convívio com outras pessoas, sentiram-se ameaçados e pressionados ao silêncio. Além disso, os idosos trabalhadores que são provedores do lar puderam ficar vulneráveis financeiramente. A diminuição de demanda, nível de serviço e até falência de algumas empresas decorridas da Covid-19 coloca as pessoas idosas em uma posição mais vulnerável ainda (GRANDA *et al.*, 2021).

Considerações finais

O presente capítulo objetivou abordar reflexões sobre a Geriatria e a Gerontologia, com destaque para a atenção a saúde e o cuidado ao idoso. Diante das reflexões apresentadas, é preciso questionar: o que esperar das políticas públicas de saúde na atenção a pessoa idosa?

Entende-se que com o aumento cada vez maior da população, aumenta-se também a demanda por novas informações e cuidados, mesmo sendo um tema de bastante conhecimento dos campos de saúde, mas que ao nosso ver ainda revela lacunas em diversos campos de saúde. Por esse motivo, o capítulo teve como esforço metodológico e teórico abordar a temática em questão e como novos esforços, novas funções e, principalmente, especializações são demandas para uma população que cresce a cada ano.

Referências

- AMTHAUER, Camila; FALK, João Werner. O enfermeiro no cuidado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 10, n. 10, p. 54-59, 2014. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1386>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- AZEVEDO, J. C.; RIBEIRO, K. R. ANDRADE, L. V. Processos psicológicos e físicos do envelhecimento: a resiliência e relação entre a perda e o perder. In: MANHÃES, F. C.; ISTOE, R. S. C.; SOUZA, C. H. M. (Org.). **Envelhecimento Humano em foco**: abordagens interdisciplinares I. Rio de Janeiro: Brasil Multicultural, 2015, p.112-131.
- BELASCO, A. G. S.; OKUNO, M. F. P. Realidade e desafios para o envelhecimento. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 72, suppl. 2, p. 1-2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YyPr9QcL5bn3p6TGVGCBzvM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 56, p. 298-301, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gq9c9yJXvrS7Mbsmbnyg4P/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- CASTRO, Vivian Carla de; RISSARDO, Leidyani Karina; CARREIRA, Lígia. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 71, p. 777-785, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Y5HfYwXyBsdv5QcrMNYrTYM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- GASPAROTTO, Livia Pimenta Renó; FALSARELLA, Gláucia Regina; COIMBRA, Arlete Maria Valente. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 17, p. 201-209, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/NLHrsQN73LMxkn-zRbGQWvYJ/?lang=pt#:~:text=Quedas%20t%C3%AAm%20osido%20referidas%20como,aspectos%20causais%20e%20respectivas%20consequ%C3%AAncias>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- KALACHE, Alexandre. Direitos adquiridos, envelhecimento ativo e resiliência: a importância desses conceitos ao longo da vida. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 20, p. 159-160, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/rbgg/a/TvHy4zcNXCrPWPTdm4BK9v/?lang=pt&format=pdf#:~:text=O%20documento%20dele%20procedente%20\(www,pessoas%20de%20todas%20as%20idades](https://www.scielo.br/j/rbgg/a/TvHy4zcNXCrPWPTdm4BK9v/?lang=pt&format=pdf#:~:text=O%20documento%20dele%20procedente%20(www,pessoas%20de%20todas%20as%20idades). Acesso em: 20 ago. 2022.

KRUG, Etienne G. *et al.* (Eds.). **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

GRANDA, Elen Cristiane *et al.* COVID-19 em idosos: por que eles são mais vulneráveis ao novo coronavírus? **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 42572-42581, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/28934>. Acesso em: 18 ago. 2022

MATOS, Neuza Moreira de *et al.* Perfil do agressor de pessoas idosas atendidas em um centro de referência em geriatria e gerontologia do Distrito Federal, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 22, n. 5, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/xZYqVNmDV4SB7v44FZkqbfq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2022.

OMS. **Relatório mundial de Envelhecimento e Saúde**. Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.htm. Acesso em: 18 ago. 2022.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de *et al.* Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e gerontologia**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 555-566, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/BTrK6J3B-4EBvWwrztTrsHCr/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2022.

TEIXEIRA, Darkman Kalleu da Silva *et al.* Quedas em pessoas idosas: restrições do ambiente doméstico e perdas funcionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/59PJHnNNmwv8yZFdv5Gn6tM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2022.

2. Incidência e prevalência de doenças neurológicas na pessoa idosa

Klara Viceconte Tardin Pimentel¹

Joana Viceconte Tardin Pimentel²

Juliana da Conceição Sampaio Lóss³

Rosalee Santos Crespo Istoe⁴

“A velhice avança de modo quase insensível; não se quebra subitamente, mas extingue-se com o lento passo do tempo.”

(MARQUES, 2010)

Considerações iniciais

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a expectativa de vida mundial aumentou, aproximadamente, cinco anos nos últimos 15 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). É possível perceber que com o aumento da população idosa há um incremento nas doenças degenerativas e neurológicas, suscitando maior cuidado com a população idosa.

1 Estudante de Medicina, cursando o 11º período – Universidade Iguazu, Campus V; pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (GEPBIDH).

2 Estudante de Medicina, cursando o 6º período - Universidade Iguazu, Campus V; pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (GEPBIDH).

3 Doutora em Psicologia (UCES), Mestranda em Cognição e Linguagem (UENF), Estudante de medicina (UNIG) 11º período, Pós Graduada em Psiquiatria, Pós graduada em Terapia Cognitivo Comportamental, Pós Graduada em Terapia Familiar, Pós Graduada em Psicologia da saúde e hospitalar, Pós graduada em psicopedagogia, Pós graduada em neurociências, Psicóloga e Pedagoga.

4 Doutora em Saúde da Criança e da Mulher – Fundação Oswaldo Cruz/RJ, mestra em Psicologia da Saúde – Universidade Metodista de São Paulo, graduação em Teologia, graduação em Psicologia e professora da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a segunda patologia mais frequente nas pessoas idosas brasileiras, ademais, doenças neurodegenerativas, como por exemplo Alzheimer, Parkinson entre outros, acometem cerca de 4% das pessoas idosas (RODRIGUES, T. *et al.*, 2020). Nesse contexto, os seguintes questionamentos conduziram as análises expostas neste capítulo: qual a relação entre o envelhecimento e o surgimento das doenças neurológicas e quais as patologias mais prevalentes na terceira idade?

Destarte, diante dessa indagação, com embasamento teórico na pesquisa bibliográfica, teve-se como finalidade elaborar uma abordagem indagativa sobre como o envelhecimento se relaciona ao aparecimento de patologias neurológicas, considerando-se a importância da humanização do atendimento e da participação familiar no processo do diagnóstico e tratamento de idosos portadores de doenças neurológicas. A metodologia utilizada no presente capítulo é a qualitativa, descritiva, cuja estrutura se dá a partir da revisão de literatura de artigos científicos e autores que versam sobre o tema.

Justifica-se a escrita do capítulo por se tratar de um debate necessário no campo da saúde pública, pois, como citado anteriormente, a expectativa de vida está aumentando e, como consequência, a população idosa também. Sendo assim, cabe enfatizar a incidência das doenças neurológicas e suas repercussões à saúde deste grupo, afinal, são patologias que ocasionam inúmeras complicações a vida do indivíduo. O capítulo divide-se na abordagem das doenças mais prevalentes na terceira idade, aborda o envelhecimento como precursor de doenças neurológicas e como deve ser a humanização do atendimento para esse público, bem como a resiliência familiar para lidar com o quadro neurológico, por fim, apresenta-se as considerações finais.

Doenças neurológicas mais prevalentes na terceira idade

No Brasil, consoante o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida média da população, no ano de 2020, aumentou para 76,8 anos (figura 1). Desse modo, com o aumento da expectativa de vida e, consequentemente, o envelhecimento das pessoas, o efeito dessas mudanças são inúmeros e um desses denota a dificuldade de assegurar qualidade de vida para quase 31 milhões de pessoas idosas brasileiras (RODRIGUES, T. *et al.*, 2020).

Figura 1 – Expectativa de vida no Brasil



Fonte: Roscoe, 2021.

O envelhecimento pode ser ou não saudável. Essa percepção é regida pela capacidade funcional de cada idoso, o que depende do hábito de vida adotada ao longo da vida. Sendo assim, mesmo com os avanços tecnológicos e da medicina, o envelhecimento ocasiona mudanças irreversíveis no organismo humano, acarretando algumas doenças durante essa fase da vida, dentre elas as neurológicas (MEIRA *et al.*, 2019).

A doença de Alzheimer é o tipo de demência mais comum em pessoas idosas, afetando a memória, declínio gradual de julgamento, raciocínio, aprendizagem e cognição. A causa desta demência pode estar envolvida com fatores genéticos e ambientais, mas ainda não é totalmente esclarecida. A idade contribui muito para o aparecimento desta doença, sendo mais comum em pacientes acima de 60 anos. Não existe tratamento curativo, mas o objetivo do tratamento é retardar a evolução da doença e preservar as funções cognitivas com mais tempos, garantindo uma melhor qualidade de vida ao paciente (RODRIGUES, T. *et al.*, 2020).

Outra patologia que acomete com frequência pessoas idosas é a doença de Parkinson, sendo uma afecção que afeta diretamente os movimentos do paciente, causando tremores, lentidão ao se movimentar, desequilíbrio, rigidez muscular e alteração na marcha, fala e na escrita. A causalidade dessa doença ocorre através da degeneração das células da substância negra, diminuindo a

produção de dopamina, o que leva a alterações dos movimentos. Assim como o Alzheimer, não há um tratamento curativo, mas o objetivo é o mesmo, retardar a progressão e garantir uma melhor qualidade de vida ao paciente (DA SILVA *et al.*, 2007).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocorre quando os vasos sanguíneos que irrigam o cérebro rompem ou obstruem, ocasionando uma hemiparesia da área cerebral afetada. Acomete mais homens e é a principal causa de morte na população, sendo considerada uma emergência médica. Existem dois tipos de AVC, podendo ser hemorrágico (quando há rompimento de um vaso cerebral, fazendo com que haja uma hemorragia) ou isquêmico (quando há obstrução de uma artéria, fazendo com que o oxigênio seja impedido de chegar ao cérebro). Os principais sintomas são: parestesia, desorientação, alteração na fala e compreensão, alteração no equilíbrio e cefaleia súbita sem causa aparente. O tratamento é através de protocolos clínicos e diretrizes estabelecidas, sendo realizados nos postos de emergências (PEREIRA, A. *et al.*, 2009).

O Delirium também é muito comum nessa fase da vida, devido a suscetibilidade da mudança no cérebro relacionados a idade. É conceituada como uma perturbação súbita, flutuante e, normalmente, reversível, ocasionando desorientação, incapacidade de pensar corretamente e incapacidade de focar a atenção, com episódios de flutuação do nível de consciência (alerta). A causalidade pode ser por diversos fatores, entre eles algumas doenças, medicamentos e intoxicações. O tratamento é baseado em três fatores: causa base (melhorando totalmente quando tratado corretamente), medidas gerais e medidas de controle. Sendo assim, alguns fármacos podem ser utilizados nessa condição, como antipsicóticos (são usados com mais frequências, mas podem gerar efeitos adversos) e benzodiazepínicos (sendo útil como um sedativo, nas causas de dependências) (MARTINS *et al.*, 2019).

Por último, a depressão é bem recorrente nos idosos, devido às questões sociais, econômicas, cognitivas e afetivas que o envelhecimento acarreta (figura 1). A depressão é distúrbio afetivo, com presença de tristeza profunda, baixa autoestima, desmotivação e pessimismo. Ocorre uma diminuição dos neurotransmissores no cérebro (serotonina e noradrenalina são as mais afetadas), levando a essas manifestas causadas na depressão. A causalidade é multifatorial, sendo um acúmulo de causas acarretadas ao longo da vida, ou seja, fatores psicossociais. O tratamento para essa doença é baseado em antidepressivos,

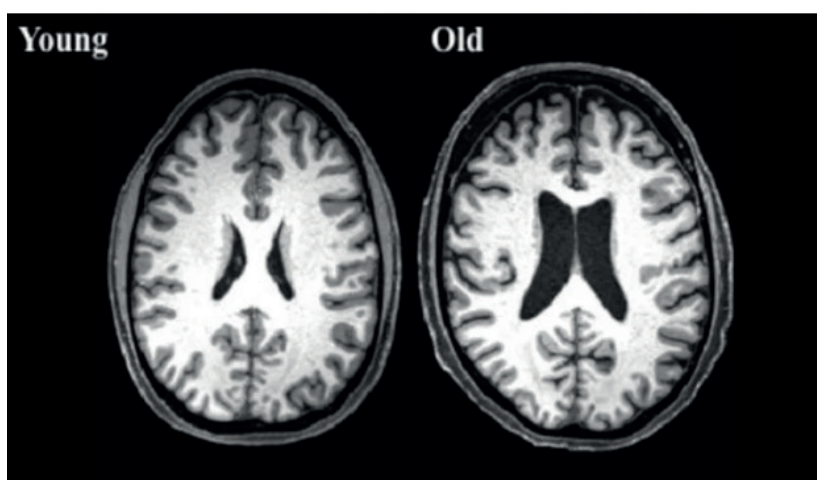
associados a psicoterapias, podendo ser acompanhada pelo neurologista ou psiquiatra (DO NASCIMENTO; DE BRITO; SANTOS, 2013).

Vale salientar que diversas doenças neurológicas acometem as pessoas idosas, entretanto, este capítulo abordará as doenças mais prevalentes e com maior índice nesta população.

Como o envelhecimento culmina no aparecimento das doenças neurológicas?

A funcionalidade do cérebro ocorre de maneira linear com o passar dos anos, sendo a infância o momento que a formação da capacidade do raciocínio lógico começa a surgir e, assim, vai aumentando constantemente com avançar da idade, permitindo que assuntos mais complexos e novos conhecimentos sejam absorvidos. Já na fase adulta, a formação que teve início na infância é concluída, ficando com funcionamento estável até o início do envelhecimento (figura 2), onde começa ocorrer o declínio desta funcionalidade cerebral (PEREIRA, T., 2019).

Figura 2 - Exames cerebrais de um homem de 38 anos e um de 73 anos



Na imagem Young: cérebro jovem; Old: cérebro envelhecido.

Fonte: UCLA, 2017.

Algumas áreas do cérebro podem diminuir 1% ao ano em alguns indivíduos, mas sem nenhuma perda funcional. Todavia, a diminuição da função cerebral no envelhecimento pode ser resultante de diversos fatores que alteraram as substâncias químicas do cérebro, as células nervosas, acumulando, substâncias tóxicas adquiridas ao longo do tempo e alterações hereditárias (FERREIRA, J. *et al*, 2020).

Nesse sentido, devido ao envelhecimento, as células do cérebro começam a diminuir em relação a quantidade, variando de paciente para paciente. Dessa maneira, algumas funções começam a ser afetadas, como a memória, fazendo com as informações fiquem armazenadas temporariamente. Todavia, como mecanismo de compensatório, o próprio organismo cria estratégias para burlar essas perdas, sendo elas:

1. Redundância: contribui na compensação da perda de células nervosas ocasionada pelo envelhecimento, fazendo com que o cérebro tenha mais células do que sua necessidade para o funcionamento;

2. Formação de novas conexões: o cérebro produz novas conexões nervosas como mecanismo compensatório das conexões perdidas, entre as células nervosas e remanescentes. Isto é, à medida que as células são perdidas, novas conexões são feitas, mesmo em idade avançada;

3. Produção de novas células nervosas: algumas áreas do cérebro como hipotálamo e os gânglios basais, podem formar novas células nervosas, principalmente após a ocorrência de uma lesão ou acidente vascular. Assim sendo, as pessoas que tiverem alguma lesão cerebral ou AVC conseguem aprender novas habilidades, devido à produção de novas células (PEREIRA, T., 2019).

Outro aspecto que o envelhecimento acarreta ao cérebro é a diminuição da irrigação sanguínea, em média 20% a menos. Essa alteração é mais recorrente em idosos que possuem aterosclerose das artérias que emergem para o cérebro, podendo ser resultante em idosos que foram ou são tabagista de longa data, que possuem hipertensão arterial ou diabetes. Dessa forma, pessoas idosas podem sofrer perda de células cerebrais prematuras, possibilitando o funcionamento mental, resultando em demências vasculares (PEREIRA, T., 2019).

Outrossim, com envelhecimento, os nervos periféricos começam a conduzir impulsos mais lentificados, fazendo com que a liberação de neurotransmissores seja prejudicada. Esses aspectos culminam na diminuição da

atividade sensorial, reflexos mais lentos, podendo ocasionar até uma falta de coordenação motora. Esse processo ocorre devido a degeneração da bainha de mielina (camadas teciduais que isolam os nervos e a velocidade de condução dos impulsos) em torno dos nervos (PEREIRA, T., 2019).

Em relação ao córtex cerebral, estima-se que, ao envelhecer, ocorre uma perda de 10 a 20% de massa (substância cinzenta), podendo chegar a 50% o prejuízo. No encéfalo também ocorre alteração, tendo um declínio de 1,4 a 1,7% por década a partir da segunda década de vida, ou seja, quando chegar ao envelhecimento, esse declínio estará maior. Ademais, outras mudanças cerebrais notadas são: depósito de lipofuscina (células nervosas), amiloide (vasos sanguíneos e células nervosas), surgimento de placas senis e alterações de neurotransmissores (PEREIRA, T., 2019).

Portanto, essas alterações que ocorrem no sistema nervoso e no cérebro do idoso, por conta do processo de envelhecimento, deixam essa parte da população mais suscetível a terem doenças neurológicas, principalmente demências e doenças desmielinizantes.

Humanização do atendimento da pessoa idosa portadora de doenças neurológicas e a resiliência familiar

Segundo Alves e Sousa (2020), o envelhecimento no Brasil vem aumentando de forma significativa. Nesse sentido, foi preciso elaborar novas estruturas sociais e políticas a fim de atender as novas exigências que surgiram com o crescimento da população idosa. Entre essas novas estruturas, foi proposto o remodelamento da atenção primária à saúde da pessoa idosa, com a finalidade de reduzir a dependência, dor e custos, possibilitando que a pessoa idosa possa resguardar sua vida.

No tocante à humanização, todo paciente tem direito ao atendimento público, garantindo por lei e pela constituição. Ainda mais, todo paciente tem direito ao atendimento de qualidade e humanizado. Entretanto, ainda é existente uma carência do atendimento humanizado, criando, desse modo, a Política Nacional de Humanização (PNH), objetivando ações baseadas na equidade, universalidade e integralidade (FERREIRA, E. *et al*, 2022).

Dentro da PNH, existe a PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, visando à garantia da preservação da saúde mental e física dessa população,

aperfeiçoando o intelecto, a moral e a parte social da pessoa idosa, fazendo com que essa população tenha uma vida mais digna (DE ANDRADE *et al.*, 2021). Os idosos com doenças neurológicas necessitam, de fato, de um atendimento humanizado, devido à fragilidade que já se encontram.

Ademais, a PNSPI enfatiza sobre o cuidado da pessoa idosa:

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido (BRASIL, 2006).

Deste modo, PNSPI e PNH contribuem para construção de um atendimento humanizado a pessoa idosa com algum acometimento neurológico, pois humanizar é entender o literal significado da vida, colocando-se no lugar do próximo e priorizando os princípios e valores (RODRIGUES; MAIA; SOUSA, 2022). A resiliência familiar contribui significativamente para a qualidade do tratamento da pessoa idosa com doenças neurológicas, mesmo que seja um tratamento curativo. O processo de resiliência pode ser lento e doloroso para algumas pessoas, principalmente no caso da resiliência familiar, pois envolve não apenas o indivíduo, mas também a dinâmica das inter-relações, crenças coletivas, padrões funcionais e papéis estabelecidos (FARIA; LIMA; PEREIRA-SILVA, 2019).

As famílias devem usar seus recursos e estratégias de enfrentamento para superar as atribulações, responder às adversidades da melhor maneira possível, não ficando parados, mas aperfeiçoando as atividades e áreas preservadas, para fortalecer membros e sistema, para enfrentar de forma eficaz e adaptativa as doenças neurológicas que acometem o membro de sua família (FARIA; LIMA; PEREIRA-SILVA, 2019).

Há a necessidade de escolher atividades e comportamentos em detrimento aos outros, visando focar mais nos idosos, otimizar as inter-relações e meios para acompanhar a progressão da doença, apoiar o enfrentamento individual, bem como o apoio aos membros da família. A otimização, portanto, traz uma compensação, por meio da qual as famílias podem buscar novos significados e atividades para compensar o sofrimento causado pela doença (FARIA; LIMA; PEREIRA-SILVA, 2019).

Considerações finais

Na conclusão deste capítulo, avaliando a problemática e o objetivo que motivaram a escrita deste, constata-se que o envelhecimento causa modificações irreversíveis no corpo humano, afetando, desse modo, a capacidade funcional dos indivíduos e acarretando na etiologia de algumas doenças, entre elas as de cunho neurológico.

Torna-se evidente, portanto, que conforme elucidado, as patologias neurológicas encontram-se entre as doenças mais frequentes nas pessoas idosas, sendo assim, consoante ao artigo 9º do Estatuto da pessoa idosa, “é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (BRASIL, 2003). Logo, destaca-se a importância da atuação do Governo Federal no processo de envelhecimento, garantindo políticas sociais que permitam o atendimento humanizado a esses indivíduos que já se encontram em uma situação de maior fragilidade.

Além disso, é relevante que além da atuação do Governo Federal, a própria família participe deste processo, pois a inclusão familiar colabora positivamente para a qualidade do tratamento da pessoa idosa com doença neurológica. Afinal, o envelhecimento é um processo natural da vida.

Referências

ALVES, Rafaella Adny de Alencar; SOUSA, Rhaiany Barbosa de. **Humanização à saúde do idoso na atenção primária a saúde**. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLASC, Curso de Enfermagem. Gama, 2020. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/938/1/Rafaela%20Andy%20de%20Alencar%20Alves%20_0005133_Rhaiany%20Barbosa%20de%20Sousa_0012200.pdf. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 15 mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, seção 1, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 15 mai. 2022.

DA SILVA, Eulália Maria Martins; *et al.* Enfermidades do paciente idoso. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 7, n. 1, p. 83- 88, 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/lil-526699>. Acesso em: 15 mai. 2022.

DE ANDRADE, Ana Fátima Souza Melo *et al.* Atuação do enfermeiro no cuidado humanizado ao idoso na Atenção Primária. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 12, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/20283/18356/250070>. Acesso em: 18 ago. 2022.

DO NASCIMENTO, Diego Coelho; DE BRITO, Maria Adriana Calixto; SANTOS, Aurélio Dias. Depressão em idosos residentes em uma instituição asilar na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. **J Manag Prim Health Care**, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 146-150, 2013. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/182>. Acesso em: 18 ago. 2022.

FARIA, Larissa Jorge Ferreira de; LIMA, Priscilla Melo Ribeiro; PEREIRA-SILVA, Nara Liana. Resiliência familiar diante do diagnóstico da doença de Parkinson na velhice. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 14, n. 1, p. 1-18, jan./mar. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000100014#:~:text=O%20idoso%2C%20quando%20diagnosticado%20com,no%20tocante%20aos%20pap%C3%A9is%20familiares. Acesso em: 18 ago. 2022.

FERREIRA, Emile Ramalho *et al.* A humanização do atendimento na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 1680-1693, 2022. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/43190>. Acesso em: 18 ago. 2022.

FERREIRA, Jayana Gabrielle Sobral *et al.* Envelhecimento e a influência degenerativa dos radicais livres nesse processo. *In*: VII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano – CIEH, Campina Grande, 2020. **Anais** [...], Campina Grande: Realize, 2020. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/73314>. Acesso em: 20 abr. 2022.

MARQUES, Sandra Cláudia Barros Lindo Fernandes. **As patologias incapacitantes, do foro neurológico, no idoso institucionalizado e o Direito:** diálogo interdisciplinar. 154 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social) – Instituto Superior Bissaya – Barreto, Coimbra, 2010. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29115/1/As%20patologias%20incapacitantes%2C%20do%20foro%20neurol%C3%B3gico%2C%20no%20idoso%20.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2022.

- MARTINS, Juliana Bessa *et al.* Avaliação da prevalência de delirium em uma unidade de terapia intensiva pública. **Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 76-81, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1759#:~:text=Conclus%C3%B5es%3A%20Este%20es-tudo%20conclui%20que,aplica%C3%A7%C3%A3o%20de%20escalas%20de%20rastreo>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- MEIRA, Valaine da Silva *et al.* Avaliação da capacidade funcional de idosos diagnosticados com doença neurológica. In: VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano – CIEH, Campina Grande, 2019. **Anais [...]**, Campina Grande: Realize, 2019. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/53292>. Acesso em: 20 abr. 2022.
- PEREIRA, Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama *et al.* Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, n. 25, v. 9, p. 1929-1936, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cRPzFKbQyCp-zDGnTRtsjYj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- PEREIRA, Telmo. Abordagem geriátrica ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável: Componentes do modelo de intervenção AGA@4life. In: PEREIRA, Telmo. **A função cognitiva no Envelhecimento**. 1. ed. Coimbra: Instituto Politécnico de Coimbra – IPC: Inovar Para Crescer, 2019. p.179- 194.
- RODRIGUES, Isadora Abreu; MAIA, Ana Maria Quintela; SOUZA, Naila Pereira. A política nacional de humanização e o cuidado em saúde: contribuições da política para a atenção primária à saúde no estado do Rio de Janeiro. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, v. 6, n. 1, p. 751-770, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/41130>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- RODRIGUES, Tamiris de Queiroz *et al.* Impacto da Doença de Alzheimer na qualidade de vida de pessoas idosas: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 4, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2833>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- ROSCOE, Beatriz. Expectativa de vida no Brasil chega a 76,8 anos, diz IBGE. **Poder 360**, 2021. *Online*. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/brasil/expectativa-de-vida-no-brasil-chega-a-768-anos-diz-ibge/>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- UCLA. Why Do Some People Stay Sharp As They Age? – Neuroscience News. **Neuroscience News**, 2017. *Online*. Disponível em: <https://neurosciencenews.com/aging-sharpness-7281/>. Acesso em: 15 mai. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estatísticas mundiais de saúde 2020**: monitoramento da saúde dos ODS, metas de desenvolvimento sustentável. [s. l.]: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005105>. Acesso em: 15 mai. 2022.

3. A importância da avaliação neurológica frente às demências na pessoa idosa

Larissa de Oliveira Jacomino¹
Lavínia Gonzaga Taveira²
Juliana da Conceição Sampaio Lóss³

“Viver é envelhecer, nada mais.”

(Simone de Beauvoir, 2018)

Considerações iniciais

No Brasil, no ano de 2040, haverá mais de 150 idosos para cada grupo de 100 jovens (VETTORAZZO, 2018). Tendo em vista o aumento significativo da população mundial idosa como nunca registrado anteriormente, o presente capítulo tem como objetivo conhecer os aspectos neurológicos e neuropsicológicos da demência na pessoa idosa, detalhando a avaliação inicial da demência, bem como os exames neurológicos e suas eficácias, para que a pessoa idosa possa ter um envelhecimento saudável, desfrutando de autonomia, independência e capacidade para executar atividades da vida diária.

O envelhecimento remete ao indivíduo diversas mudanças nos aspectos psicológicos, sociais, físicos e neuropsicológicos; gerando elevação da incidência de patologias que envolvem o comprometimento do Sistema Nervoso Central, interferindo na capacidade do indivíduo em realizar suas atividades

1 Estudante de medicina UNIG.

2 Estudante de medicina UNIG.

3 Doutora em psicologia. Mestra em Cognição e Linguagem UENF. Psicóloga, pedagoga. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental. Estudante de medicina UNIG.

habituais do dia a dia, promovendo queda na qualidade de vida e prejuízo no desempenho social (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010). Atualmente, a saúde e o bem estar da pessoa idosa estão ganhando cada vez mais enfoque, já que o crescimento de tal faixa etária está mais acelerado, o que justifica o aumento progressivo de casos de demência, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. A estimativa da prevalência de tal doença no Brasil é de 7,6% entre as pessoas acima de 65 anos. Já em outras partes do mundo, esse valor varia entre 5 a 7% (DIAS; DE MELO, 2020).

Com o aumento da expectativa de vida, as doenças crônicas não transmissíveis são um desafio na saúde pública, devido à morbidade que geram. Essas doenças podem provocar diversos graus de incapacidade que interferem nos hábitos de vida e no bem-estar do indivíduo. Em média, 80% das pessoas idosas possuem, pelo menos, uma doença crônica e, desses, 50% apresentam duas ou mais enfermidades. Dentre tais patologias relacionadas ao envelhecimento, estão as demências, que se destacam como causas principais de comprometimento funcional e da qualidade de vida do idoso (DOS SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020). Cada tipo de demência tem seus próprios sinais e sintomas neuropsicológicos, então o diagnóstico diferencial se faz indispensável, já que o estágio da doença e histórico do paciente variam conforme a manifestação dos sintomas. Assim, fica clarividente a necessidade da elaboração da avaliação neuropsicológica para investigação diagnóstica do idoso que possui um possível quadro demencial. Além disso, tal avaliação tem o condão de fornecer precisão nos déficits cognitivos e comportamentais, por meio da confrontação dos dados colhidos na anamnese sobre o funcionamento prévio e atual do paciente e dos escores obtidos através da aplicação dos diversos modos de testagem das funções cognitivas (DIAS; DE MELO, 2020).

A demência, principalmente nos estágios iniciais, pode ser confundida com outras patologias, visto que apresenta os mesmos sintomas. Como exemplo disso estão os transtornos de humor, já que os mesmos circuitos neurais são afetados. A associação da clínica com estudo neuropsicológico e novas técnicas no diagnóstico precoce das demências facilitam a distinção. Devido à complexidade do diagnóstico, é importante a atuação de uma equipe médica multidisciplinar que inclua geriatras, neurologistas, neuropsicólogos, psiquiatras, radiologistas etc. (IRIBARNE *et al.*, 2020). A relevância deste capítulo parte da necessidade de se obter uma realidade próxima à da sociedade no tocante à prevalência dos processos demenciais, no sentido de compreendê-los melhor

e conhecer quais os fatores que são relevantes na avaliação neurológica. Neste sentido, um maior esclarecimento acerca deste tema permitirá uma melhor gestão de cuidados e tratamentos adequados.

Avaliação inicial da demência

Considerado como fato mundialmente reconhecido, o envelhecimento populacional está sendo cada vez mais estudado pela comunidade científica, devido a sua extrema importância. Tal processo vem acompanhado da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, que são responsáveis pela elevação do registro de falecimentos, internações, institucionalização e diminuição da capacidade funcional e cognitiva das pessoas idosas. Ressalta-se que dentre as doenças crônicas não transmissíveis, as que estão se destacando como problema de saúde pública são as demências, sendo a Doença de Alzheimer a mais comum, seguida da Demência Vascular (DA SILVA *et al.*, 2018). Acrescenta-se que a prevalência das perdas cognitivas em consequência das demências são na população feminina, em pessoas com menor escolaridade e que não fazem atividade física, além disso, os de baixa condição econômica, os que possuem idade avançada e que se encontram em situação de fragilidade. Outrossim, existem outros fatores de risco que também podem estar associados à demência, quais sejam, hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e baixos níveis de vitamina D (DOS SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020).

A demência é caracterizada como sendo uma síndrome em que há o declínio da memória associado ao déficit de, no mínimo, alguma outra função cognitiva, que pode ser linguagem, praxias, gnosias ou até mesmo as funções executivas. Tal declínio necessita ter intensidade suficiente para interferir no bom desempenho social e/ou profissional da pessoa afetada. Notoriamente, a demência em pessoas idosas inclui déficits tanto no âmbito social, quanto na área ocupacional, em funções cognitivas e em atividades instrumentais da vida diária (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010). Salienta-se que comprometimentos no sistema nervoso central nem sempre resultam em alterações cognitivas. No processo de envelhecimento fisiológico, é comum que haja declínios nas funções cognitivas do idoso, como a diminuição da velocidade de processamento, além de déficits na memória de longo prazo sem interferir na funcionalidade das atividades de vida diária. Além disso, fatores como idade, influências genéticas, baixa escolaridade e hábitos inadequados de saúde

se transformam em mudanças importantes do status cognitivo senil, se manifestando como Comprometimento Cognitivo Leve, ou, até mesmo, quadros demenciais mais graves (DIAS; DE MELO, 2020).

O Comprometimento Cognitivo Leve é conceituado como sendo uma síndrome existente em diversas doenças neurológicas, bem como uma transição entre a cognição normal e as demências. Determinadas queixas de declínio cognitivo podem sugerir que o paciente esteja com Comprometimento Cognitivo Leve. Pacientes senis que têm o diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve apresentam leve déficit em uma ou mais funções cognitivas, preservando relativamente sua capacidade funcional (DIAS; DE MELO, 2020). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quinta edição, registra que várias enfermidades podem desencadear o transtorno, como a doença de Príon, doença de Huntington, e a doença de Parkinson.

Não se pode deixar de mencionar a importância da forma correta de abordagem ao paciente com demência. É fundamental que sejam atendidas as necessidades físicas, psicológicas e sociais do indivíduo, levando sempre em conta a variação do curso da doença, para que o profissional de saúde consiga planejar uma intervenção efetiva e adequada, com os cuidados necessários e eficazes. Alguns pesquisadores entendem que o estágio avançado da doença se associa a diversos sintomas, que são parecidos com os presentes na doença oncológica terminal. Outrossim, cada tipo de demência possui sinais e sintomas específicos, por isso, a construção do diagnóstico diferencial é tarefa extremamente importante e criteriosa, visto que a manifestação dos sintomas pode diferenciar com base no estágio da patologia e no histórico da pessoa idosa. Tal avaliação possui o condão de fornecer uma caracterização precisa dos déficits cognitivos e comportamentais, por meio de confrontação dos dados obtidos na anamnese a respeito do funcionamento prévio e atual do indivíduo idoso, bem como dos escores recolhidos através da aplicação dos diversos instrumentos de testagem das funções cognitivas (DUARTE, 2019).

A avaliação cognitiva pode ser iniciada com testes de rastreio, como o Mini Exame do Estado Mental e deve ser complementada por testes que avaliam diferentes componentes do funcionamento cognitivo, quais sejam, orientação, atenção, retenção, linguagem e habilidade para seguir ordens. O teste do relógio é outro teste rápido usado para detecção de défices cognitivos para detectar alterações na memória preservada, na habilidade visuoespacial e na função executiva. Não se deve deixar de mencionar o humor como fator importante a

ser avaliado, visto que a depressão tem o poder de ocasionar sintomas que podem se confundir com quadros demenciais (VEIGA, 2020).

Aspectos neurológicos e neuropsicológicos da demência na pessoa idosa

Com o envelhecimento, o corpo humano sofre diversas mudanças, dentre elas a modificação morfológica cerebral, em que o cérebro fica menor e com menos peso do que o de um indivíduo jovem. Além disso, determinados giros se tornam mais finos e separados por sulcos mais abertos e profundos, resultando na diminuição da espessura das regiões corticais. Ademais, pesquisas demonstraram haver diminuição da quantidade de neurônios e sinapses; presença de sintomas psicológicos e físicos, quais sejam, lapsos de memória, velocidade de raciocínio diminuída, episódios passageiros de confusão, tremor, dificuldade de locomoção, sonolência diurna devido a insônia noturna e ausência de equilíbrio (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010).

A fase inicial da demência é caracterizada por pequenos declínios na memória recente, além de dificuldades de utilização das palavras, desorientação no tempo e no espaço, dificuldade em tomada de decisões, mudanças no comportamento como irritabilidade e agressividade com esquecimento de pessoas do próprio convívio, distúrbios de sono, e dificuldades na realização de tarefas básicas de vida diária. Na fase intermediária, os sintomas vão se agravando e o indivíduo pode apresentar dificuldades na parte motora, distúrbios do sono, alucinações, perda de peso corporal e repetição de movimentos e na fala. Quando a linguagem é afetada, se torna incompreensível, sem conexão e abstrusa; devido à existência de perturbações específicas da linguagem, de incapacidades cognitivas e de disfunções de memória nesses pacientes acometidos (SILVA; DE SOUZA, 2018).

Para que haja a caracterização e conseqüente diagnóstico da demência, é imprescindível a realização da avaliação neuropsicológica de maneira formal, para a objetivação de um defeito da memória e de, pelo menos, outro domínio cognitivo. Tal avaliação é útil tanto para quantificar o grau de um possível declínio, quanto para identificar estádios iniciais de demência ou de transtornos depressivos. A identificação e o diagnóstico precoces influenciam positivamente no tratamento, na evolução e no prognóstico, colaborando para uma maior qualidade de vida, para o idoso acometido e a sua família. Ressalta-se que o diagnóstico

precoce tem o poder, em alguns casos, de amenizar as suas consequências ou até mesmo reverter o processo (SANTOS, 2021; VEIGA, 2020).

No que tange às manifestações iniciais, no comprometimento cognitivo leve amnésico acontece a diminuição da memória de trabalho, devido a perdas neuronais no córtex pré-frontal. Além disso ocorre a diminuição da capacidade de memória de curta duração, em virtude de perdas neuronais no hipocampo, no córtex entorrinal ou eventualmente parietal. Já a demência por corpos de lewy possui padrão semelhante ao da doença de Parkinson com demência; acomete, geralmente, os lobos occipitais, que são poupados na doença de Alzheimer. Na demência frontotemporal, as áreas afetadas correspondem ao córtex frontal e temporal anterior, entretanto pode haver acometimento do córtex temporal mesial, corpo estriado e tálamo (IRIBARNE *et al.*, 2020).

Na doença de Alzheimer, a marca registrada é o acúmulo de β -amilóide extracelular; as primeiras alterações são de hipocaptação do cíngulo posterior, seguida de menor captação no pré-cúneo, e aspecto posterior simétrico ou assimétrico dos lobos temporal e parietal; com envolvimento do lobo frontal tardio (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010). Outra manifestação importante é a apraxia, que se caracteriza como sendo um transtorno que impossibilita a realização de alguns movimentos e da manipulação de determinados objetos; devido ao dano no sistema nervoso, em função do processo neurodegenerativo. Na doença de Alzheimer, as mais comuns são a apraxia ideatória (lesões da parte posterior do hemisfério esquerdo do cérebro, em especial, às lesões acometidas na região têmporo-parietal, desencadeando limitações no manuseio ou manipulação de determinados objetos) e a apraxia no vestir (o hemisfério direito é lesionado e, por isso, as informações visuais e espaciais são muito prejudicadas) (IRIBARNE *et al.*, 2020).

Exames neurológicos na investigação da demência

Inicialmente, para que seja feita uma avaliação neurológica eficaz, é necessário determinar se há ou não lesão do sistema nervoso e, se houver, identificar o local da lesão. Ademais, depois do diagnóstico sindrômico e topográfico, busca-se a etiologia do problema. Não há uma sequência específica a ser seguida, então, cada profissional desenvolve sua própria rotina, o que facilita o diagnóstico ao final do exame. O mais comum é o registro dos seguintes tópicos: estado

mental, motor, sensorial, reflexos, coordenação e equilíbrio, nervos cranianos, marcha e postura e outros sinais. Há 2 formas de organização do exame neurológico tradicional, quais sejam, regional e sistêmica. Sugere-se a realização de um rápido exame de triagem e, a partir dos resultados, dar continuidade com um exame mais abrangente, com enfoque nos aspectos que trouxeram suspeitas (SEFER *et al.*, 2019).

Conforme a evolução da ciência, novas técnicas diagnósticas são feitas para a demência, permitindo e até mesmo facilitando o diagnóstico nas fases iniciais, determinando a probabilidade de progressão e melhora da especificidade no diagnóstico diferencial. Ressalta-se que, dentre os estudos mais avançados, atualmente inclui-se o estudo genético, os biomarcadores moleculares no líquido cefalorraquidiano, os estudos de neuroimagem (volumetria hipocampal, ressonância magnética funcional, técnicas NeuroSpect, PET fluorodesoxiglicose (F18-FDG) e PET amiloide). Vale informar que tais técnicas estão disponíveis em centros mais avançados, por isso seu uso ainda não está totalmente definido, então utiliza-se apenas em casos selecionados e a critério dos especialistas (IRIBARNE *et al.*, 2020).

No que se refere aos estudos genéticos, podem ser feitos em determinado grupo de pacientes previamente selecionados, ou com com história familiar autossômica dominante de início precoce, devendo, ainda, ser realizados com o consentimento do paciente e/ou familiares e sob aconselhamento genético. Já os biomarcadores do líquido cefalorraquidiano tem função de medir a proporção de beta-amilóide e proteína tau no líquido cefalorraquidiano. Exemplificando, no líquido cefalorraquidiano de indivíduos portadores de doença de Alzheimer, observou-se redução dos níveis de beta-amilóide e elevação dos níveis de proteína tau fosforilada. O que distingue a doença de Alzheimer de controles saudáveis é a determinação conjunta (em painel) dessas moléculas no líquido cefalorraquidiano, contendo valores de sensibilidade e especificidade superiores a 90%, ressaltando que tais resultados, se comparados a outros processos neurodegenerativos, tem parâmetros mais fracos. Já nos pacientes com comprometimento cognitivo leve, as concentrações de proteína tau total, proteína tau fosforilada e beta-amilóide parecem já estar alteradas, facilitando a evolução da doença para doença de Alzheimer (IRIBARNE *et al.*, 2020).

A neuroimagem exerce a função de auxílio na avaliação do dano estrutural que pode ser responsável pelo comprometimento cognitivo do acometido,

apontando para causas degenerativas, vasculares ou mistas. A volumetria hipocampal mostrou ser importante para distinção das diferentes etiologias. Acrescenta-se que a Tomografia por Emissão de Pósitrons não é usada com frequência no estudo de transtornos psiquiátricos puros; sua utilidade está focada em uma captação normal de F18-FDG no cérebro, o que poderia ajudar a distinguir uma pseudodemência por um transtorno de humor, de um quadro causado por uma doença neurodegenerativa, uma patologia frequentemente associada a alterações na Tomografia por Emissão de Pósitrons. Portanto, possui forte indicação para investigação das doenças neurodegenerativas, principalmente no diagnóstico diferencial das demências. Os radiotraçadores mais utilizados são a glicose marcada com flúor 18, ou F18-fluorodesoxiglicose, e marcadores de deposição beta-amilóide (no caso da doença de Alzheimer). Existem, ainda, marcadores para a proteína tau, que são utilizados no estudo da doença de Alzheimer, entretanto não existe tanta evidência como no caso dos marcadores beta-amilóides, além da sua disponibilidade ser consideravelmente limitada (IRIBARNE *et al.*, 2020).

Considerações finais

O envelhecimento traz mudanças nos aspectos psicológicos, sociais, físicos e neuropsicológicos; gerando elevação da incidência de patologias que envolvem o comprometimento do Sistema Nervoso Central, interferindo na capacidade do indivíduo em realizar suas atividades habituais do dia a dia, promovendo queda na qualidade de vida e prejuízo no desempenho social. Conclui-se que, com aumento da expectativa de vida, as doenças crônicas não transmissíveis são um desafio na saúde pública, devido à morbidade que geram. Essas doenças podem provocar diversos graus de incapacidade que interferem nos hábitos de vida e o bem-estar do indivíduo. Dentre tais patologias relacionadas ao envelhecimento, estão as demências, que se destacam como causas principais de comprometimento funcional e da qualidade de vida da pessoa idosa. Cada tipo de demência tem seus próprios sinais e sintomas neuropsicológicos, então, o diagnóstico diferencial se faz indispensável. Conforme a evolução da ciência, novas técnicas diagnósticas são feitas para a demência, permitindo e, até mesmo, facilitando o diagnóstico nas fases iniciais, determinando a probabilidade de progressão e melhora da especificidade no diagnóstico diferencial. Notou-se, portanto, que dentre os estudos mais

avançados atualmente inclui-se o estudo genético, os biomarcadores moleculares no líquido cefalorraquidiano, os estudos de neuroimagem (volumetria hipocampal, ressonância magnética funcional, técnicas NeuroSpect, PET fluoro-desoxiglicose (F18-FDG) e PET amiloide). Tais técnicas estão disponíveis em centros mais avançados, por isso seu uso ainda não está totalmente definida, então utiliza-se apenas em casos selecionados e a critério dos especialistas.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Acesso em: 12 mai. 2022.
- BEAVOIR, Simone de. **A velhice**. 2. ed. Brasil: Nova Fronteira, 2018.
- DA SILVA, Iara Lessa Costa; et al. Sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência: repercussões para o cuidador familiar. **Texto Contexto Enferm**, [s. l.], v. 27, n. 3, e3530017, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003530017>. Acesso em: 12 mai. 2022.
- DIAS, Bruno Meireles; DE MELO, Denise Mendonça. Avaliação neuropsicológica e demenciais em idosos: uma revisão de literatura. **Cadernos de psicologia**. Juiz de Fora, v. 2, n. 3, p. 64-84, jan./jun. 2020. ISSN 2674-9483. Disponível em: <https://seer.unicadernia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/2624>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- DOS SANTOS, Camila de Souza; BESSA, Thaíssa Araujo de; XAVIER, André Junqueira. Fatores associados à demência em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 2, 03 fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.02042018>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- DUARTE, Joana. Avaliação de necessidades da pessoa com demência: uma scoping review. **CUIDADOS PALIATIVOS**, [s. l.], v. 06, n. 1, p. 27-33, nov. 2019. Disponível em: <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/74c-15124-b794-457e-955d-05b536786c41.pdf#page=27>. Acesso em 12 mai. 2022.
- IRIBARNE, Catherine *et al.* Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 31, Issue 2, p. 150-162, 2020. ISSN 0716-8640. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.001>. Acesso em: 20 mai. 2022

- SANTOS, Catarina de Sousa. **Prevalência do DCL e da demência na consulta de neuropsicologia do Serviço de Neurologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça**. 67 f. Dissertação (Mestrado em Neuropsicologia Aplicada) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Lisboa, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/12105>. Acesso em: 22 mai. 2022.
- SCHLINDWEIN-ZANINI, Rachel. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Neurociência**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 220-226, 30 jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8482>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- SEFER, Celina Cláudia Israel; PORTELLA, Marcia Bitar; BOTELHO, Nara Macedo. **O Exame Neurológico para estudantes de Medicina**. Belém: Ximango, 2019. ISBN: 978-85-69835-41-7. Disponível em: <https://paginas.uepa.br/ppgesa/wp-content/uploads/2019/03/Livro-Mestrado-Celina.pdf>. Acesso em 20 mai. 2022.
- SILVA, Lorena Batista; DE SOUZA, Mayra Fernanda Silva. Os transtornos neuropsicológicos e cognitivos da doença de Alzheimer: a psicoterapia e a reabilitação neuropsicológica como tratamentos alternativos. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, jan./jun. 2018. ISSN 2448-0738. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15987/13037>. Acesso em: 22 mai. 2022.
- VEIGA, Cátia Filipa da Silva. **Gestão de cuidados de saúde em pessoas com demência em contexto institucional**. 103 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações) – Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/23216>. Acesso em: 24 mai. 2022.
- VETTORAZZO, Lucas. Cada vez mais velha, população brasileira chega a 208 milhões. **Folha de São Paulo**, 25 jul. 2018. *Online*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/07/com-populacao-cada-vez-mais-velha-brasil-atinge-208-milhoes-de-pessoas.shtml>. Acesso em: 10 mai. 2022.

4. Memória e solidão: uma abordagem sobre perdas cognitivas e depressão em pacientes que vivem em instituição de longa permanência para pessoas idosas

Bruna Jana Robaina Gomes¹
Rafael Tudesco de Freitas²
Renata Souza Poubel De Paula³

“A escolaridade é provavelmente a variável sociodemográfica com maior impacto no desempenho cognitivo dos idosos”.

(ORTEGA *et al.*, 2019)

Considerações iniciais

No Brasil, o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade têm aumentado muito no decorrer dos últimos anos. As pessoas idosas são usuários dos serviços sociais, de saúde, de proteção e precisam ter os seus direitos garantidos. A menor mortalidade de pessoas em todas as idades e a diminuição de nascimentos resultam em um aumento não só no número absoluto de idosos como também na proporção deste grupo em relação à população brasileira (STELLA, 2002). Observa-se uma alteração no formato da pirâmide etária em relação ao ano de 1980 quando se compara com a projeção para o ano de 2060.

1 Graduanda do curso de Medicina pela Universidade Iguazu - Campus V.

2 Graduando do curso de Medicina pela Universidade Iguazu - Campus V

3 Mestra em PRGC pela Universidade Cândido Mendes - UCAM. Graduanda em Medicina, pela Universidade Iguazu - Campus V.

Estima-se que em 2060 um terço da população brasileira será composta por pessoas na terceira idade, segundo a Projeção da População (IBGE, 2018).

Relaciona-se a maior expectativa de vida com as melhores condições de saúde da população. Entretanto, o rápido aumento no número de pessoas idosas brasileiras contribuiu com a mudança no perfil demográfico e epidemiológico do país e com o aumento da prevalência de doenças, gerando novas demandas de cuidado (CAMPOLINA *et al.*, 2017). Para que as pessoas idosas de hoje e do futuro tenham qualidade de vida, é preciso garantir direitos na área da saúde, trabalho, assistência social, educação, cultura, esporte, habitação e meios de transportes. No Brasil, esses direitos são regulamentados pela Política Nacional dos Idosos (BRASIL, 2010), bem como pelo Estatuto da pessoa idosa (BRASIL, 2013), ambos documentos que devem servir para embasar políticas públicas e iniciativas que promovam verdadeiras melhorias nesse campo (IBGE, 2018).

De acordo com Searle e Rockwood (2015), o envelhecimento começa a dar seus sinais, levando a déficits clinicamente detectáveis, que se manifestam nos tecidos, órgãos, e na capacidade funcional e cognitiva. A partir dessas considerações, torna-se de extrema importância o estudo sobre a depressão, abandono e solidão na terceira idade e suas respectivas perdas cognitivas, como forma de entender esse contexto para que através desses levantamentos possamos contribuir para promoção e reabilitação da saúde dos pacientes, buscando melhorar a qualidade de vida. Para isso, levanta-se alguns pontos fundamentais sobre os pacientes que vivem em Instituição de Longa Permanência de Idosos, também conhecidas pela sigla ILPI. (OLIVEIRA *et al.*, 2006)

Depressão: repercussões no envelhecimento

A etiologia da depressão é multifatorial, ou seja, pode ser desencadeada por fatores genéticos, biológicos, epigenéticos e ambientais. O uso de alguns fármacos pode desencadear depressão, assim como o uso de drogas e álcool. Para caracterizar o diagnóstico de depressão, segundo a American Psychiatric Association - APA (2014), avalia-se o quadro depressivo maior, que é a categoria mais importante dos transtornos do humor, sendo o padrão para depressão nos dias de hoje.

A depressão menor é uma variante de depressão menos grave. A característica essencial é um ou mais períodos de sintomas depressivos que são

idênticos à depressão maior na duração, mas que envolvem menos sintomas e menor incapacidade.

São nove os critérios para diagnósticos da depressão, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2014). Para um critério diagnóstico, é necessário um período mínimo de 2 semanas com a presença de humor deprimido (1) ou perda de interesse ou prazer (2) por quase todas as atividades, acompanhados por pelo menos 5 dos seguintes sintomas: 3- Perda ou ganho de peso (apetite); 4- Insônia ou hipersonia; 5- Agitação ou retardo psicomotor; 6- Fadiga ou perda de energia; 7- Sentimento de culpa ou inutilidade; 8- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se; 9- Ideação suicida.

A senescência leva a condições de sobrecarga, com o surgimento de doenças, acidentes e estresse emocional, que pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência, pois o nível de independência do indivíduo diminuiu. Ressalta-se que certas alterações decorrentes do processo de senescência possuem seus efeitos aumentados, devido a tantas perdas que foram se acumulando ao longo da vida. É muito comum queixas de solidão e depressão. É normal diminuir as atividades intelectuais ao se aposentar, pois o indivíduo se torna progressivamente menos ativo. O impacto disso na saúde mental pode ser tornar cada vez mais difícil de se reverter.

Abandono e solidão em pessoas idosas institucionalizados

É bastante comum as ILPIs serem classificadas como lugar de exclusão e isolamento, mas isso não pode ser generalizado. Os asilos são instituições de cuidado total e conforme disposto no artigo 49 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013), devem seguir princípios como preservar os vínculos familiares; atender de forma personalizada e em pequenos grupos; manter o idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior; garantir a participação da pessoa idosa nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo; cumprir os direitos e garantias dos idosos; preservar a identidade do idoso e oferecer um ambiente de respeito e dignidade.

A pessoa idosa institucionalizada sofre inúmeras perdas. Além disso, várias doenças crônicas contribuem para a deterioração cognitiva e da memória, agravando a depressão. Frustrações, ansiedade, laços de amizade e familiares rompidos misturam-se com o abandono, o sentimento de não pertencimento ao

local e principalmente, à dificuldade de socialização e retorno para algum tipo de atividade produtiva. A pessoa idosa já não possui mais o controle da sua aposentadoria, pois esta é direcionada para as despesas que envolvem sua moradia. O desenvolvimento da depressão está relacionado com esses fatores e outros tantos que comprometem a qualidade de vida e a sua independência. (STELLA, 2002).

A necessidade de investigar a depressão na pessoa idosa institucionalizada é devido às queixas frequentes e associadas às doenças clínicas gerais, principalmente quando o paciente perde sua autonomia e agrava sua enfermidade, que pode levar ao óbito. Infelizmente, a depressão não tem sido diagnosticada corretamente ou até mesmo precocemente, deixando de ser tratada. Na maioria dos casos, os sintomas depressivos não recebem atenção adequada e se confundem com a clínica geral ou como consequência do envelhecimento. É fundamental identificar a depressão no idoso institucionalizado para que medidas sejam tomadas no intuito de evitar o aumento o risco de morte ou cronificação da doença (STELLA, 2002).

Um dos grandes questionamentos sobre o envelhecimento ocorre no sentido de quem ficará responsável em cuidar dessas pessoas no futuro, pois a população idosa não se prepara para essa realidade. Algumas pesquisas relataram que os filhos não tem condições de cuidar dos pais idosos, outras já relataram que os familiares simplesmente os abandonam. Existem pacientes que retornam para seus lares, mas acabam voltando para a instituição. As instituições de longa permanência – ILPI, tornam-se o lar da grande maioria dos idosos que são internados e que continuam ali por muitos anos. Entretanto, é preciso levantar algumas questões sobre o que esse processo pode causar na saúde do indivíduo.

É fato que as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) podem representar um maior risco para o surgimento ou agravamento da depressão, pois trata-se de um ambiente de convivência coletiva, com muitas regras e restrições. Durante a pandemia de Covid-19, foi possível constatar que o isolamento social alterou a rotina desses idosos, pois a visitação familiar ficou restrita, além da suspensão de eventos sociais no intuito de se evitar aglomerações (MORAES *et al.*, 2020).

A qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas piorou durante a pandemia, pois as medidas preventivas que incluem distanciamento social, maior separação entre os trabalhadores e dos idosos nas atividades não rela-

cionadas ao cuidado, redução das atividades em grupo e das refeições coletivas e reforço das medidas higiênicas e de limpeza para os ambientes da ILPI promoveram mais solidão e isolamento.

A depressão na pessoa idosa institucionalizada é uma das consequências que o isolamento social provoca e que foi agravado com a pandemia da Covid-19. Entretanto, são várias as causas de depressão que podem estar associados aos fatores genéticos, lutos no decorrer da vida, doenças incapacitantes etc. (STELLA, 2002).

Perdas cognitivas e a memória: uma das principais queixas entre pessoas idosas

O envelhecimento faz parte do ciclo natural da vida. Envelhecer, além de ser um fator biológico, agrega uma questão social que irá repercutir em como esse idoso conseguirá passar por essa fase. Uma parcela da população, a partir de 60 anos de idade, construiu ou está construindo um ambiente com maior conforto e estrutura para dar o suporte necessário, tanto no aspecto familiar e financeiro, como no aspecto psicológico. Entretanto, essa não é a realidade da grande maioria. O acesso da população idosa à educação é um reflexo das políticas do passado, pois atualmente os grupos mais jovens são mais escolarizados. A taxa de analfabetismo no Brasil é de 30% entre a população idosa de acordo com Resende *et al.* (2019, p. 12), e isso justifica a baixa escolaridade dessa população que vive principalmente em ILPI, sendo uma expressão concreta de uma realidade injusta, conforme Barros *et al.* (2021).

Segundo Barros *et al.* (2021), fatores intrínsecos e extrínsecos podem interferir na memória dos indivíduos, sendo o nível educacional um exemplo de fator externo. Quanto maior a escolaridade, maior a resiliência a manifestar algumas doenças neurodegenerativas (STERN, 2012). Estudar, ir à escola, construir ao longo da vida atividades cognitivamente estimulantes são capazes de ativar várias áreas do cérebro, capacitando-o para se adaptar a lesões e ao declínio de memória. Exemplo de fatores intrínsecos são as doenças neurodegenerativas, como a Doença de Alzheimer.

Na Doença de Alzheimer, um dos primeiros sintomas é o esquecimento. Transtornos do comportamento passam a ser observados também. As perdas

cognitivas e a memória são as principais queixas na população acima de 60 anos. Para Raskind (1988), transtornos depressivos em idosos são responsáveis para o desenvolvimento de um quadro demencial num período de até cinco anos.

A comorbidade de depressão e demência contribui para o comprometimento da capacidade funcional dos idosos e pode dificultar o diagnóstico diferencial entre elas. O Alzheimer apresenta-se inicialmente com sintomas depressivos e os pacientes chegam para as consultas médicas com queixas de alteração na memória, e de acordo com Stella (2002), surge a expressão “pseudodemência depressiva”. Epidemiologicamente, estima-se que aproximadamente 15% dos idosos apresentam sintomas de depressão, sendo essa prevalência maior nas populações institucionalizadas (MEDEIROS, 2010).

De acordo com Resende *et al.* (2019), muitas pesquisas estão sendo desenvolvidas para explicar o mecanismo da influência do nível educacional a maior tolerância às neuropatologias, como um estudo desenvolvido por meio de ressonância magnética funcional que demonstrou que pessoas com maior nível educacional desenvolveriam maior ativação cerebral durante atividades cognitivas e tais seriam mais eficientes por gastarem menos energia. Além disso, as pessoas que desenvolveram mais vias ativadas ao longo da vida, seja pelo nível educacional ou da complexidade da profissão e atividades de lazer, ao sofrerem alguma lesão degenerativa não impactaria tanto, pois existiriam outras vias para suprir e preservar a integridade cerebral.

Fatores socioeconômicos possuem grande influência nessa perda cognitiva e prejuízo da memória, pois segundo Resende *et al.* (2019, p.24), “idosos cujo nível socioeconômico na infância era baixo tinham hipocampos com volumes menores”. Logo, conclui-se que dificuldades socioeconômicas vividas na infância podem repercutir no envelhecimento, tanto pelo volume hipocampal como na quantidade de lesões na substância branca cerebral, pois ambos estão relacionados com perdas cognitivas.

Considerações finais

A mudança do perfil demográfico e epidemiológico no Brasil para as próximas décadas precisa ser refletida e estudada, principalmente no sentido de envelhecer com qualidade de vida. A depressão não é uma con-

sequência natural do envelhecimento, sendo subdiagnosticada na maioria das vezes. Há diversas formas de se prevenir a depressão, e uma delas é o envelhecimento saudável, com idosos mais independentes e com as funções cognitivas e memórias mais preservadas.

Estudos recentes comprovaram que o bom desempenho cognitivo e da memória estão relacionados com o nível de escolaridade da população acima de 60 anos. Logo, fatores extrínsecos e intrínsecos são capazes de acelerar o surgimento de doenças neurodegenerativas.

Políticas de saúde eficientes podem contribuir e garantir o bem estar de pessoas com idade mais avançada. Muitos idosos são internados em Instituições de Longa Permanência, e a grande maioria não retornam para suas casas. Dessa forma, é preciso repensar como trataremos dos idosos no futuro, garantindo um ambiente social e cultural agradável na medida do possível, já que a solidão e as perdas individuais são subjetivas e imensuráveis e, fazem parte do processo de envelhecimento.

Referências

- APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em 10 ago. 2022.
- BARROS, Aparecida da Silva Xavier *et al.* A Educação no entardecer da vida. **Ensaio, Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, [s. l.], v. 29, p. 1115-1135, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ensaio/a/fTMqJzp4R5ZsnJctc78jQgg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2022.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política nacional do Idoso**: Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. 1. ed., reimp. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf. Acesso em: 19 ago.2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 70 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf. Acesso em: 19 ago. 2022

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. IBGE, 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock. Acesso em: 26 mai. 2022.

CAMPOLINA, A. G. *et al.* A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população. **Rev Bras Enferm**, [s. l.], v. 70, n.4, p. 780-5, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Vys8ffMxdvVDPBknSR6bYHh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2022

MEDEIROS, J. M. L. **Depressão no idoso**. 2010. 31 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/53479/2/Depresso%20no%20Idoso.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2022.

MORAES, Edgar Nunes de *et al.* COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: Estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, p. 3445-3458, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HCcBfHY8x5SYpTxvNzFv9vN/?lang=pt#:~:text=Medidas%20preventivas%20e%20de%20controle,ou%20uso%20de%20C3%A1lcool%20em>. Acesso em: 19 ago. 2022

OLIVEIRA, Débora L. da C.; GORETTI, Luciane Correa; PEREIRA, Leani SM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 91-96, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/zsTP-qhXkDnc6CdKgTy7fGVq/abstract/?lang=pt#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20Concluiu%20se%20que%20as,mobilidade%20e%20de%20AVDs%20utilizados>. Acesso em: 19 ago. 2022.

ORTEGA, Luciane de Fátima Viola *et al.* Screening for Alzheimer's disease in low-educated or illiterate older adults in Brazil: a systematic review. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 77, n. 4, p. 279-288, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/3GNj4R7fVhdhQV3rcQMZW6v/?lang=en>. Acesso em: 29 set. 2022.

RASKIND, M.A. The clinical interface of depression and dementia. **Journal of Clinical Psychiatry**, [s. l.], v. 59, suppl. 10, p. 9-12, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9720476/>. Acesso em: 19 ago. 2022.

RESENDE, Elisa de Paula França *et al.* **Influências da educação e de doenças neurodegenerativas sobre as relações entre a memória episódica e seus correlatos neurais**. 85 f. Tese (Doutorado em Neurociências) – Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Neurociências, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/32876>. Acesso em: 19 ago. 2022.

4. Memória e solidão: uma abordagem sobre perdas cognitivas e depressão em pacientes que vivem em instituição de longa permanência para pessoas idosas

SEARLE, S. D.; ROCKWOOD, K. Frailty and the risk of cognitive impairment. **Alzheimer's Research & Therapy**, [s. l.], v. 7, n. 54, 2015. Disponível em: <https://alzres.biomed-central.com/articles/10.1186/s13195-015-0140-3#:~:text=Frailty%2C%20a%20state%20of%20increased,without%20necessarily%20demonstrating%20cognitive%20impairment>. Acesso em: 19 ago. 2022.

STELLA, Florindo *et al.* Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, Rio Claro, v. 8, n. 3, p. 91-98, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2544.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2022.

STERN, Y., 2012. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. **Lancet Neurol**, [s. l.], v. 11, n. 11, p. 1006- 1012, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23079557/#:~:text=The%20concept%20of%20cognitive%20reserve,than%20others%20and%20maintain%20function>. Acesso em: 19 ago. 2022.

5. Saúde da mulher idosa: prevenção e rastreio na ginecologia

Adriana Levone¹
Fernanda Manhães²

Considerações iniciais

“No envelhecimento, o trabalho do luto se constitui no penoso processo psíquico que o idoso percorre, implicando a necessidade de elaboração do vínculo afetivo com aquilo que sente perdido e que o social soberanamente glorifica: o corpo jovem e a beleza; o poder e o status do trabalho e, ainda, pessoas do seu convívio que começam a morrer”.

(PY, 2004, p. 22)

Temos como principal objetivo neste capítulo do livro estabelecer um debate sobre a importância da prevenção e do rastreio nos atendimentos ginecológicos voltados à saúde na terceira idade. A epígrafe que abre nossas considerações iniciais ressalta que o envelhecimento é interpretado como um processo de mortificação subjetiva, face à sociedade capitalista e neoliberal na qual estamos inseridos que nos classifica em uma ideia de utilidade *versus* inutilidade. Conforme indica Py (2004) nessa epígrafe, é possível considerar que os dilemas sofridos na percepção do envelhecimento se tornam mais difíceis para as mulheres, uma vez que a juventude é relacionada diretamente

1 Mestranda no Programa em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

2 Docente no Programa em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

à capacidade de se relacionar, exigindo a manutenção de um corpo jovem, cuja garantia é perdida com o passar do tempo.

Recentemente, nosso país tem registrado o aumento no índice da expectativa de vida da população. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, registramos um total de 32,9 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais (AGÊNCIA IBGE, 2022). Esse número já supera a quantidade de crianças com até 9 anos. Entre 2012 e 2019, tivemos um aumento da população idosa no país de 29,5%. O órgão estima que em 2060 um quarto de nossa população será composta por idosos (IBGE, 2018). Esse fenômeno reflete um movimento de desaceleração no ritmo de crescimento populacional e enseja que políticas públicas voltadas para a manutenção da saúde e segurança dessa população sejam desenvolvidas, tendo em vista a capacidade de envelhecer com qualidade de vida.

De acordo com Souza *et al.* (2019, p. 79):

O envelhecimento populacional é um fenômeno observado mundialmente, sendo um reflexo da mudança de alguns indicadores de saúde, sobretudo da queda da fecundidade e da mortalidade, e do acréscimo na expectativa de vida. Percebe-se uma alteração no padrão etário, bem como no movimento em torno de políticas públicas voltadas para assegurar o envelhecimento ativo da população.

O envelhecimento feminino, tal como comentamos no início de nossa introdução, repercute em um processo de difícil aceitação. De acordo com Batista e Caldas (2017), há certa resistência desse grupo na participação de programas voltados à saúde da mulher, tal como a prevenção do câncer ginecológico. Conforme apontam, os principais fatores para essa negação são a falta de acesso aos estabelecimentos e programas de saúde, os preconceitos relativos ao envelhecimento feminino em nossa sociedade, a falta de pessoas que as acompanhem em consultas e exames, a falta de capacitação dos profissionais da saúde que não lhes instrumentaliza a lidarem, de forma eficaz, com a saúde da mulher idosa e o baixo conhecimento delas em relação às precauções e cuidados relativos à saúde da mulher.

Pensando nisso, nosso capítulo se volta a abordar a importância da garantia do devido atendimento à mulher idosa, com a manutenção de sua qualidade de vida, no que tange ao rastreamento e a prevenção ginecológica. Assim, nossos objetivos

específicos se voltam a 1- levantar bibliografias que abordem problematizações relativas ao atendimento ginecológico oferecido às mulheres idosas; 2- evidenciar os principais resultados dessas bibliografias; e 3- traçar caminhos para que a prevenção e o rastreamento de doenças ginecológicamente detectáveis, visando a qualidade da saúde da mulher idosa. Indagamos: *é preciso buscar alternativas para a promoção da saúde e prevenção das idosas em nossa sociedade?*

Este estudo é pautado pela revisão bibliográfica e possui natureza qualitativa. Levantamos, por meio da pesquisa no portal SciELO, seis trabalhos. Sumarizamos na seção que se ocupa de nossa metodologia os títulos dos trabalhos levantados, a autoria e o na de publicação e os objetivos estabelecidos em cada um dos textos. Nosso recorte temporal se voltou para os últimos cinco anos, com a filtragem no período entre 2016 e 2021. A leitura dos textos nos mostra que há muitos preconceitos e frustrações relativas ao envelhecimento da mulher idosa, o que acaba afastando-as na busca pelo tratamento ginecológico que permita o rastreamento e a prevenção de enfermidades tipicamente femininas.

Debatemos a temática ao longo de quatro seções. Na primeira seção, estabelecemos alguns pressupostos que relacionam o envelhecimento e a busca da qualidade de vida da mulher idosa. Na segunda seção, indicamos nossa metodologia de investigação. Na terceira seção, demonstramos os resultados de nossa revisão bibliográfica, ressaltando a importância da prevenção e do rastreamento para os atendimentos ginecológicos voltados às mulheres idosas. A seguir, apresentamos algumas considerações sobre a temática.

O envelhecimento e a qualidade de vida da mulher idosa

“O indivíduo, desamparado ao nascer, constitui-se pelo reconhecimento do outro e por tipos de identificação que faz ao longo de sua existência. Essa identificação acontece mediante os vínculos que ele estabelece com o meio social e que implicam o seu reconhecimento e a sua valorização pelo outro. O indivíduo constrói, então, uma imagem de si mesmo, valorizada e narcísica, que é a base de sua identidade. Com o envelhecimento, o impacto das mudanças que ocorrem nessa etapa, principalmente físicas, pode levar à quebra da imagem narcísica do sujeito”.

(JORGE, 2005, p. 57).

A epígrafe que abre a presente seção nos lembra das mudanças identitárias que estão envolvidas no processo do envelhecimento. O envelhecimento ainda se constitui como uma temática de difícil abordagem, principalmente para as mulheres que percebem as modificações em seus corpos com o passar dos anos. Em pesquisa realizada que debate a saúde e a sexualidade da mulher idosa, Souza *et al.* (2019) apontam que há barreiras quando mulheres idosas são indagadas sobre a temática. Essa pesquisa também aponta que o envelhecimento é sentido e (re)significado de maneiras diferentes entre homens e mulheres, o que torna os cuidados, sobretudo, direcionados à mulher idosa, mais especificamente. “Sendo assim, o modo com que a mulher idosa aceita a velhice interfere diretamente em seu bem-estar, pois o avançar da idade muitas vezes se associa à incapacidade” (SOUZA *et al.*, 2019, p. 79).

Na mulher idosa, as modificações no corpo também se tornam mais acentuadas e notáveis em relação aos homens idosos, o que causa a construção de estereótipos e, conseqüentemente, preconceitos sobre o corpo das idosas. Neste sentido, os profissionais da saúde são chamados ao debate, tendo em vista a importância de sua atuação com as idosas na rotina de trabalho dos estabelecimentos de saúde brasileiros. Sobre os preconceitos que recaem sobre as mulheres idosas:

[...] ao romper o preconceito de muitos profissionais em relação ao envelhecimento, enxergando o idoso como um adulto com expectativa de vida aumentada e inúmeras possibilidades de vida plena, e trabalhando a educação em saúde com respeito às barreiras sociais, estaremos contribuindo para o aumento do número de mulheres idosas mais conscientes e preocupadas com a saúde, facilitando a prevenção, a detecção precoce e o tratamento do câncer ginecológico e de outros tipos de doenças oncológicas que podem afetar esse grupo etário (BATISTA; CALDAS, 2017, p. 6).

O quadro 1 a seguir foi reproduzido do estudo de Souza *et al.* (2019) e indica as principais percepções da mulher idosa sobre sua sexualidade. É importante notar que a velhice feminina está envolta em preconceitos e estereótipos, com baixa informação sobre as questões relativas à sexualidade e com a inexistência de experiências que envolvem as consultas ao ginecologista e a realização do exame preventivo.

Quadro 1 - Percepções de mulheres idosas sobre a própria sexualidade e atendimento oferecido por profissionais da enfermagem

Medo do preconceito e de julgamentos
Sexualidade é muito comum entre casais, mas depois do casamento
Não ter mais relação sexual, já não tem mais importância
A sexualidade está sendo banalizada atualmente
Tem receio de falar sobre sexualidade
A falta de seriedade dos profissionais para se tratar o tema
Ter mais informação e comunicação
Nunca ter ido a um ginecologista nem realizado um preventivo
Falta de reuniões e palestras
A necessidade de pessoas mais maduras para se tratar o tema

Fonte: Souza *et al.* (2019, p. 80)

Esse quadro nos mostra que alguns dos grandes impedimentos na busca pela saúde e qualidade de vida da mulher idosa se referem à falta de informações e o medo do preconceito que recai sobre o envelhecimento. Esse é um fator preocupante, visto que 56,7% da população idosa em nosso país é composta por mulheres (IBGE, 2021). Apesar de ser entendido dessa forma, o envelhecimento constitui-se como uma etapa natural da existência humana. A velhice deve ser considerada “[...] não como algo que está por vir, mas uma realidade vivida por pessoas, do presente e do futuro próximo, que possuem uma história e experiência de vidas que não pode[m] ser ignoradas” (MESQUITA, 2017, p. 11). A pesquisa de Mesquita (2017) chama a atenção para os papéis de gênero e a histórica subordinação das mulheres em relação aos homens, o que desvela um processo de *feminização da velhice*. Esse processo nos indica a necessidade da elaboração de políticas públicas que se ocupem especificamente da saúde da mulher, considerando suas especificidades (MESQUITA, 2017).

Salimena e Cyrillo (2015), que buscaram compreender as percepções de mulheres idosas de comunidades rurais sobre a saúde feminina, também demonstram como limitadores para a realização de consultas e exames ginecológicos múltiplos sentimentos de frustrações, medo e vergonha. A baixa carga informacional das mulheres também se mostra como um elemento que pode corroborar para a não adesão a programas que se voltam à saúde da

mulher. Relatos apontados nessa pesquisa também ressaltam a importância da devida formação profissional em busca da empatia e do acolhimento, conforme o fragmento a seguir:

Percebeu-se que ainda há muito a fazer no atendimento às mulheres dessa comunidade, posto que poucas participantes demonstrassem conhecer e compreender as justificativas para a realização periódica da consulta ginecológica. Como o aspecto por elas ressaltado como imprescindível foi o diálogo com o profissional, recomenda-se utilizar essa oportunidade para a resolução de dúvidas, dificuldades, esclarecimentos e conscientização (SALIMENA; CYRILLO, 2015, p. 178).

Em adição, Jorge (2005) busca demonstrar como um grupo de mulheres em processo de envelhecimento lidam com a perda de algumas referências identitárias, tais como a maternidade e o desejo sexual. Essa pesquisa mostra que “a maturidade e o envelhecimento são considerados não apenas como processos individuais, mas também como parte do processo de vida do ser humano” (JORGE, 2005, p. 50). Conforme explica Jorge (2005), há um processo de metamorfose com aspectos positivos e negativos. Contudo, a preservação da saúde e qualidade de vida tem sido uma das preocupações das idosas que participaram desse estudo.

Destacamos ainda o texto escrito por Resende (2006) que buscou compreender a percepção de mulheres idosas sobre o exame ginecológico. Infelizmente, os depoimentos coletados pela autora demonstram que esse acaba se tornando um momento que causa muitos constrangimentos às mulheres, somados à dor e a resistências quanto à aceitação de profissionais do sexo masculino. Isso dificulta que diagnósticos sejam realizados precocemente, reduzindo as chances de tratamentos assertivos. De acordo com essa autora:

A vergonha apresenta-se presente em todos os relatos analisados. Com isso pudemos perceber que ela é proveniente do desconhecimento do próprio corpo, da educação e cultura, da falta de informação que ainda é tão deficiente. Essas mulheres não sabem o que acontecem quando deitam em uma mesa ginecológica. Por isso é tão conflitante a realização do exame e os números de casos de câncer continuam elevados. Fica claro o desconhecimento do próprio corpo, o desconhecimento do procedimento realizado e da necessidade de nós profis-

sionais de saúde intervirmos no sentido de melhorarmos este quadro (RESENDE, 2006, p. 121).

Como é possível verificar, as mulheres ainda se sentem despreparadas, sem informações sobre o próprio corpo e as maneiras de se protegerem de doenças detectáveis por exames ginecológicos. O momento da procura de um profissional ginecologista, em geral, é postergado com veemência e apenas ocorre quando há, de fato, a suspeita de alguma enfermidade. Por esse motivo, Resende (2006) aponta o crescimento dos casos de câncer de mama ou no colo do útero, entendendo como parte do problema a baixa procura das mulheres, sobretudo as idosas, por diagnósticos precoces.

Essa seção nos mostra que o envelhecimento feminino é envolto por diversas interpretações e, infelizmente, por preconceito, em grande parte pelos papéis de gênero desempenhados pelas mulheres em nossa sociedade. O corpo feminino, em geral, é visto como feio quando envelhecido. Além disso, a falta de informações sobre a própria saúde faz com que muitas mulheres não procurem por atendimento médico, impactando assim, em sua qualidade de vida. Encaminhamos para nossa metodologia de investigação, visando situar nossa pesquisa quanto à forma como ela foi construída.

Metodologia de investigação

“O ato de pesquisar é um processo que tem o objetivo de nos fazer entrar em contato com a realidade desconhecida para que se nos revele as suas características e peculiaridades. A sua execução requer que sejam observados determinados critérios e que a sua metodologia integre uma dinâmica capaz de captar todos os aspectos do objeto estudado.”

(COSTICHE; TESSARO; SPECK, 2018, s/p)

Neste tópico, passamos a debater sobre nossa metodologia de investigação. Conforme já apontado na introdução deste capítulo, guiemo-nos pela revisão bibliográfica como instrumento de pesquisa. Além disso, esse estudo tem natureza qualitativa. A revisão bibliográfica se estabelece por meio da leitura das produções já publicadas sobre determinado assunto, visando demonstrar a

atualidade das investigações levantadas (GIL, 2008). Conforme aponta Fonseca (2002), todos os trabalhos são iniciados por meio de uma revisão bibliográfica, já que, para avançarmos ante determinado conhecimento, é imprescindível conhecer aquilo que já está posto por pesquisas anteriores:

[...] a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Com esses elementos, indicamos que nós direcionamos a um importante portal de divulgação científica no Brasil: o portal *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Esse portal permite o levantamento de bibliografias a partir de algum descritor que deve aparecer nos textos. Definimos como descritores os termos: “ginecologia e mulher idosa” e “exame ginecológico e terceira idade”. Definimos como limitador os trabalhos socializados nos últimos cinco anos, tendo em vista a busca por referenciais mais atuais, definindo os anos de 2016 a 2021.

Foram encontrados sete trabalhos em nosso levantamento. Buscamos realizar a leitura integral desses trabalhos, indicando os principais resultados apresentados pelos pesquisadores que os produziram. Apresentamos no quadro 2 a sistematização do levantamento realizado, com os títulos dos artigos, sua autoria e os objetivos indicados pelos autores, que norteiam sua produção.

Quadro 2 - Sistematização do levantamento realizado para nossa revisão de literatura (Continua)

Título	Autoria/ano	Objetivos
Câncer de colo uterino em idosas: revisão de literatura	Green <i>et al.</i> (2020)	“Realizar uma revisão de literatura sobre a epidemiologia do câncer de colo uterino em idosas e a realização dos exames nessa população”.

Quadro 2 - Sistematização do levantamento realizado para nossa revisão de literatura (Conclusão)

Prevenção do câncer de colo de útero em mulheres idosas: Revisão da literatura	Silva e Moura (2020)	“Apresentar as evidências científicas sobre a prevenção do câncer de colo uterino em mulheres na terceira idade no período de 2015 a junho de 2020 conforme a literatura”.
Sexualidade e envelhecimento: percepção da mulher sobre as resistências e os tabus	Silva, Santana e Souza (2019)	“[...] este estudo objetivou conhecer a percepção da mulher idosa sobre sexualidade, e como elas vivem a repercussão dos tabus vividos pela idade”.
Atuação da enfermeira frente aos fatores que interferem na adesão de mulheres idosas ao exame de Papanicolau	Oliveira <i>et al.</i> (2019)	“Discutir a atuação da enfermeira frente aos fatores que interferem na adesão de mulheres idosas ao exame de Papanicolau”.
Análise do comportamento sexual de idosas atendidas em um ambulatório de ginecologia	Rodrigues <i>et al.</i> (2018)	“analisar o comportamento sexual de pacientes idosas atendidas em um ambulatório de ginecologia, durante um ano, estimando, dentre outros, a proporção das sexualmente ativas, das que possuem interesse sexual e das que consideram o sexo importante para a qualidade de vida”.
Fatores que interferem na adesão da mulher idosa a programas de prevenção do câncer ginecológico	Batista e Caldas (2017)	“[...] discutir os fatores que interferem na adesão da mulher idosa a programas de prevenção do câncer ginecológico”.
(Vi)vido e aprendendo: estudo com mulheres idosas sobre a prevenção do câncer de mama e colo de útero	Souza (2016)	“Discutir a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de mama e de colo de útero entre mulheres idosas”.

Fonte: Elaboração própria.

Com base nos objetivos levantados sobre cada trabalho, é possível considerar que os trabalhos levantados são articulados ou por revisão bibliográfica ou pela realização de entrevistas com idosas participantes. Destacamos que a produção na temática ainda é incipiente, mas se volta, em sua maioria, à identificação de fatores que limitam a busca das pacientes por tratamento, bem como a procura de profissionais da ginecologia quando há indícios de doenças como o câncer no colo do útero ou de mama. Esses aspectos são abordados de forma mais profunda na seção seguinte.

Atendimento ginecológico na terceira idade: prevenção e rastreamento

“A sociedade só se preocupa com o indivíduo na medida em que este rende. Os jovens sabem disso. Sua ansiedade no momento em que abordam a vida social é simétrica à angústia dos velhos no momento em que são excluídos dela. Neste meio tempo, a rotina mascara os problemas. O jovem teme essa máquina que vai tragá-lo e tenta, por vezes, defender-se com pedradas; o velho, rejeitado por ela, esgotado, nu, não tem mais que os olhos para chorar. Entre os dois, a máquina gira, esmagando homens que se deixam esmagar porque nem sequer imaginam que podem escapar. Quando compreendemos o que é a condição dos velhos, não podemos contentar-nos em reivindicar uma ‘política da velhice’ mais generosa, uma elevação das pensões, habitações sadias, lazeres organizados. É todo o sistema que está em jogo e a reivindicação só pode ser radical: mudar a vida.”

(BEAUVOIR, 1990, p. 665).

A epígrafe que abre essa seção reflete sobre o processo de acúmulo capitalista que mede e classifica os seres humanos pela utilidade que eles aparentam representar para a manutenção das relações relativas ao capital. Assim, o é na percepção do próprio envelhecimento, que marca, em muitos casos, uma ruptura entre as experiências já vivenciadas pelos indivíduos e o estado atual que, em muitos casos, envolve a carência de medicamentos, tratamentos e pessoas que possam fornecer atendimento humanizado de proteção e cuidados. A condição de asilamento, embora não seja tratada aqui, é um dos fatores que implicam na piora de diversas condições, como o aumento dos casos de depressão em idosos.

A saída de um dado contexto, condição ou identificação social promove mudanças estruturais na forma como esses idosos se veem e são vistos na sociedade. Passamos nesta seção a comentar os principais resultados dos trabalhos que compõem nossa revisão bibliográfica. Iniciamos com o texto de Green *et al.* (2020) que investiga a ocorrência do câncer de colo de útero em mulheres idosas, bem como a realização de exames preventivos neste grupo. De acordo com esse texto, no Brasil e em outros países também esse tipo de câncer costuma acometer mulheres pardas, casadas, que têm baixa escolaridade e também baixo nível socioeconômico.

Em geral, os casos mais evoluídos da doença o são por falta de diagnóstico precoce, mas as idosas, conforme comentam Green *et al.* (2020), costumam relatar como pontos de dificuldade na realização dessa rotina de cuidados, o despreparo dos profissionais da saúde para lidarem com as pessoas idosas. Além disso, os autores também relatam uma grande resistência na aceitação deste exame pelas idosas por sentirem vergonha ou desconhecerem como ele é realizado.

O texto de Silva e Moura (2020) também busca abordar os casos de câncer de colo uterino em mulheres idosas. Esses autores destacam que, apesar de este câncer ser extremamente tratável, a maioria das mulheres que buscam pelo exame estão na faixa etária abaixo dos 35 anos, apesar de os riscos de sua ocorrência se tornarem maiores com o avanço da idade das mulheres. Assim como Green *et al.* (2020), Silva e Moura (2020) também apontam a vergonha e a desinformação como fatores principais para que as mulheres na terceira idade busquem prevenção e tratamento.

Conforme apontam Silva e Moura (2020, p. 17) no fragmento a seguir, é preciso que mais informações sejam disponibilizadas às mulheres idosas sobre o atendimento ginecológico, bem como a intensificação da formação profissional para o devido tratamento dessas pacientes:

Ficou evidente a necessidade de mudanças no atendimento, de treinamentos para os profissionais de saúde que atuam na coleta e prevenção e a criação de informação de fácil acesso a todas as mulheres sobre neoplasias malignas, métodos preventivos, e os riscos para sua saúde. Os profissionais precisam estar preparados e conhecer as necessidades de cada público, para desenvolver modelos de atendimento adequado. A enfermagem deve atuar efetivamente no combate, prevenção, tratamento e cuidado, incentivando as mulheres, especialmente as idosas a realizar a prevenção e se necessário o tratamento.

Essa também foi a percepção de Silva, Santana e Souza (2018), que defendem que a sexualidade da mulher não cessa com a idade, já que o avanço dos tratamentos voltados para as mulheres pode auxiliar, inclusive, na saúde sexual. Contudo, as mulheres são, cada vez mais, constrangidas a tratarem sobre os próprios desejos e medos, principalmente com o avanço da idade. Em geral, o âmbito sexual se torna sufocado pelos tabus e dogmas sociais nos quais estamos envoltos em nossa sociedade. Isso dificulta, inclusive, a busca por tra-

tamentos de saúde relativos à saúde feminina. Outra evidência desses autores é a diferença na percepção da velhice quanto aos gêneros, já que homens e mulheres a percebem de uma forma diferente.

Por sua vez, Oliveira *et al.* (2019) evidenciaram o trabalho de profissionais da enfermagem em relação à realização do exame Papanicolau em idosas. Além dos fatores relativos à vergonha e o medo na realização do exame, essa pesquisa também indica as dificuldades geográficas para a realização deste, com limitações para o agendamento e deslocamento. Outro fator se refere à necessidade de acompanhamento de algum familiar, o que nem sempre é possível e também contribui para que o atendimento seja postergado pelas pacientes. Assim, Oliveira *et al.* (2019) defendem que o papel da enfermagem é fundamental para a busca na adesão das mulheres idosas, cabendo a necessidade de medidas instrucionais e também de melhor qualificação no tratamento e sua humanização.

Esse trabalho informativo pode ser realizado, conforme apontam, por “[...] palestras, ações de saúde, diálogos e indagações no momento da consulta em uma unidade básica de saúde [...]” (OLIVEIRA *et al.*, 2019, p. 92). É preciso, ainda, que sejam levados em consideração fatores como a cultura e o grau de escolaridade das pacientes para que as informações sejam devidamente apreendidas. Em concordância, Rodrigues *et al.* (2018) analisam o comportamento sexual de idosas que são atendidas em um ambulatório de ginecologia. Dentre as 100 participantes, os autores ressaltam que apenas 26% delas se dizem sexualmente ativas.

Outro aspecto levantado foi que 51% acreditam que o preconceito lançado sobre a pessoa idosa pode dificultar as interações sexuais, corroborando para uma visão social de exclusão da pessoa idosa. De acordo com Rodrigues *et al.* (2018, p. 754):

A sexualidade está diretamente relacionada com a percepção da qualidade de vida, sendo esta um conceito amplo e que contempla não apenas a situação de saúde, mas também a imagética do idoso sob aspectos físicos, psicológicos e sociais. A prática sexual não é extinta com o envelhecimento, contrariando o mito de que a pessoa idosa é um ser assexuado.

A pesquisa de Batista e Caldas (2017) discute as dificuldades e limitações para a adesão das mulheres em ações de prevenção do câncer ginecológico. Mostram que muitos são os fatores para que as mulheres idosas não busquem a realização de exames ginecológicos preventivos. Conforme essas autoras mostram, em 2016 foram registrados 16.340 casos de câncer de colo uterino em nosso país, com maiores incidências nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. O aumento na expectativa de vida interfere no número de casos diagnosticados, já que seu risco aumenta em decorrência do avanço da idade.

Em relação ao nível de mortalidade, o câncer de ovário é considerado um dos mais comuns, dentre os cânceres que acometem as mulheres, com uma taxa de mortalidade em 50% dos casos em pacientes com mais de 40 anos. Em geral, conforme explicam Batista e Caldas (2017), 2/3 dos casos são descobertos em nível mais avançado, o que poderia ser evitado se fosse intensificada a busca por diagnóstico precoce. De acordo com as autoras, os casos que levam à mortalidade por câncer estão envoltos em fatores que levam em consideração o nível socioeconômico, fatores clínicos e o tipo de atendimento oferecido às pacientes:

A mortalidade por câncer é influenciada por fatores clínicos e socioeconômicos, como também pela disponibilidade e qualidade da assistência prestada. Profissionais da área de enfermagem, que atuam na gestão e no planejamento dos programas de rastreamento ou na assistência direta à mulher, participam de todas as etapas que envolvem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento do câncer do colo uterino. Neste sentido, esses profissionais encontram-se comprometidos com a redução das desigualdades intra-regionais e com a qualidade da assistência, tanto no contexto individual quanto coletivo (BATISTA; CALDAS, 2017, p. 2).

Ao tratar sobre a prevenção do câncer de mama e do colo do útero, Souza (2016) entende a importância dos profissionais da enfermagem no atendimento voltado ao tratamento ou à prevenção dessas enfermidades. Essa autora realizou uma oficina e produziu um material informativo sobre a prevenção desses dois tipos de câncer. Esse trabalho mostra a importância da promoção de ações informativas para pacientes em idade mais avançada, considerando a importância da prevenção e diagnóstico precoce.

Essas atividades devem ocorrer de forma leve e motivadora, para que a população se interesse em participar. A explicitação da necessidade do autocuidado é um dos elementos essenciais indicados por Souza (2016) para a busca pela adesão das idosas. “As mulheres são mais vulneráveis a doenças e essa vulnerabilidade está relacionada à qualidade de informação que recebem, ou seja, o tipo de informação que a pessoa dispõe e como a utiliza” (SOUZA, 2016). Como é possível considerar, a partir do exame da revisão bibliográfica apresentada, muitos são os desafios enfrentados pelas mulheres idosas na busca por tratamentos no âmbito ginecológico. Passamos a explicitar algumas considerações derivadas de nossa investigação.

Considerações finais

“É fundamental que a primeira experiência da mulher quanto ao cuidado preventivo seja positiva, para que este passe a fazer parte de seu cotidiano. O momento da consulta é primordial, deve ser aproveitado para realizar as devidas informações a respeito do próprio corpo, sexualidade e métodos anticoncepcionais, para que ela tenha uma vida sexual saudável.”

(SALIMENA; CYRILLO, 2015, p. 175).

Finalmente debatemos nossas considerações sobre o percurso traçado para a realização desta investigação. Buscando estabelecer um debate sobre a importância da prevenção e do rastreamento nos atendimentos ginecológicos voltados à saúde na terceira idade, tivemos como principal questão de pesquisa: *é preciso buscar alternativas para a promoção da saúde e prevenção das idosas em nossa sociedade?* Ao realizar o levantamento no portal SciELO, encontramos seis trabalhos, publicados entre 2016 e 2021. Realizamos a leitura de cada um desses trabalhos, enfocando suas principais contribuições.

Voltando à nossa questão de pesquisas, acreditamos que é preciso, necessário e urgente que sejam buscadas ações alternativas para que a saúde da mulher idosa se torne uma pauta corrente, frente à diminuição do estigma social que as pessoas na terceira idade enfrentam. É notável que a mulher sente o processo de envelhecimento de uma forma diferente, quando comparadas com o sexo masculino. Para a mulher, envelhecer é, além de não mais se filiar a um padrão

de beleza que dita a juventude como condição essencial, também se relaciona à perda da adesão à programas de saúde que possibilitem o rastreamento e a prevenção de enfermidades como câncer de colo uterino ou de mama. Conforme demonstramos, a falta de informações é um dos principais fatores que corroboram para que médicos ginecologistas não sejam procurados. Essa dificuldade informacional também está relacionada à baixa escolaridade e nível de renda.

Alguns estudos apontaram a importância da criação de empatia, por parte das equipes de enfermagem no acolhimento das mulheres idosas e oferecimento das devidas informações, considerando o nível de escolaridade dessas mulheres. É fundamental que elas entendam a importância do autocuidado, reduzindo estereótipos, medos e preconceitos que a visita ao ginecologista pode gerar. Em algumas pesquisas relata-se, inclusive, que as mulheres não sabem quais são os exames realizados pelos médicos ou a finalidade deles, cabendo um diálogo mais estreito entre os profissionais da saúde e as pacientes.

Como abordam Salimena e Cyrillo (2015) na epígrafe que abre nossa última seção, o momento da consulta necessita se tornar uma oportunidade para o esclarecimento de dúvidas, se transformando em uma atividade usual e cotidiana das mulheres e não algo distante, sem o devido entendimento. Pesquisas futuras podem aprofundar a percepção de idosas em relação à própria saúde ginecológica com propostas para formação em Programas Saúde da Família (PSF's), já que estes são situados por bairros e têm maior potencial na atração dos pacientes que residem em seu entorno. Além disso, a formação profissional deve dar ênfase ao tratamento da pessoa idosa, pautando-se por atendimentos dialógicos e integrativos.

Referências

- AGÊNCIA IBGE. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. **Agência IBGE notícias**, 22 jul. 2022. *Online*. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- BATISTA, A. F. C.; CALDAS, C. P. Fatores que interferem na adesão da mulher idosa a programas de prevenção do câncer ginecológico. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, e21839, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/21839/23841>. Acesso em: 30 mai. 2022.

- BEAUVOIR, S. **A Velhice**. Tradução: M. H. F. Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- COSTICHE, S. W. S.; TESSARO, N. B.; SPECK, R. A. A pesquisa como metodologia de ensino. **Pensar a Educação em pauta**: um jornal para a educação brasileira, 05 jul. 2018. *Online*. Disponível em: <https://pensaraeducacao.com.br/pensaraeducacaoempauta/a-pesquisa-como-metodologia-de-ensino/>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GREEN, M. C. T. P. *et al.* Câncer de colo uterino em idosas: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 52, p. e3589. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3589>. Acesso em: 31 mai. 2022.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População 2018**: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Agência IBGE Notícias: Estatísticas Sociais, 2018. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20total%20projetada%20para,\(228%2C4%20milh%C3%B5es\)](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20total%20projetada%20para,(228%2C4%20milh%C3%B5es).). Acesso em: 19 ago. 2022.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE: mulheres somavam 52,2% da população no Brasil em 2019. **Agência Brasil**, 26 ago. 2021. *Online*. Disponível em: [https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/ibge-mulheres-somavam-522-da-populacao-no-brasil-em-2019#:~:text=As%20mulheres%20correspondiam%2C%20em%202019,Geografia%20e%20Estat%C3%ADstica%20\(IBGE\)](https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/ibge-mulheres-somavam-522-da-populacao-no-brasil-em-2019#:~:text=As%20mulheres%20correspondiam%2C%20em%202019,Geografia%20e%20Estat%C3%ADstica%20(IBGE).). Acesso em: 19 ago. 2022.
- JORGE, M. de M. Perdas e ganhos do envelhecimento da mulher. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 17, p. 47-61. 2005. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/219/229>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- MESQUITA, A. de A. Envelhecimento populacional e relações de gênero: velhos dilemas e novos desafios. *In*: Seminário Internacional Fazendo Gênero – 11 & 13th Women's Worlds Congress. Florianópolis, 2017. **Anais [...]**, Florianópolis, 2017.
- OLIVEIRA, D. S. *et al.* Atuação da enfermeira frente aos fatores que interferem na adesão de mulheres idosas ao exame de Papanicolau. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 8, n. 1, p. 87-93, 2019. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2155>. Acesso em: 31 mai. 2022.
- PY, L. **Tempo de envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Mau, 2004.

- RESENDE, T. C. de. O exame ginecológico na perspectiva da mulher idosa. *In.*: **Caderno Espaço Feminino**. Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de História, Centro de Documentação e Pesquisa em História (CDHIS), NEGUEM. v. 14, n. 17, p. 109-124, 2006. Disponível em: <https://ieg.ufsc.br/cedoc/revistas/0/volumes-eletronicos/0/2027>. Acesso em: 19 ago. 2022.
- RODRIGUES, L. R. *et al.* Análise do comportamento sexual de idosas atendidas em um ambulatório de ginecologia. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 749-755, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Tsshgfn7m5pG-jvWBxYxgW5s/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 mai. 2022.
- SALIMENA, A. M. de O.; CYRILLO, V. A. M. Exame preventivo ginecológico: a percepção da mulher de área rural. **REV.Enf. UFJF**, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, p. 169-180. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/3803/1577>. Acesso em: 31 mai. 2022.
- SILVA, L. K. da.; MOURA, K. T. de. **Prevenção do câncer de colo de útero em mulheres idosas**: revisão da literatura. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade Evangélica de Goianésia, Goianésia, 2020.
- SILVA, R. L. da.; SANTANA, V. G.; SOUZA, C. L. de. Sexualidade e envelhecimento: percepção da mulher sobre as resistências e os tabus. *In.*: I Congresso de Enfermagem em Ginecologia & Obstetrícia de Feira de Santana – BA. 2018. Feira de Santana. **Anais [...]** Feira de Santana, 2018. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/coe-go/article/view/4778>. Acesso em: 31 mai. 2022.
- SOUZA, F. F. de S. e. **(Vi)endo e aprendendo**: estudo com mulheres idosas sobre a prevenção de câncer de mama e colo de útero. 2016. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
- SOUZA, C. L. de *et al.* Envelhecimento, sexualidade e cuidados de enfermagem: o olhar da mulher idosa. **Rev Bras Enferm.** [s. l.], v. 72, suppl 2, p. 71-78, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bXtXKvq4XRpCfpVPk9vRkXC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2022.

6. Câncer de próstata: manejo da saúde do homem idoso

Júlia Santos Pinto da Silva¹
Stella Trocilo Rodrigues Lopes²
Fabio Luiz Fully Teixeira³
Juçara Gonçalves Lima Bedim⁴

“A prevenção é a palavra-chave para evitar o câncer de próstata em idosos”.

(SANCHOTENE, 2021)

Considerações iniciais

O câncer de próstata (CP) é o tumor não cutâneo mais comum em homens, com mais de 65.840 casos novos por ano (INCA, 2020) e a segunda principal causa de morte por câncer em homens no Brasil (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Está entre as doenças crônicas não transmissíveis que mais abrange os idosos, sendo a idade um fator importante. O câncer de próstata é considerado um câncer da terceira idade, visto que 75% dos casos no

1 Graduanda em Medicina, Presidente da Liga Acadêmica de Pediatria, Membro da Liga Acadêmica de Cardiologia, Universidade Iguazu (UNIG), *campus V*, Curso de Medicina, Itaperuna-RJ, Brasil.

2 Graduanda em Medicina – Universidade Iguazu (UNIG), *campus V*, Curso de Medicina, Itaperuna-RJ, Brasil.

3 Mestre em Física, doutorando em Cognição e Linguagem Mestre, Professor-Pesquisador e Extensionista da Universidade Iguazu (UNIG), *campus V*, Curso de Medicina, Itaperuna-RJ, Brasil.

4 Doutora em Educação (UFRJ), Mestre em Educação (Universidade Católica de Petrópolis-UCP), Neuropsicopedagoga, Professora-Pesquisadora e Extensionista da Universidade Iguazu (UNIG), *campus V*, Curso de Medicina, Itaperuna-RJ, Brasil.

mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA, 2022). Apesar disso, a prevenção e diagnóstico não conseguem ser eficazes devido à pouca procura dos homens.

Trata-se de uma patologia frequente e grave, que requer cuidado e atenção, principalmente no tocante ao contingente populacional idoso, uma vez que o câncer de próstata é a neoplasia mais relatada entre homens idosos (BRAY *et al.*, 2018 apud BRITO, 2021), o que demanda manejo adequado dos pacientes.

Nessa complexa conjuntura, almejando-se contribuir para estudos em prol da saúde do idoso, o presente capítulo tem por objetivo apresentar uma análise descritiva sobre o câncer de próstata na práxis de atendimento ao homem idoso.

Quanto à metodologia, buscou-se alicerce na pesquisa descritiva de revisão bibliográfica no que diz respeito ao câncer de próstata e o manejo na população idosa. Sobre-excede que a revisão consiste em uma análise de pesquisas científicas relevantes, sendo possível condensar o conhecimento sobre o assunto. A busca dos artigos foi realizada em bases de dados como *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Pubmed, Google acadêmico, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e Ministério da Saúde, sendo possível o acesso a estudos recentes sobre a temática.

O presente capítulo mostra-se relevante na perspectiva de demonstrar a importância do exame clínico criterioso, identificar os empecilhos para a realização de exame entre os homens, como também para realização de tratamento adequado, acompanhamento da evolução do paciente e, também, a possibilidade de definir um bom ou mal prognóstico.

Sobre o Câncer de Próstata: algumas noções basilares

A próstata é uma glândula que pertence ao grupo de glândulas sexuais do aparelho reprodutor masculino, situada entre a bexiga e o reto. Como explicitam Pereira *et al.* (2021 apud BRAVO *et al.*, 2022, p. 571), sua função constitui-se em “secretar o líquido prostático que é formado por inúmeras enzimas proteolíticas, como o antígeno prostático específico (PSA) e, também, por outras substâncias essenciais para a produção de energia e sobrevivência dos espermatozoides”.

De acordo com o INCA, o câncer de próstata constitui-se como um fator relevante que leva o paciente a óbito quando diagnosticado tardiamente

(BRAVO *et al.*, 2022). Conforme elucidam esses autores, é fundamental a realização de exames de rastreamento, pois o tumor tanto pode ter crescimento lento quanto acelerado. Muitos pacientes não apresentam sintomatologia e quando apresentam não se consegue diferenciar de crescimento benigno da próstata, sendo eles: dificuldade na micção ou aumento da frequência miccional (INCA, 2022). De um modo geral, os sintomas são ausentes até que o crescimento do tumor venha a causar hematúria e/ou obstrução com dor. O prognóstico, referindo-se à maioria dos pacientes com câncer de próstata, é muito bom, sobretudo quando se encontra localizado ou regional. Alguns homens terão a doença de uma forma agressiva, enquanto outros podem apresentar evolução lenta e de comportamento menos agressivo, que pode evoluir entre 15 a 20 anos (SILVA; MATTOS; AYDOS, 2014).

O câncer de próstata revela-se com alta incidência no Brasil, cuja estimativa é de que 65.840 casos foram diagnosticados anualmente entre 2020 e 2022, o que corresponde a 62,95 casos novos/100 mil homens (PELOSO-CARVALHO *et al.*, 2021 apud BRAVO *et al.*, 2022). Esse risco elevado pode ser atribuído à escassa procura dos homens pelos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Família (SUS), principalmente pelos serviços das Unidades Básicas de Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Nesse contexto, depreende-se o preconceito masculino quanto ao imaginário de que as ESF sejam espaços mais visitados por mulheres e crianças e onde se verificam mais profissionais do gênero feminino. Concepção essa que leva os sujeitos-atores a presumirem que não haja atendimento especializado para a saúde masculina (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014). Sob tal pressuposto, quando os homens buscam os serviços de saúde, já se encontram em condição debilitada, havendo necessidade de atendimento especializado, o que ocasiona prejuízos não apenas à saúde física, mas também à emocional e à financeira, como ressaltam Veras *et al.* (2017).

Ainda nesse sentido, cabe ressaltar, como sublinham Mestrinho *et al.* (2011, p. 407), o preconceito cultural que explica o motivo pelo qual a maioria dos homens resistem ao exame digital retal (EDR) “sendo considerado uma ferida em sua masculinidade”. Todavia, conforme apontam os mesmos estudiosos, grande parte dos pacientes que já se submeteram ao exame, em geral, concordam em repeti-lo.

No que concerne à etiologia, Brito (2021, p. 20) aponta que “ainda é base de muitas incertezas e lacunas, especialmente quando comparadas com os ou-

tros tipos de cânceres”. Entretanto, dentre alguns dos principais fatores de risco conhecidos para a neoplasia prostática, ressaltam-se o histórico familiar, predisposição genética, idade avançada e afrodescendência. Igualmente, outros fatores de risco incluem: inflamação crônica, exposição à radiação ultravioleta, tabagismo, etilismo, realização de vasectomia, alimentos como carne vermelha, cálcio e leite.

Esse tipo de câncer representa um grupo heterogêneo de doenças cuja fisiologia engloba alterações genéticas que provocam multiplicação desmedida das células de maneira agressiva e invasiva – em maior ou menor grau – conforme fatores como o tipo histológico, aspecto de receptores específicos e estadiamento da doença. Ademais, tal proliferação desordenada de células do tecido pode originar metástases capazes de invadir órgãos vizinhos, bem como de se expandirem pelo corpo através dos sistemas linfático e sanguíneo (PEREIRA *et al.*, 2021 apud BRAVO *et al.*, 2022).

Ação primordial nesse cenário é o fato de que, como alertam Santos e seus colaboradores (2017), o câncer de próstata não manifesta sintomas, o que concorre para a demora de o paciente procurar atendimento. Por outro lado, quando os sintomas são desvelados com queixas relacionadas à função da bexiga urinária, como poliúria e disúria, por exemplo, possibilitam o atendimento precoce.

Com exceção ao câncer de pele não melanoma, o câncer de próstata, como já elucidado, é o mais comum entre os homens, evidenciando-se que a idade é “o único fator de risco bem estabelecido mostrando aproximadamente 62% dos casos diagnosticados no mundo em homens acima de 65 anos” (MODESTO *et al.*, 2018 apud BRAVO *et al.*, 2022, p. 571). O INCA (2022) corrobora tal assertiva ao afirmar que é considerado um câncer da terceira idade, uma vez que cerca de 75% dos casos em nível mundial sucedem a partir dos 65 anos. De fato, o aumento das taxas de incidência no Brasil possivelmente se confirma no avanço dos métodos de exames diagnósticos, bem como no progresso da qualidade dos sistemas de informação no país e no aumento da expectativa de vida. Daí ressaltam-se o interesse da abordagem do presente capítulo em focar no homem idoso, considerando-se que a contemporaneidade vive o fenômeno da longevidade.

Detecção precoce e diagnóstico

O câncer de próstata pode ser detectado de maneira precoce em pacientes assintomáticos por meio de exames de triagem e diagnóstico. Por conseguinte, é possível encontrar um tumor numa fase inicial, viabilizando melhor chance de tratamento bem-sucedido. A detecção precoce pode ser feita através de exames clínicos, laboratoriais, endoscópicos ou radiológicos, destacando-se o toque retal e a dosagem sérica do Antígeno Prostático Específico (PSA). Esse rastreamento é indicado a partir dos 45 anos para os homens que possuem fatores de risco e 50 anos para aqueles que não possuem (BRAVO *et al.*, 2022).

O PSA, embora explicitado como específico para próstata, não é específico para tumores, podendo aumentar também em outras situações. A prostatite, a hiperplasia prostática benigna e o câncer de próstata são fatores que podem elevar os níveis séricos de PSA (FURINI *et al.*, 2017). Contudo, é preciso que haja uma avaliação individualizada nos pacientes com base no resultado, levando em consideração a idade e os fatores de alerta de cada paciente. Além de fundamental no diagnóstico, o nível sérico também é usado na estratificação de risco, tendo importante papel no acompanhamento das diferentes terapêuticas.

O toque retal deve ser realizado por um urologista e é importante que o paciente esteja preparado para o exame, que auxilia tanto na abordagem inicial como no estadiamento da doença (MOORE *et al.*, 2014; PORTO, 2014). Fato importante a ser destacado é a falta de preparo dos profissionais da saúde para reconhecimento e atendimento das demandas masculinas, uma vez que a região anal é tratada como um tabu para a sociedade, sendo viável a inclusão da temática da saúde do homem nos currículos de formação universitária e que haja melhora da relação médico-paciente, o que contribuiria para a descoberta de neoplasias no período inicial.

Nesse contexto, apesar dos benefícios da detecção precoce, ainda há relutância masculina mediante ao exame. Uma pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) em dez principais capitais brasileiras, com 1061 homens de 40 a 70 anos de idade, mostrou que 76% deles afirmaram não ter conhecimento sobre o Exame Digital Retal (EDR) para detecção do câncer de próstata, sendo que apenas 32% dos homens declararam já ter feito o exame (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

De fato, cabe ressaltar que entre os benefícios, a detecção precoce pode identificar a doença logo no início, aumentando a chance de sucesso no tratamento e impedindo que o câncer chegue a uma fase avançada (BRASIL, 2002).

Como ainda recomenda o referido órgão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), para o diagnóstico definitivo de câncer de próstata é necessária a biópsia, que é indicada caso haja alguma alteração no toque retal ou exame de PSA. A técnica é realizada com exame microscópico, em que são retirados fragmentos. Nessa mesma avaliação, podem ser detectados marcadores específicos na imuno-histoquímica, o que auxilia na identificação — se é um tumor primário do órgão ou uma metástase — como também auxilia na terapêutica que será proposta.

O rastreamento universal de toda população masculina (sem considerar idade, raça e história familiar) revela controvérsias, uma vez que é capaz de diagnosticar, entre outras doenças, o câncer de próstata de baixa agressividade, que não necessita de tratamento e pode causar infecção local em pacientes que são submetidos a biópsias e que possuem potencial de complicações; assim como, possivelmente, tratamentos radicais podem ocasionar impacto na qualidade de vida (SBU, 2018).

Dessa forma, a instituição supracitada recomenda a individualização da abordagem. Para tanto, mister se faz a identificação de pacientes com risco de desenvolver a doença de forma mais agressiva, através de padrões clínicos ou laboratoriais, o que contribui para especificar a indicação e frequência do rastreamento. Nessa circunstância, fatores como idade, etnia e história familiar manifestam-se como os mais importantes (HALL *et al.*, 2015 *apud* SBU, 2018). Uma análise recente de dois estudos avaliando tardiamente os resultados quanto à mortalidade câncer-específica mostra vantagem a favor desses programas, com diminuição da taxa de mortalidade.

Igualmente, com base no que consta no trabalho de Medeiros, Menezes e Napoleão (2011), pressupõe-se a importância de não se perder a oportunidade de abordar os homens, aproveitando as situações cotidianas no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) na busca da promoção em saúde e detecção precoce de agravos, orientando-os sobre os fatores de risco e as medidas de prevenção relativas ao câncer de próstata, além de identificar a presença ou não desses fatores e investigar sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas.

Tratamento

O tratamento é feito de maneira individual, caso a caso, e depende de critérios como: estratificação de risco, estadiamento, preferências do paciente, expectativa de vida e potencial para tratamento de resgate. Pode ser realizado por uma ou mais técnicas, sendo combinadas ou não. A principal delas é a cirurgia, podendo ou não estar associada à radioterapia e ao tratamento hormonal. No caso de homens idosos com outros problemas de saúde, ou na ausência de sintomas, é geralmente indicada a vigilância ativa (ACS, 2022).

É fundamental que haja entendimento da origem multifocal da neoplasia, ou seja, a capacidade de desenvolver diferentes áreas de tumores com características distintas ao mesmo tempo (ARAUJO NETO, 2022). Por conseguinte, os patologistas usam a classificação de Gleason, que são graduadas de 1 a 5 as duas áreas mais frequentes do tumor e a soma dos resultados. Quanto mais baixo o escore, melhor o prognóstico. Posto isso, escores entre 2 e 4 significam que o câncer provavelmente terá um crescimento lento. Escores entre 5 e 7 podem significar um câncer de crescimento lento ou rápido, dependendo de outros fatores, como o tempo que o paciente tem o câncer. Escores entre 8 e 10, final da escala, significam um crescimento muito rápido (BRASIL, 2002).

A observação vigilante, ou vigilância ativa, é feita por meio de acompanhamento médico, com exames e consultas para evitar ou adiar a cirurgia ou radioterapia. É baseada em alguns critérios: baixo risco (PSA < 10, Gleason 6); biópsia (fragmentos até 3 e < 10% acometidos); e comorbidades ou expectativa de vida (< 10 anos). Essa vigilância é composta de um seguimento regular de PSA, toque retal e biópsia prostática, tendo como vantagem evitar efeitos adversos de tratamentos radicais e melhorar a qualidade de vida. O paciente pode optar por tratamento em qualquer momento ou se houver progressão de risco (ARAUJO NETO, 2022).

De acordo com o autor supracitado, o câncer de próstata localizado tem como principal opção de tratamento a prostatectomia radical e radioterapia, podendo também ser a observação vigilante em alguns casos especiais. A prostatectomia apresenta maior chance de cura, principalmente em casos de próstata volumosa, em pacientes mais jovens e na presença de L.U.T.S. (do inglês *Lower Urinary Tract Symptoms*, que corresponde aos sintomas do trato urinário inferior). A radioterapia apresenta taxa de cura

menor, sendo assim, é mais indicada em casos em que não haja a presença de L.U.T.S. e em próstatas menores.

Considerando-se pacientes diagnosticados com tumores de baixo risco, a conduta contemporânea consiste na observação vigilante e avaliações periódicas através de toque retal e dosagens do PSA, como já referido anteriormente, elegendo-se a ressonância magnética da pelve e/ou biópsia prostática para ser realizada em intervalos variados. O tratamento definitivo deve ser recomendado em caso de identificação de progressão da doença em pacientes com expectativa de vida maior que dez anos, de modo a evitar que aqueles com tumores “indolentes” sofram as consequências do tratamento (SBU, 2018). Em contrapartida, de acordo com a SBU, pacientes identificados com tumores de alto risco de progressão ou moderado em fases iniciais podem ser devidamente tratados e curados.

Em caso de doença metastática ou de falha no controle local, o melhor tratamento é o bloqueio hormonal, ou hormonioterapia, que tem como objetivo diminuir os níveis de hormônios masculinos no corpo. Esse tratamento pode ser feito com orquiectomia bilateral, análogos de GnRH ou antiandrogênico direto. Se ocorrer falha no tratamento hormonal, pode-se contar com quimioterapia, uso de antiandrogênicos de regate ou terapias baseadas em PSMA ⁶⁸GA (SOUSA *et al.*, 2021).

O PET/CT com PSMA, conforme elucidam os pesquisadores supracitados, ainda é uma nova modalidade nos pacientes em Oncologia, principalmente nos pacientes com câncer de próstata (SOUSA *et al.*, 2021). O PSMA, unido ao recurso de Medicina Nuclear (PET) e da radiologia (CT), é um recurso específico para a detecção do carcinoma de próstata, no estadiamento do câncer e seguimento do tratamento para os pacientes que já têm o diagnóstico. O PSMA é uma proteína transmembrana primariamente presente em todos os tecidos prostáticos. Sua maior expressão é vista em uma variedade de malignidades, no entanto mais notavelmente no câncer de próstata (SOUSA *et al.*, 2021).

Referindo-se à confirmação diagnóstica, o tratamento deve ser iniciado o quanto antes, de modo a impedir que o tumor progrida. Sendo assim, é de extrema relevância que o paciente busque a ajuda de um médico e realize o exame digital transretal (EDT), faça a dosagem do PSA, realize uma biópsia por meio de ultrassonografia transretal (USTR) e/ou uma ressonância nuclear

magnética multiparamétrica (RNMM), para que seja confirmado ou descartado o diagnóstico de câncer de próstata (SANTOS *et al.*, 2017).

O câncer da próstata, como já mencionado anteriormente, segue como uma neoplasia que, se detectada tardiamente já com disseminação metastática estabelecida, progride para estágios avançados com refratariedade a todas as formas de bloqueio androgênico. Contudo, o resultado final nesses casos, em determinado tempo, é a morte. Felizmente, observa-se nos últimos anos um avanço na Medicina Paliativa (BRASIL, 2002).

Cuidados paliativos são os cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida. Têm como objetivo promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (INCA, 2021).

Considerações finais

No remate deste capítulo, tendo em vista a problemática que norteou o enfoque do tema, sob o respaldo da literatura revisitada, confirma-se a importância dos cuidados quanto à prevenção, sobretudo considerando-se o paciente idoso que, muitas vezes, não tem uma rede de apoio e, em alguns casos, lhe falta conhecimento sobre seus direitos sociais, desde a universalização da saúde até a garantia de transporte.

Ademais, o tratamento do câncer de próstata pode ser desgastante para qualquer pessoa, pois exige necessidade de acompanhamento médico, no qual deve haver boa relação médico-paciente e uma equipe interdisciplinar capacitada, conforme a conduta terapêutica. Em relação aos idosos, acompanhar a terapêutica prescrita pode ser tornar mais complexa, pois o avançar da idade traz consigo certas limitações físicas que podem se tornar mais acentuadas pelo adoecimento.

Outro aspecto que merece ser apontado é a dificuldade de adesão aos exames de prevenção, especialmente ao de toque retal, o qual, em relação aos sujeitos idosos, há aqueles que nunca realizaram exames preventivos e/ou de rastreamento.

Por conseguinte, diante do panorama retratado, há de se ressaltar a importância do papel da Atenção Primária à Saúde como espaço que promove educação em saúde para o contingente populacional idoso, através de orientação sobre os fatores de risco e as medidas de prevenção do câncer de próstata, bem como detecção precoce. Nesse sentido, considera-se também a urgência de mudanças tanto na educação formal da população em geral, quanto na melhoria da formação dos profissionais da área da saúde, para que estejam devidamente aptos a cuidar dessa população com competência e dignidade.

Referências

- ACS – American Cancer Society. **Initial treatment of prostate cancer, by stage and risk group**. American Cancer Society, 2022. *Online*. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/treating/by-stage.html>. Acesso em: 28 mai. 2022.
- ARAUJO NETO, Vergilius José Furtado de (Org.). **Apostila Base da Medicina 2022**: Cirurgia II - Trauma e Urologia. Salvador: Sanar, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de controle do câncer de próstata**: programa de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf. Acesso em: 04 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Primária**: Rastreamento. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária, n. 29 Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 03 jun. 2022.
- BRAVO, Barbara Silva *et al*. Câncer de próstata: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 567-577, jan./fev. 2022. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/42555>. Acesso em: 31 mai. 2022.
- BRITO, Eduardo Benedito Nascimento de. **Fatores de risco para o câncer de próstata numa população do nordeste brasileiro**. 64 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2021. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/3898>. Acesso em: 01 jun. 2022.
- FURINI, Adriana Antônia da Cruz *et al*. Nível sérico de antígeno prostático específico em usuários de um laboratório clínico de Novo Horizonte, São Paulo. **RBAC**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 52-56, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1151757>. Acesso em: 01 jun. 2022.

- INCA – INSTITUTO BRASILEIRO DE CÂNCER. **Câncer de próstata**. Instituto Brasileiro de Câncer. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/assuntos/cancer-de-prostata>. Acesso em: 31 mai. 2022.
- INCA – INSTITUTO BRASILEIRO DE CÂNCER. **Tratamento do Câncer: Cuidados Paliativos**. Instituto Brasileiro de Câncer. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controle/cuidados-paliativos>. Acesso em: 03 jun. 2022.
- MEDEIROS, Adriane Pinto de; MENEZES, Maria de Fátima Batalha de; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** [s. l.], v. 64, n. 2, p. 385-388, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200027>. Acesso em: 2 jun. 2022.
- MESTRINHO, Bruno Vilalva et al. Esclarecer o idoso sobre o exame digital retal diminui o desconforto na sua primeira realização? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias**, [s. l.], v. 38, n. 6, p.407-411, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/Z8W7TKXK75KLfrDXVzrd35c/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2022.
- MOORE, Keith L. *et al.* **Anatomia Orientada para a Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: 2014.
- MOREIRA, Renata Livia Fonseca; FONTES, Wilma Dias de; BARBOZA, Talita Maia. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em 02 jun. 2022.
- OLIVEIRA, Pâmela Scarlatt Durães *et al.* Câncer de próstata: conhecimentos e interferências na promoção e prevenção da doença. **Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**, [s. l.], v. 18, n. 54, p. 262-273, abr. 2019. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n54/pt_1695-6141-eg-18-54-250.pdf. Acesso em: 02 jun. 2022.
- PINHEIRO, Endy Silva *et al.* Diagnósticos de hiperplasia benigna e câncer de próstata em um Município do Sudoeste Goiano: análise de 20 anos. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 3963-3974, jan. 2021. Disponível em: <https://brasilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/22975>. Acesso em: 03 jun. 2022.
- PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- SANTOS, F. de S. *et al.* Câncer de próstata: uma breve revisão atualizada. **Revista Acta Médica**, Porto Alegre, v. 38, n. 7, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883329>. Acesso em: 01 jun. 2022.
- SANCHOTENE, Elton. Câncer de próstata em idosos: como prevenir. **Urologista Sanchotene**, 04 mai. 2021. *Online*. Disponível em: <https://urologistasanchotene.com.br/cancer-de-prostata-em-idosos-como-prevenir-e-tratar/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SILVA, J. F. S.; MATTOS, I. E.; AYDOS, R. D.; Tendência de mortalidade por câncer de próstata nos estados da Região Centro-Oeste do Brasil, 1980-2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], p. 395-406, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/xLvF5hXBCPCnBbYmQzJZmYr/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Na%20Regi%C3%A3o%20Centro%2DOeste%2C%20a,sendo%20superior%20%C3%A0%20m%C3%A9dia%20brasileira>. Acesso em: 22 ago. 2022.

SBU – Sociedade Brasileira de Urologia. **Nota Oficial 2018 – Rastreamento do Câncer de Próstata**. Portal da Urologia, set. 2018. Disponível em: <https://portaldaurologia.org.br/publico/noticias/nota-oficial-2018-rastreamento-do-cancer-de-prostata/#:~:text=O%20rastreamento%20dever%C3%A1%20ser%20realizado,vida%20acima%20de%2010%20anos>. Acesso em: 01 jun. 2022.

SOUSA, Gesislania de *et al.* O uso do PET/CT com PSMA ⁶⁸GA no reestadiamento do câncer prostático em pacientes com recidiva bioquímica após prostatectomia radical. **Arquivos Médicos Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo**, São Paulo, v. 66, p. 1-6, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/702#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20Com%20base%20na%20an%C3%A1lise,contribuindo%20nas%20decis%C3%B5es%20terap%C3%AAuticas%20futuras>. Acesso em: 01 jun. 2022.

VERAS, S. P. *et al.* Saúde preventiva com ênfase no câncer de próstata no Brasil: revisão integrativa. **Revista Uningá**, [s. l.], v. 54, n. 1, p. 59-71, 2017. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/7>. Acesso em: 31 mai. 2022.

7. O desafio da medicalização de pessoas idosas: prevenindo iatrogenias

Bianca Silva Carraro de Freitas¹

Eliezer Bastos de Oliveira Junior²

Janete Soares Martins³

“Acreditamos saber que existe uma saída, mas não sabemos onde está. Não havendo ninguém do lado de fora que nos possa indicá-la, devemos procurá-la por nós mesmos. O que o labirinto ensina não é onde está a saída, mas quais são os caminhos que não levam a lugar algum.”

(Norberto Bobbio, 2011)

Considerações iniciais

A medicalização é alvo de debate desde a década de 1950 sobre a ótica da sociologia, com uma polissemia conceitual, desde as linhas seguidas por Foucault, Illich, Conard, dentre outros (KACZMAREK, 2019; FERREIRA *et al.*, 2022). Na medicina não tem como fugir dessa temática, sobretudo no que diz respeito ao ato de prescrição de medicamentos, uma vez que abarca todas as especialidades médicas no atendimento de quaisquer faixas etárias, independente de contexto social. Entretanto, os indicadores demográficos demonstram uma mudança na pirâmide etária com crescimento exponencial da população idosa em todo o globo terrestre, e no Brasil não poderia ser diferente, visto que “a população idosa cresceu 55% nos últimos dez anos” (ARANTES, 2021, p. 21).

1 Discente de Medicina, Universidade Iguazu – UNIG, Itaperuna-RJ. biancacarraro.freitas@gmail.com.

2 Discente de Medicina, Universidade Iguazu – UNIG, Itaperuna-RJ. ebojmed@gmail.com.

3 Docente de Medicina, Universidade Iguazu – UNIG, Itaperuna-RJ. janetemartins@icloud.com.

Essa inversão na pirâmide altera a busca por serviços, uma vez que aumenta a demanda por cuidados de saúde na população idosa, com peculiaridades do envelhecimento que se dá de forma dinâmica e permanente, sendo necessário o discernimento entre senescência e senilidade e, para tal, exige um profissional qualificado capaz de tomar decisões, adotar condutas e efetuar prescrições de forma resolutive, com vistas a minimizar os riscos, prevenir a iatrogenia e manter a autonomia e o bem-estar da população geriátrica por ele assistida.

Na área de saúde, por exemplo, a alteração nos padrões epidemiológicos está representada pelo aumento na longevidade da população e do envelhecimento populacional. Essas mudanças são demonstradas pela maior participação na mortalidade das doenças crônico-degenerativas, que são responsáveis pelo maior consumo de medicamentos, consultas ambulatoriais, maior frequência de internações hospitalares, institucionalizações etc. (PENTEADO *et al.*, 2002).

O processo normal do envelhecimento possui particularidades capazes de modificar as etapas da farmacocinética e farmacodinâmica de um medicamento, predispondo o idoso às reações adversas a medicamentos (RAM), cascata iatrogênica, utilização de medicamentos potencialmente inapropriados, polifarmácia, processo do adoecimento, quedas, fraturas, delirium, hospitalização, institucionalização e até a morte (DE OLIVEIRA; CORRADI, 2018). Outro ponto crucial relatado na literatura e ratificado por Bonfim (2015) é a abordagem da subnotificação de reações adversas a medicamentos.

No Brasil, nada se sabe sobre esse grave problema de saúde pública, não apenas porque as notificações de reações adversas graves são extremamente inadequadas, mas também porque as notificações de óbitos atribuíveis a medicamentos são raros (BONFIM, 2015, p. 102).

Nas últimas décadas, houve um amadurecimento na Geriatria ao ponto de reconhecer que a longevidade está associada ao aumento da heterogeneidade fisiológica, funcional e comportamental do indivíduo (FRIED; ROWE, 2020). Contudo, de forma genérica, a maioria dos indivíduos com mais de 65 anos possuem alguma comorbidade, razão pela qual estão submetidos a tratamento farmacológico e, portanto, estão vulneráveis a prescrições com potencial de efeitos adversos colocando o paciente em risco (SPERLING; FAIRBANKS, 2021).

Este capítulo tem como objetivo levar a uma reflexão sobre as alterações fisiológicas no idoso que, associadas a supermedicalização, potencializam as reações adversas a medicamentos (RAM). Um medicamento potencialmente inapropriado (MPI) prescrito para a população idosa faz com que eles sejam expostos a RAM, possivelmente ameaçadoras à vida e ainda, por consequência, aumentaria o risco de hospitalização e mortalidade, tornando-se um relevante problema de saúde pública para esta população (DE OLIVEIRA; CORRADI, 2018). Na tentativa de minimizar os riscos, desenvolveram consensos para adequação das prescrições com base em critérios preestabelecidos, tendo como ferramentas o Critério de Beers, Screenig Tool o folder Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions (STOPP), Screening tool to alert to right treatment (START) e o Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados.

A metodologia, segundo Minayo (1998), é o percurso percorrido pelo pesquisador para atingir uma finalidade. Assim, foi adotado os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, de caráter exploratório descritivo através de revisão bibliográfica, a fim de alcançar os objetivos propostos pelo presente estudo, identificando produções científicas em periódicos nacionais e internacionais, acessando livros e os bancos de dados Scielo, Google acadêmico, Pub Med e Biblioteca Virtual em Saúde, por meio de descritores em saúde (DesCS, medicalização, iatrogenia, envelhecimento e desprescrição). Os critérios de inclusão foram periódicos de publicação de estudos, que contemplavam os descritores supracitados tanto em língua portuguesa como estrangeira, publicados entre os anos de 1999 e 2022, sendo excluídos as publicações que não contemplavam esses critérios. A pesquisa foi realizada no período de novembro de 2021 a maio de 2022.

O envelhecimento e sua fisiologia

A revolução na longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. Porém, como sociedade, estaríamos preparados para isso? A resposta é uma incógnita, pois, para tal, é preciso discernir senescência e senilidade. Na visão de Kane, há uma escassez de estudos específicos de comparação entre a população idosa, pois “Atualmente, não há definição precisa sobre o que constitui o envelhecimento normal” (KANE, 2015, p.5). Segundo Fried e Rowe (2020), o aumento da expectativa de vida gerou oportunidades e desafios na compreensão

do processo fundamental do envelhecimento, que se dá de forma irreversível, cumulativa, fisiológica, funcional e comportamental, vai além de perdas e dependência e é uma fase da vida, que se caracteriza por alterações previsíveis e progressivas que aumentam a suscetibilidade a várias doenças.

Diferenciar senescência de senilidade é muito importante para que o raciocínio clínico seja direcionado a esse indivíduo. Por isso, as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento irão interferir nos mecanismos homeostáticos do idoso e em sua resposta orgânica, diminuindo a capacidade de reserva, defesa e adaptação, tornando-o mais vulnerável a quaisquer estímulos, seja ele: traumático, infeccioso ou psicológico (DA SILVA *et al.*, 2015).

Com base na descrição de Kane (2015), sintetizamos algumas alterações fisiológicas presentes no processo do envelhecimento. No sistema cardiovascular, acontece atrofia de fibras musculares e endocárdicas, desenvolvimento de aterosclerose vascular, elevação da pressão sistólica, redução da complacência e do ventrículo esquerdo, redução do número de células do marca passo cardíaco, redução na sensibilidade dos barorreceptores. Essas alterações irão favorecer a hipertensão arterial, arritmias cardíacas, presença de quarta bucha, redução na tolerância aos esforços.

No sistema nervoso, há redução no número de neurônios, com elevação no número de células gliais, atrofia cerebral, elevando o risco para acidente vascular cerebral, declínio cognitivo e Parkinson. Já no sistema respiratório, ocorre redução na elasticidade pulmonar, associada à atrofia ciliar, redução da pressão parcial de oxigênio, comprometendo então a troca gasosa, além de elevar o risco de broncoaspiração, infecções e atelectasia. No sistema gastrointestinal, ocorre atrofia das glândulas salivares, redução no número de papilas gustativas, aumento no tempo de esvaziamento do gástrico, diminuição na secreção de ácido gástrico e atrofia de mucosa. Tais alterações acarretam o declínio de apetite, redução de macro e micronutrientes, desconforto pós-prandial e alterações na absorção de medicamentos.

Por último, no sistema urinário, ocorre perda glomerular com redução na funcionalidade dos néfrons, culminando na redução da taxa de filtração glomerular, conseqüentemente diminuindo a depuração de creatinina. Também ocorre a diminuição na capacidade de diluir a urina, com elevação de ureia e alteração na depuração de fármacos (DE OLIVEIRA; CORRADI, 2018; KANE, 2015).

O processo fisiológico do envelhecimento proporciona alterações estruturais e funcionais nos diversos sistemas orgânicos, impactando diretamente a farmacocinética (absorção, distribuição, metabolização e excreção) e farmacodinâmica (KANE, 2015). Embora todas as alterações fisiológicas influenciem no comportamento farmacológico do idoso, a redução das funções hepática e renal são as que mais afetam a cinética das drogas administradas, exigindo maior atenção e vigilância sobre a função renal, pois a redução na taxa de filtração glomerular de 30% a 40% se dá de forma gradual ao longo do tempo. Alguns idosos podem apresentar valores normais de creatinina sérica associada à sarcopenia, mascarando a perda da função renal e podendo acarretar na redução da excreção, necessitando de ajustes terapêuticos nas doses administradas (DE OLIVEIRA; CORRADI, 2018).

Segundo Gorzoni e Passarelli (2017), a terapêutica medicamentosa em idosos é altamente influenciada pelas alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas próprias do envelhecimento que alteram a sensibilidade e o efeito de vários fármacos, podendo provocar iatrogenias caso haja prescrição inadequada. Lucchetti, G., Novaes e Lucchetti, A. (2017) comentam que a maioria dos idosos, por volta de 80%, utiliza pelo menos um medicamento, e que 30 a 40% fazem uso de polifarmácia. Esse padrão de consumo, associado às doenças e alterações próprias do envelhecimento, podem desencadear efeitos colaterais e interações medicamentosas com graves consequências.

De acordo com Lucchetti, G., Novaes e Lucchetti, A. (2017), a tomada de medicamentos envolve uma sequência de etapas, como: prescrição, comunicação, dispensação, administração e acompanhamento clínico, o que torna um ato complexo e vulnerável às iatrogenias, principalmente nessa faixa etária, e isso pode ser prevenido na etapa inicial da prescrição. A singularidade do processo de senescência e senilidade eleva a prevalência de eventos iatrogênicos na população idosa, fazendo com que fiquem mais suscetíveis a erros de profissionais de saúde.

As alterações fisiológicas no processo de envelhecimento podem mimetizar algumas patologias, induzindo a diagnósticos equivocados e prescrições desnecessárias, nas quais os efeitos colaterais desencadeiam uma prescrição em cascata, levando a uma polifarmácia e aumentando a vulnerabilidade do paciente, que fica mais exposto a prescrições de medicamentos potencialmente inadequadas para idosos. O aumento exponencial da população idosa

despertou o interesse na busca por conhecimentos de como a medicalização influencia a vida dessa população.

Medicalização

O termo medicalização é alvo de debate desde a década de 1950 sobre a visão da sociologia. Entretanto, alguns autores abordaram essa temática no sentido de *farmacologização*, como ato médico de prescrever medicamentos (KACZMAREK, 2019). Nesse contexto, podemos destacar que a medicalização deveria ser algo benéfico. O problema é que muitas vezes nos deparamos com uma “supermedicalização” ou medicalização excessiva, desencadeando um grande problema de saúde (KACZMAREK, 2019). Sobre essa ótica, cabe ressaltar que qualquer intervenção farmacoterapêutica não é isenta de riscos, podendo acarretar danos em qualquer faixa etária, sobretudo na população idosa, devido às alterações fisiológicas do envelhecimento.

Athira *et al.* (2018), demonstraram que uma droga é uma faca de dois gumes, levando a refletir que mesmo profissionais que buscam atualização através das diretrizes encontram algumas dificuldades, pois a maioria delas não trazem recomendações para a população idosa, requerendo então maior atenção dos profissionais prescritores, principalmente no que diz respeito a medicamentos potencialmente inapropriados para a população idosa.

No cotidiano da população geriátrica, condutas podem ferir o princípio da não maleficência, como por exemplo, ser assistido por várias subespecialidades sem estabelecer um vínculo entre prescritor e paciente, em que não há uma avaliação holística, tendo como objetivo solucionar somente a queixa principal, considerando apenas o alvo terapêutico de determinada droga, desconsiderando as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas da pessoa idosa, os efeitos adversos e as possíveis interações medicamentosas. Conforme Sperling e Fairbanks (2021), estamos diante de uma iatrogenia quando os efeitos adversos da medicalização passam a induzir um novo diagnóstico, desencadeando prescrições em cascata agravadas pela polifarmácia, geralmente presente nessa população, culminando em desfechos negativos.

Nesse contexto, a polifarmácia geriátrica é um cenário de saúde pública a qual pode elevar o risco de hospitalizações, iatrogenia e inclusive óbito. “Com a

medicalização, o papel dos médicos tornou-se tão expandido e tecnologicado que falhamos em nossa tarefa mais importante: proporcionar alívio do sofrimento” (GOODWIN, 1999 p.1284). Portanto, é fundamental o papel do médico no que tange à compreensão das variações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas à fisiologia do envelhecimento, e a prescrição de receitas que respeitem a relação benefício-risco (CARVALHO *et al.*, 2012).

Polifarmácia e cascata iatrogênica

A polifarmácia é definida pela maioria dos autores como o uso regular de cinco ou mais medicamentos (SPERLING; FAIRBANK, 2021; LEE *et al.*, 2019; HALLI-TIERNEY; SCARBROUGH; CARROLL, 2019), ou como “o uso de pelo menos um medicamento potencialmente inapropriado” (WONGPAKARAN *et al.*, 2018). Pessoas idosas multimórbidas estão em contínuo crescimento na população mundial, e a questão da polifarmácia é preocupante em idosos que tendem a ter mais doenças crônicas, para as quais são prescritos inúmeros medicamentos (ALSUWAIDAN *et al.*, 2019). Cerca de 40% da população idosa se enquadra em uma dessas definições, razão pela qual podem apresentar reações adversas a medicamentos, desencadeando incontinência urinária, má adesão ao tratamento, prejuízos cognitivos e funcionais, delirium, levando a perda da autonomia, elevando o número de visitas ao pronto-socorro e internações (HALLI-TIERNEY; SCARBROUGH; CARROLL, 2019; SPERLING; FAIRBANKS, 2021).

Lee *et al.* (2020) chamam a atenção para a polifarmácia necessária, em que o uso racional de medicamentos pode aperfeiçoar o estado funcional e prevenir a incapacidade do idoso. Todavia, deve-se considerar o que ele define como polifarmácia desnecessária: determinadas substâncias que podem potencializar os efeitos adversos superando os benefícios ou quando os benefícios não são claros. Um exemplo é o uso da gabapentina para tratamento de neuropatia periférica: mesmo reduzindo a dor, 20 a 30% dos idosos irão apresentar tontura, sonolência e distúrbios da marcha, contribuindo para aumento do risco de queda. Pesar os riscos potenciais com os possíveis benefícios deve ser considerado cuidadosamente, e a tomada de decisão compartilhada com o paciente é fundamental antes de finalizar um regime de medicação.

A população idosa que é assistida por vários especialistas corre um risco maior de polifarmácia, havendo uma falha na compreensão do indivíduo como

um todo, causando uma fragmentação e dificuldade para entender o comportamento de determinada patologia, bem como as RAM causadas pela própria prescrição, ou de outros prescritores (MELOSIK, 2017). Isso se agrava quando consideramos os idosos institucionalizados, que geralmente são mais frágeis, com múltiplas patologias e comprometimento cognitivo. Cerca de 90% desses idosos fazem uso de pelo menos cinco medicamentos diariamente (HALL-TIERNEY; SCARBROUGH; CARROLL, 2019).

A cascata iatrogênica é o desenvolvimento de complicações médicas múltiplas associadas com a redução de mecanismos para lidar com estressores externos. A iatrogenia prescritiva é quando um evento adverso é interpretado incorretamente como uma nova condição médica que exige nova prescrição (LUCCHETTI, G.; NOVAES; LUCCHETTI, A., 2017). Iatrogenia é qualquer alteração patogênica provocada pela prática médica e que comumente é representada pela “iatrofarmacogenia”. A reação adversa ao medicamento (RAM) é a principal causa de iatrogenia identificada na prática médica, e o risco de acontecer é de até 88% em idosos que utilizam cinco ou mais medicamentos (DE OLIVEIRA; CORRADI, 2018).

Segundo a OMS, a RAM é definida como qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se manifeste após a administração do medicamento em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade (DE SOUZA *et al.* 2018). A RAM em pessoas idosas é um grave problema de saúde pública, por isso há uma preocupação em relação aos medicamentos considerados inadequados para idosos. Os eventos adversos relacionados a medicamentos podem ser considerados como um dos principais fatores associados à morbidade e mortalidade nos serviços de saúde (LUCCHETTI, G.; NOVAES; LUCCHETTI, A., 2017).

Medicamentos potencialmente inapropriados

O risco do uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) aumenta conforme o avançar da idade, devido ao maior risco de intolerância relacionada aos eventos adversos farmacodinâmicos e farmacocinéticos ou interação fármaco-doença. Sloane e Zimmerman (2018) sugerem que o número de medicamentos é menos importante do que seu potencial de causar efeitos adversos e/ou de interações prejudiciais. Segundo eles, ao invés de con-

tar medicamentos deve-se considerar se cada medicamento, em determinado paciente, deve ser continuado, reduzido, substituído ou descontinuado. Page e Etherton-Beer (2019) apontam que a desprescrição geralmente é focada nos medicamentos inapropriados, pois geralmente o prescritor é o maior risco de polifarmácia. “A polifarmácia é semelhante à Hidra, o monstro de muitas cabeças da mitologia grega. No mito, se uma das cabeças do monstro fosse cortada, mais 2 cresceriam em seu lugar” (SLOANE; ZIMMERMAN, 2018, p. 919).

Para avaliar quando e como prescrever ou desprescrever medicamentos, existem critérios para detecção de medicamentos inapropriados para idosos, como por exemplo: Critério de Beers, Screening tool of older people’s potentially inappropriate prescriptions (STOPP), Screening tool to alert to right treatment (START), Laroche, McLeod, Norwegian general practice (NORGEP), PRISCUS, Rancourt, Winit-Watjana e Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (LUCCHETTI, G.; NOVAES; LUCCHETTI, A., 2017).

Halli-Thierney, Scarbrough e Carroll (2019) se basearam em uma revisão da Cochrane (2018), em que analisaram que os resultados na intervenção do uso de medicamentos inapropriados para os idosos é incerto, mas que algumas ferramentas podem ser úteis. Classificaram as ferramentas de avaliação como explícitas, implícitas ou mistas. Ferramentas explícitas, como o Beers, que classifica medicamentos inapropriados por classe de droga e estado de doença; STOPP e START que têm padrões rígidos e critérios claros para ajudar na tomada de decisões e é rápido e fácil. No entanto, a complexidade do paciente não é considerada no processo de tomada de decisão de ambas as ferramentas. Elas permitem uma comparação da lista de medicamentos de um paciente com um conjunto de medicamentos potencialmente inapropriados e verificam a duplicação de medicamentos, interação medicamentosa e interações de doenças, e ajustes de medicação necessários para certas doenças estabelecidas, como por exemplo insuficiência renal.

A ferramenta implícita útil para o cuidado ao prescrever é a Medication Appropriateness Index (Índice de adequação medicamentosa, encontrada no site <https://globalrph.com/medcalcs/medication-appropriateness-index-calculator/> (ou QR Code ao final do capítulo), que depende do julgamento do médico ao invés de um critério preestabelecido, mas por outro lado considera a complexidade do paciente. Uma desvantagem é o tempo que demora em aplicar o teste para cada medicamento (HALLI-TIERNEY; SCARBROUGH; CARROLL, 2019). Essa ferramenta exige que o usuário responda a 10 pergun-

tas sobre um determinado medicamento para estabelecer sua adequação para um paciente. A pontuação é calculada automaticamente após o envio das respostas. A indicação e a eficácia de um determinado medicamento recebem um maior peso. Todas as respostas ‘sim’ têm pontuação zero, enquanto as respostas ‘não’ têm valores que variam de 1 a 3, dependendo de sua importância na avaliação da adequação de um determinado medicamento. A pontuação máxima é 18, o que resulta em inadequação máxima (LUCCHETTI, G.; NOVAES; LUCCHETTI, A., 2017).

Sloane e Zimmerman (2018) propõem que esses critérios sozinhos muitas vezes têm sucesso limitado, um conjunto de indicadores deve ser apurado para ajudar profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas em seu empenho para aperfeiçoar o uso de medicamentos nessa classe populacional, como, por exemplo, lista com medicamentos específicos com alto potencial de uso inadequado (critérios), envolvimento de farmacêuticos clínicos, aumento da conscientização pública, envolvimento de pacientes e familiares, promoção de mandados profissionais e emprego de estratégias sistêmicas. Há também um outro lado, em que existe uma utopia entre grande parte da população de que deve existir uma pílula para cada sintoma, levando a pensarem que o alívio está em uma prescrição e fazendo com que o médico, muitas vezes, prescreva com mais facilidade ao invés de gastar mais tempo para convencer um paciente de que pode existir uma solução melhor do que a farmacológica.

Geralmente os pacientes consideram a desprescrição quando o médico recomenda, a não ser quando são acompanhados por vários especialistas. O profissional de saúde deve ser treinado para traçar objetivos a serem alcançados na terapia a cada visita do paciente, por exemplo: controle da doença (prevenção primária e secundária, manejo e controle de sintomas) versus manejo agudo dos sintomas. Além disso, clínicas, hospitais e sistemas de saúde deveriam empregar abordagens simplificadas para reconciliação e rastreamento de medicamentos, pois uma lista de medicamentos atualizados pode ajudar a identificar um potencial medicamento para desprescrever e, por consequência, reduzir a dificuldade, a carga dos médicos, dos funcionários e pacientes (HALLI-TIERNEY; SCARBROUGH; CARROLL, 2019).

O Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para idosos foi criado para melhorar a qualidade e a segurança da prescrição de indivíduos suscetíveis às RAM (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Ele é voltado para comercialização e prevalência dos principais medicamentos prescritos na prática

clínica do Brasil, tornando-se uma solução para a falta de critérios adaptados a prática clínica brasileira, já que o critério mais usado até então era o de Beers, o que deixava vieses em resultados de estudos no Brasil, pois apenas 60% dos medicamentos listados eram comercializados no país (DE OLIVEIRA; CORRADI, 2018). Como o uso de MPI pode levar a sérios riscos de saúde e de vida na população idosa, torna-se um relevante problema de saúde pública. Esse consenso tem o objetivo de guiar os profissionais de saúde no cuidado do idoso, e nele foram totalizados 118 critérios, dos quais 43 são independentes de condição clínica/doença e 75 dependentes de condição (OLIVEIRA *et al.*, 2016). A tabela com todos os medicamentos pode ser encontrada no site: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v10n4a02.pdf> ou pelo QR Code no final do capítulo.

Considerações finais

A geriatria é, de fato, uma das áreas mais complexas da medicina, pois o crescimento exponencial da população idosa traz consigo indivíduos com várias comorbidades, em uso de polifarmácia e/ou com prescrições excessivas, pois as drogas em sua maioria foram desenvolvidas para uma população adulta jovem, sem considerar as alterações fisiológicas do envelhecimento; por essa razão, estão mais propensos a apresentarem reações adversas a medicamentos. Com isso, deve-se exigir do prescritor a devida atenção ao diagnóstico, prescrição, interações e reações adversas das drogas a serem prescritas, e sempre observar a redução da função hepática e renal.

É necessário um correto gerenciamento de fatores de risco, isso se aplica não só aos medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, como também as reações adversas a medicamentos, a prescrições excessivas e, sobretudo, as prescrições desnecessárias. Para tal, podemos lançar mão das ferramentas disponíveis: critério de Beers, STOPP, START e o Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para idosos. Além dessas ferramentas, é necessário que o prescritor gaste tempo educando o indivíduo através de uma comunicação clara e objetiva com o paciente para que haja adesão ao tratamento e ocorra o feedback dos efeitos adversos a serem notificados. Dessa forma, favorecendo a desprescrição de forma precoce minimizando os danos e proporcionando uma melhor qualidade de vida ao idoso assistido. De fato, temos que concordar com Goodwin (1999), o paciente geriá-

trico é o espelho que reflete as limitações e, às vezes, os absurdos da medicina moderna. Precisamos lembrar sempre que o julgamento clínico é fundamental na individualização da prescrição médica, de acordo com as circunstâncias do paciente e os objetivos do tratamento.

Imagem 1 - QR Code Índice de adequação medicamentosa



Fonte: (GLOBALRPH, c2021) <https://globalrph.com/medcalcs/medication-appropriateness-index-calculator/>.

Imagem 2 - QR Code Consenso Brasileiro Medicamentos inapropriados



Fonte: (OLIVEIRA *et al*, 2016, p. 171-179).

Referências

- ALSUWAIDAN, Aseel *et al.* A comprehensive overview of polypharmacy in elderly patients in Saudi Arabia. **Geriatrics**, [s. l.], v. 4, n. 36, ed. 2, mai. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/geriatrics4020036>. Acesso em: 30 maio 2022.
- ARANTES, Ana Claudia Quintana. **Pra vida toda valer a pena viver**: Pequeno manual para envelhecer com alegria. 1. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2021. 160 p. ISBN 978-65-5564-243-8.
- ATHIRA, S. R. *et al.* Effect of polypharmacy in geriatrics population – a pharmacovigilance study. **British Journal of Medical and Health Research**, [s. l.], out. 2018. Disponível em: https://web.archive.org/web/20200822122822id_/http://bjmhr.com/bjmhr_admin/uploads/publish_pdf/296_1540713731_501001.pdf. Acesso em: 30 mai. 2022.
- BOBBIO, Norberto. Teoria do direito penal pirotécnico. Nova criminologia. **Jusbrasil**, 2011. *Online*. Disponível em: <https://nova-criminologia.jusbrasil.com.br/noticias/2525225/teoria-do-direito-penal-pirotecnico>. Acesso em 30 de mai. 2022.
- BONFIM, José Ruben de Alcântara. Doenças crônicas, “medicalização” e iatrogenia. In: NOGUEIRA, Roberto Passos *et al.* (Org.). **Observatório internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas**: estudos e análises 2. Universidade de Brasília. Fundação Oswaldo Cruz, 2015. p. 91-112.
- CARVALHO, M. F. C.; *et al.* Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo–Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 817-827, dez. 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/vZ69rqXVQpLB9ZZN9xzfk7g/?lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- DA SILVA, P. A *et al.* Aspectos relevantes da farmacoterapia do idoso e os fármacos inadequados. **Intersciantia**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 31-47, dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/intersciantia/article/view/95>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- DE OLIVEIRA, Henrique S. B.; CORRADI, Maria L. G. Pharmacological aspects of elderly: an integrative literature. **Revista de Medicina**, [s. l.], v. 92, n. 2, p. 165-176, mar./abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p165-176>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- DE SOUZA, D. M. A *et al.* Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. **Revista Pensar Acadêmico**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 166-178, dez. 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/361/>. Acesso em: 30 mai. 2022.

- FERREIRA, T. A. S. A *et al.* Medicalização da vida e análise alínica do comportamento. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis del Comportamiento**, [s. l.], v. 30, ed. 1, 2022. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8403933>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- FRIED, Linda P.; ROWE, John W. Health in Aging — Past, Present, and Future. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 1, n. 383, p. 1293-1296, 1 out. 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2016814>. Acesso em: 30 maio 2022.
- GLOBALRPH. Medication Appropriateness index calculator. **GlobalRPH – The Clinician's Ultimate Reference**, c2021. *Online*. Disponível em: <https://globalrph.com/medcalcs/medication-appropriateness-index-calculator/>. Acesso em: 30 de mai. 2022.
- GOODWIN, JAMES S. Geriatrics and the Limits of Modern Medicine. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 340, n. 16, p. 1283-1285, abr. 1999. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199904223401612>. Acesso em: 30 maio 2022.
- GORZONI, M. L.; PASSARELLI, M. C. G. Farmacologia terapêutica. In: FREITAS, Elizabete Viana (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: UANABARA KOOGAN, 2017. p. 2302-2321. ISBN 978-85-277-2949-9.
- HALLI-TIERNEY, Anne D.; SCARBROUGH, Catherine; CARROLL, Dana. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. **American Family Physician**, [s. l.], v. 100, n. 1, p. 32-38, 1 jul. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31259501/>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- KACZMAREK, Emília. How to distinguish medicalization from over-medicalization? **Medicine, Health Care and Philosophy**, [s. l.], v. 22, p. 119-128, abr. 1999. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-018-9850-1>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- KANE, Robert L. Implicações clínicas do processo de envelhecimento. In: KANE, Robert L.; OUSLANDER, Joseph G.; ABRASS, Itamar B.; RESNICK, Barbara. **Fundamentos de geriatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015. cap. 1, ISBN 978-85-8055-443-4.
- LEE, Eric A. A *et al.* Refining the Definition of Polypharmacy and Its Link to Disability in Older Adults: Conceptualizing Necessary Polypharmacy, Unnecessary Polypharmacy, and Polypharmacy of Unclear Benefit. **The Permanente Journal**, [s. l.], v. 24, n. 18, p. 1-6, 12 nov. 2019. Disponível em: <https://www.thepermanentejournal.org/issues/2020/winter/7325.html>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- LUCCHETTI, G.; NOVAES, P. H.; LUCCHETTI, A. L. G. Polifarmácia e adequação do uso de medicamentos. In: FREITAS, Elizabete Viana. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 2322-2338. ISBN 978-85-277-2949-9.

- MELOSİK, Z. Discourses of Medicalization and Pharmacologization: Reconstructions of Human Identity. **Przegląd Badań Edukacyjnych (Educational Studies Review)**, [s. l.], v. 2, n. 25, p. 123–136, 2017. Disponível em: <https://apcz.umk.pl/PBE/article/view/PBE.2017.023>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1998.
- OLIVEIRA, M. G.; *et al.* Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados Para Idosos. **Geriatr Gerontol Aging**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 168–181, 2016. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v10n4a02.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- PAGE, A. T.; ETHEERTON-BEER, C. Undiagnosing to prevent overprescribing. **Maturitas**, [s. l.], v. 123, p. 67–72, 2019. DOI <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.02.010>. Disponível em: <https://research-repository.uwa.edu.au/en/publications/undiagnosing-to-prevent-overprescribing>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- PENTEADO, P. T. P. da S. *et al.* O uso de medicamentos por idosos. **Visão Acadêmica**, [s. l.], jun. 2002. ISSN 1518-8361. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/498>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- SLOANE, Philip D.; ZIMMERMAN, Sheryl. Deprescribing in Geriatric Medicine: Challenges and Opportunities. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 19, issue 11, p. 919–922, 1 out. 2018. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(18\)30509-7/fulltext#relatedArticles](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(18)30509-7/fulltext#relatedArticles). Acesso em: 30 mai. 2022.
- SPERLING, Linda; FAIRBANKS, Martine B. Polypharmacy and the senior citizen: the influence of direct-to-consumer advertising. **Jornal of Gerontology and Geriatrics**, [s. l.], v. 69, issue 1, p. 19–25, 1 mar. 2021. DOI <https://doi.org/10.36150/2499-6564-447>. Disponível em: <http://www.jgerontology-geriatrics.com/article/view/334>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- WONGPAKARAN, N. *et al.* Predictors of polypharmacy among elderly Thais with depressive and anxiety disorders: findings from the DAS study. **BMC Geriatrics**, [s. l.], v. 18, n. 309, 2018. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-1001-2>. Acesso em: 30 mai. 2022.

8. A importância da suplementação de cálcio e vitamina D em pacientes idosos portadores de osteoporose

Ana Freitas Goulart Terra¹
Melissa Alves Aires Marques²
Renata Souza Poubel De Paula³

“Ame os teus ossos, proteja o teu futuro”

(International Osteoporosis Foundation, 2019)

Considerações iniciais

A osteoporose é um grande problema de saúde em todo o mundo, e a estimativa revela que a população brasileira propensa a desenvolver a doença aumentou de 7,5 milhões para 15 milhões em 2000 (BRASIL, 2014). A doença é responsável pela diminuição da massa óssea e deterioração do tecido ósseo, causando diversas quedas na população idosa e, conseqüentemente, impactando a qualidade de vida; tais complicações estão relacionadas às fraturas, levando à diminuição da mobilidade e aumento do nível de dependência. O idoso que sofre algum tipo de fratura está mais vulnerável ao desenvolvimento de quadros depressivos. Há uma estimativa significativa de que homens e mulheres acima de cinquenta anos poderão sofrer alguma fratura osteoporótica

1 Graduada em Direito pela Universidade Iguazu - Campus V (2020). Graduanda do curso de Medicina pela Universidade Iguazu - Campus V. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana – GEPBIDH.

2 Graduanda do curso de Medicina pela Universidade Iguazu - Campus V.

3 Mestra em PRGC pela Universidade Cândido Mendes - UCAM. Graduanda em Medicina pela Universidade Iguazu – Campus V.

devida à queda. São inúmeras as repercussões sócio-sanitárias sobre a sobrevivência e redução da capacidade funcional dos idosos.

De acordo com a National Osteoporosis Foundation – NOF, fundação norte-americana de estudo sobre a osteoporose, o termo “osteoporose” significa “osso poroso”. Compara-se o osso a um favo de mel, quando visualizado por um microscópio. Nos indivíduos portadores da doença, os orifícios e espaços no “favo de mel” são muito maiores do que no osso saudável devido a perda da densidade ou massa. Logo, ossos menos densos são mais suscetíveis às fraturas. É importante investigar através de exames específicos, como a densitometria óssea, a densidade mineral óssea, pois a doença aumenta a fragilidade do idoso. Destaca-se que fraturas de quadril, fêmur e coluna vertebral são responsáveis pelo aumento da mortalidade nessa faixa etária (NATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, 2010).

O objetivo desta pesquisa é realizar uma revisão bibliográfica sobre a temática da osteoporose. Para seleção e análise dos textos, foram realizadas buscas nas bases Pubmed/Medline, Embase, Scielo e Cochrane em maio de 2022. Na base de dados, foram utilizados os termos “Osteoporosis” and “Vitamin d” and “Calcium supplementation”. Devido à relevância clínica de fraturas osteoporóticas, foram selecionados para revisão artigos que avaliavam a incidência desse desfecho. Considerando o objetivo, também foram revisados e incluídos neste estudo, protocolos e outros textos não indexados, mas de relevante contribuição, os quais serão apontados adiante de acordo com os argumentos expostos a seguir.

Suplementação de cálcio

A osteoporose é um distúrbio esquelético sistêmico o qual comumente resulta em fragilidade óssea, aumentando o risco de fratura dos ossos. Os fatores de riscos associados à osteoporose mais comuns são: idade, sexo feminino pós menopausa, etnia caucasiana ou asiática, histórico familiar, uso de prednisona $\geq 5,0\text{mg/dia}$ por mais de 3 meses, baixa densidade mineral óssea no colo do fêmur e fatores ambientais, como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e baixa ingestão de cálcio na dieta (RADOMINSKI *et al.*, 2017).

Para a utilização da farmacoterapia como auxílio na prevenção de fraturas, é necessário a criação de estratégias de triagem baseadas em evidências a fim de que o tratamento medicamentoso alcance o fortalecimento dos ossos, o que resultará em minimização de medicamentos a longo prazo (ENSRUD; CRANDALL, 2017).

Sendo assim, homens e mulheres com diagnóstico de osteoporose devem fazer terapia farmacológica fundamentada na segurança, no custo, na conveniência e em outros fatores relacionados à especificidade de cada paciente (JOHNSTON; DAGAR, 2020). No mesmo sentido, Ensrud e Crandall (2017) trazem que é de suma importância que a escolha da medicação, a duração do tratamento e a dosagem do medicamento estejam adequados com a necessidade de cada pessoa, para que não haja exposição exacerbada a fármacos. Ademais, reforçam que, para uma boa saúde óssea, é recomendado que seja realizado exercício físico adequado e haja ingestão de proteínas, além do cálcio e vitamina D.

Destaca-se que o cálcio é um nutriente de suma importância na regulação da homeostase tecidual óssea, portanto é imprescindível a sua ingestão na busca da prevenção e no tratamento da osteoporose e da saúde óssea. Frisa-se que desde o final do século XX foi comprovado por meio de diversos estudos a importância do cálcio – muitas vezes associada com a vitamina D – no tratamento da osteoporose (RADOMINSKI *et. al.*, 2017).

Nos Estados Unidos, há um cálculo da dose dietética recomendada (RDA) a qual atende as necessidades de ingestão de mais de 97% da população (ENSRUD; CRANDALL, 2017). Esse cálculo traz que, para mulheres de 19 a 50 anos, é recomendado ingerir 1000 mg de cálcio por dia, aumentando para 1200 mg/d quando a idade ultrapassar 50 anos. Já para os homens, o RDA aumentará a partir dos 70 anos, quando também passará para 1200 mg/d; nos homens com menos de 70 anos, será 1000 mg/d. Vale informar que deve ser evitada uma ingestão acima de 2500 mg/d (ENSRUD; CRANDALL, 2017). Ressalta-se que a quantidade supracitada deve ser ingerida preferencialmente através de alimentos e bebidas ricos neste mineral. Porém, apesar da suplementação de cálcio associado a vitamina D ser imprescindível para a mineralização óssea adequada, não é recomendado que o tratamento de osteoporose em mulheres pós-menopausa seja feito exclusivamente da suplementação desses nutrientes (RADOMINSKI *et al.*, 2017).

No Brasil, o aconselhado pelo Ministério da Saúde é a ingestão de 1.200 a 1.500 mg de cálcio por dia. Quando a ingestão desse mineral através de ali-

mentos e bebidas for inferior a quantidade aconselhada, deverá ser realizada a suplementação. Entretanto, vale lembrar que a ingestão advinda de uma dieta rica em cálcio é preferencial, principalmente em pacientes que apresentam doença cardiovascular, apesar de não ser comprovado que a suplementação desse nutriente aumente o risco de eventos cardiovasculares (BRASIL, 2014).

Foi realizado um ensaio clínico pela Women's Health Initiative (WHI) nos EUA (PRENTICE *et al.*, 2013), tendo como base 36.282 mulheres na pós-menopausa durante 7 anos. Nesse ensaio, as mulheres foram divididas aleatoriamente em dois grupos: um que recebia 1.000 mg de cálcio e 400 UI de vitamina D diariamente e o outro que recebia placebo. O objetivo central era testar se a suplementação de cálcio conjugado com a vitamina D reduziria a fratura de quadril e, secundariamente, a fraturas diversas. Esse estudo teve como base a questão dos riscos e benefícios que essa suplementação combinada traz à saúde, sendo de suma importância para mulheres na pós-menopausa da população mundial em geral (PRENTICE *et al.*, 2013). Destaca-se que é comum que a mulher pós-menopausa tenha osteoporose, podendo haver maior chance de fraturas. Por isso, é recomendado que mulheres nessa circunstância façam exames de densidade mineral e, se a pontuação for -2,5 ou inferior, seja realizado o tratamento necessário (BLACK; ROSEN, 2016).

O estudo supracitado trouxe como conclusão que os efeitos da suplementação não foram aparentes em algumas doenças, como: "riscos de infarto do miocárdio, doença cardíaca coronária, doença cardíaca total, acidente vascular cerebral, doença cardiovascular geral, câncer colorretal ou mortalidade total." (PRENTICE *et al.*, 2013, s/p).

Entretanto, em relação à redução no risco de câncer de mama e risco total de câncer invasivo entre usuários que utilizaram suplementação de cálcio combinado com a vitamina D, o estudo foi apenas sugestivo. (PRENTICE *et al.*, 2013, s/p).

Salienta-se que na diretriz nacional de osteoporose do Reino Unido, o tratamento para osteoporose condiz com uma manutenção da mobilidade juntamente com uma correção de deficiências nutricionais, focando em cálcio, vitamina D e proteína. Na mesma linha, o conselho científico consultivo de osteoporose do Canadá traz como tratamento o exercício de resistência e estabilidade, bem como medidas de equilíbrio junto com a ingestão diária total de 1200 mg de cálcio e 400-1000 UI de vitamina D (BLACK; ROSEN, 2016).

No Brasil, a última diretriz de tratamento de osteoporose pós-menopausa foi realizada em 2002. Porém, é possível verificar que desde essa época houve atualizações em diagnósticos, estratificação de risco e fármacos com novos mecanismos de ação. O Comitê de Osteoporose e Doenças Osteometabólicas da Sociedade Brasileira de Reumatologia, juntamente com a Associação Médica Brasileira e outras Sociedades, realizaram atualização nas diretrizes de tratamento dessa doença, tendo como fundamento evidências científicas disponíveis (RADOMINSKI *et al.*, 2017).

Sendo assim, verifica-se que o cálcio é um nutriente de suma importância para o desenvolvimento tecidual ósseo, e que sua ingestão por meio de alimentos ricos neste mineral é de grande relevância. Além disso, sucede que, quando na dieta do paciente não houver ingestão de cálcio diário recomendado, é fundamental que seja suplementado com o objetivo de prevenir e tratar osteoporose e, com isso, prevenir fraturas.

Suplementação de vitamina D

O estudo da vitamina D e as consequências de sua deficiência no organismo são temáticas relativamente novas, sendo conhecidas após a Revolução Industrial, quando a população rural se deslocou para a região urbana. A função primordial da vitamina D é manter as concentrações de cálcio e fósforo sérico dentro dos limites fisiológicos normais para a estabilidade da maioria das funções metabólicas e mineralização óssea (MAEDA *et al.*, 2006).

A hipovitaminose D (HVD) leva a diminuição da mineralização da matriz óssea, sendo capaz de acarretar raquitismo na infância, osteomalácia no adulto e agravamento de osteoporose. Essa vitamina tem papel fundamental na via metabólica do cálcio, seu complemento está associado ao aumento da massa mineral óssea e a precaução de fraturas. Vale informar que as fraturas por consequência da osteoporose resultam em altos custos financeiros (AZIZIYEH *et al.*, 2019).

Cerca de um terço da população mundial apresenta níveis de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) inferiores a 20 mg/mL, o que não é ideal para uma boa saúde óssea (FEBRASGO, 2017). Há evidências que a HVD seja a deficiência nutricional mais comum do mundo, atingindo grande parte da população mundial – inclusive no Brasil. Essa hipovitaminose D ocorre devido às mudan-

ças de hábitos, como o uso de protetores solares e proteção contra o sol, menor exposição solar em regiões frias, bem como a carência alimentar (HOSSEIN-NEZHAB; HOLICK, 2013; VALLE *et al.*, 2021).

A vitamina D é uma vitamina lipossolúvel essencial para o metabolismo de ossos e minerais (MANSON *et al.*, 2016). Ademais, sabe-se que ela desempenha inúmeras ações não esqueléticas devido à presença de receptores de vitamina D em outros tecidos, como pele, tecido adiposo, músculo esquelético, pâncreas, células imunitárias, vasos sanguíneos e mama (PIKE *et al.*, 2017; CHAROENNGAM; SHIRVANI; HOLICK, 2019). Os seres humanos podem absorver essa vitamina por meio da dieta, suplementos e síntese endógena na pele, tendo duas principais formas de vitamina D: a vitamina D₂ e a D₃. A vitamina D₂ é obtida da irradiação UV, em cogumelos e leveduras; já a vitamina D₃ está presente em peixes ricos em óleo, como salmão, cavala e arenque (CHAROENNGAM; SHIRVANI; HOLICK, 2019).

São causas comuns de mobilidade e mortalidade em adultos mais velhos a osteoporose e suas possíveis consequências. Os adultos saudáveis precisam ser aconselhados sobre medidas de prevenção dessa doença, quais sejam: ingestão de cálcio e vitamina D, evitar o consumo de tabaco e álcool em excesso e praticar exercício físico. As mulheres devem ser rastreadas para a osteoporose dos 65 anos de idade em diante (JOHNSTON; DAGAR, 2020).

Certos estudos observacionais têm demonstrado a associação do baixo nível de vitamina D com a presença e gravidade de doenças reumatológicas (CHAROENNGAM, 2021). A suplementação de vitamina D pode diminuir o risco de desenvolvimento de artrite reumatoide (AR), reduzindo a gravidade da mesma, sendo indicada para prevenir a osteoporose, diminuindo o risco de fraturas em pacientes com essa patologia e ajudando a proteger o desenvolvimento e a gravidade dessas doenças. Além disso, também traz melhoria na força muscular, na oscilação corporal e no desempenho físico (CHAROENNGAM, 2021; DZIK; KACZOR, 2019; BUCKLEY *et al.*, 2017; CHAROENNGAM; HOLICK, 2020).

A dosagem dessa vitamina leva em consideração os níveis séricos de 25-hidroxivitamina D[25(OH)D]. De acordo com o Instituto de Medicina, os níveis de vitamina D precisam ser de 600 IU/d em homens e mulheres com idades entre 19-70 anos, e aumentar para 800 IU/d em pessoas com mais de 70 anos. Sua suplementação é indicada em casos de deficiência da mesma, apesar de existir diferenças interindividuais na resposta à suplementação com vitamina D,

sugerindo que alguns indivíduos podem se beneficiar mais ou menos do que outros (MANSON *et al.*, 2016; ROSS *et al.*, 2011; CHAROENNGAM, 2021).

Ainda que o consumo dietético de cálcio e a síntese endógena de vitamina D sejam suficientes para a maior parte dos indivíduos, há estudos que indicam que abordagens suplementares direcionadas a pessoas com níveis inadequados de cálcio e vitamina D podem favorecer a massa óssea e reduzir o risco de fraturas (ROZENBERG *et al.*, 2016; GEHLERT; BLOCH; SUHR, 2015). Tendo evidências de que vitamina D ampara a absorção e regulação do cálcio nas células musculares (RIZZOLI *et al.*, 2014).

Como abordado anteriormente, o baixo nível de vitamina D está consorciado à presença e gravidade da maioria — se não de todas — das patologias reumáticas, tais como: osteoporose, AR e lúpus eritematoso sistêmico (SLE). Salientando que HVD predispõe a fragilidade óssea e tem influência sobre o equilíbrio dinâmico e postural, sendo favorável a ocorrência de fraturas (CHAROENNGAM, 2021).

Cuidados dietéticos na prevenção da perda óssea

A osteoporose é uma doença absolutamente atual resultante de uma carência hormonal, sendo o sexo feminino o mais acometido. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose (BRASIL, 2014), estima-se que cerca de 50% das mulheres e 20% dos homens com idade igual ou superior a 50 anos sofrerão uma fratura osteoporótica ao longo da vida. Uma alimentação desequilibrada, o excesso de carga e o estresse que se deposita diariamente sobre os ossos são fatores que contribuem para o surgimento da doença. Há uma relação entre uma excelente nutrição com uma boa saúde do tecido ósseo, o que precisa ser exposto para a sociedade (BRASIL, 2014).

O envelhecimento da população e a adoção de estilos de vida ocidentalizados, como por exemplo o consumo de alimentos industrializados e sedentarismo, está relacionado a um aumento da carga de osteoporose em todo o mundo (LIU *et al.*, 2019). A definição clínica de osteoporose é baseada na densidade mineral óssea (DMO), entretanto é importante considerar fatores de risco clínicos para uma maior compreensão da epidemiologia da doença. Esses avanços nas abordagens de prevenção primária e secundária de fraturas estão relacionados aos cuidados dietéticos na prevenção da perda óssea,

pois uma alimentação rica em minerais, vitaminas e cálcio é altamente eficaz, determinando uma melhora no estilo de vida e, conseqüentemente, na capacidade de prevenir fraturas relacionadas a essa doença (SOUZA, 2019).

A DMO é determinada pela quantidade de conteúdo mineral na área óssea e é influenciada por diversos fatores. Supõem-se que a composição corporal (gordura corporal e massa magra) podem contribuir com a manutenção da DMO, pois podem gerar sobrecarga mecânica nos ossos, e favorecem a absorção de cálcio. Porém, a massa magra é associada à massa óssea, portanto nota-se que atividade física associada a uma alimentação de qualidade é fundamental na preservação da DMO (SANTOS *et al.*, 2018).

O padrão alimentar pode contribuir para a osteoporose, sendo necessário evitar o excesso de sal e bebidas gaseificadas. Frisa-se que para contrariar o desgaste dos ossos é fundamental optar por uma dieta saudável. Entretanto, vale ressaltar que a grande maioria das pessoas não consomem em sua dieta a dose diária de vitamina D recomendada, bem como não consomem mais de 400 gramas de fruta e produtos hortícolas por dia, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (SOUZA, 2019).

Conforme já abordado, a prevenção da osteoporose está intimamente relacionada com uma dieta rica em cálcio e vitamina D. Com isso, é de suma importância que seja amplamente divulgado as melhores formas de ingestão desses nutrientes e sua importância para uma boa saúde óssea. Sendo assim, fica límpido que é necessário que o envelhecimento seja correlacionado com uma boa qualidade de vida, com ingestão de nutrientes bons para o organismo juntamente com atividades físicas que fortaleçam a massa magra.

Considerações finais

Conclui-se que a osteoporose é comum na população mundial, sendo as mulheres mais afetadas, principalmente pós-menopausa, e os homens após 70 anos. E justamente devido ao risco de o idoso desenvolver osteoporose que se torna necessário que ele pratique atividades físicas, bem como tenha uma dieta rica em cálcio e vitamina D. Além disso, caso seja necessário, realize a reposição desses nutrientes por meio de suplementos para que os níveis fiquem de acordo com os recomendados pelo Instituto de Medicina.

Como abordado, o cálcio é necessário na regulação da homeostase tecidual óssea e a vitamina D tem função na via metabólica do cálcio, portanto ajuda a aumentar a massa mineral óssea, além de proteger o desenvolvimento e a gravidade de doenças reumáticas, e melhorar a força muscular no desempenho físico e na oscilação corporal. Sendo assim, a ingestão associada desses nutrientes tem papel fundamental na precaução de futuras fraturas, na prevenção e no tratamento da osteoporose.

É imprescindível a conscientização sobre a osteoporose, pois trata-se de um problema de saúde pública, sendo necessário um trabalho direcionado pelos sistemas de saúde, políticas nacionais e internacionais, visto que a doença é eminentemente tratável. É importante garantir o tratamento, mas é fundamental investir na prevenção da osteoporose.

Referências

- AZIZIYEH R. *et al.* A scorecard for osteoporosis in four Latin American countries: Brazil, Mexico, Colombia, and Argentina. **Arch Osteoporos**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 69, jun. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31250192/>. Acesso em 11 mai. 2022.
- BLACK, D. M.; ROSEN, C. J. Clinical Practice. Postmenopausal Osteoporosis. **N Engl J Med**, [s. l.], v. 374, n. 3, p. 254-262, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26789873/>. Acesso em 11 mai. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 451, de 9 de junho de 2014**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2014/osteoporose-pcdt.pdf>. Acesso em 11 mai. 2022.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **A importância da vitamina D na saúde da mulher**. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, n. 14. São Paulo: Comissão Nacional Especializada em Osteoporose, 2017. 82 p. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/a-importancia-da-vitamina-d-na-saude-da-mulher.pdf>. Acesso em 12 mai. 2022.
- BUCKLEY L. *et al.* American College of Rheumatology Guideline for the Prevention and Treatment of Glucocorticoid-Induced Osteoporosis Arthritis Rheumatol. **Arthritis Rheumatol.**, [s. l.], v. 69, n. 8, p. 1521-1537, ago. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28585373/>. Acesso em 12 mai. 2022.

- CHAROENNGAM, N. Vitamin D and Rheumatic Diseases: A Review of Clinical Evidence. **Int J Mol Sci.**, [s. l.], v. 22, n. 19, p. 10659, out. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34639000/>. Acesso em 11 mai 2022.
- CHAROENNGAM, N; HOLICK, M.F. Immunologic Effects of Vitamin D on Human Health and Disease. **Nutrients.**, [s. l.], v. 12, n. 7, p. 2097, jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32679784/>. Acesso em 12 mai. 2022.
- CHAROENNGAM, N; SHIRVANI, A; HOLICK, M. F. Vitamin D for skeletal and non-skeletal health: What we should know. **J Clin Orthop Trauma.**, [s. l.], v. 10, n. 6, p. 1082-1093, nov./dez. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31708633/>. Acesso em 12 mai 2022.
- DZIK, K.P; KACZOR, J.J. Mechanisms of vitamin D on skeletal muscle function: oxidative stress, energy metabolism and anabolic state. **Eur J Appl Physiol.**, [s. l.], v. 119, n. 4, p. 825-839, abr. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30830277/>. Acesso em 12 mai. 2022.
- ENSRUD, K. E; CRANDALL, C. J. Osteoporosis. **Ann Intern Med.**, [s. l.], v. 167, n. 3, ago. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28761958/>. Acesso em: 11 mai. 2022.
- GEHLERT, S.; BLOCH W.; SUHR, F. Ca²⁺-dependent regulations and signaling in skeletal muscle: from electro-mechanical coupling to adaptation. **Int J Mol Sci.**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1066-1095, jan. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25569087/>. Acesso em 12 mai 2022.
- HOSSEIN-NEZHAB, A; HOLICK, M.F. Vitamin D for health: a global perspective. **Mayo Clin Proc.**, [s. l.], v. 88, n. 7, p. 720-755, jul. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23790560/>. Acesso em 12 mai. 2022.
- INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION. Cartilha para orientação: Ame os seus ossos, proteja o seu futuro. **Febrasgo**, 29 out. 2019. *Online*. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/es/revistas/item/887-ame-os-seus-ossos-projeto-o-seu-futuro>. Acesso em 12 de mai. 2022.
- JOHNSTON, C.B; DAGAR, M. Osteoporosis in Older Adults. **Med Clin North Am.**, [s. l.], v. 104, n. 5, p. 873-884, set. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32773051/>. Acesso em 12 mai. 2022.
- LIU, J. *et al.* State of the art in osteoporosis risk assessment and treatment. **J Endocrinol Invest.** [s. l.], v. 42, n. 10, p. 1149-1164, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30980341/>. Acesso em 12 mai. 2022.

- MAEDA, S.S. *et al.* Hypoparathyroidism and pseudohypoparathyroidism. **Arq Bras Endocrinol Metabol.** [s. l.], v. 50, n. 4, p. 664-673, ago 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17117292/>. Acesso em 12 mai. 2022.
- MANSON, J. E. *et al.* Vitamin D Deficiency—Is There Really a Pandemic? **N Engl J Med.** [s. l.], v. 375, n. 19, p. 1817-1820, nov. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27959647/>. Acesso em 16 mai. 2022.
- NATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION. What is Osteoporosis and What Causes It? **BHOF**, 2010. *Online*. Disponível em: <https://www.bonehealthandosteoporosis.org/patients/what-is-osteoporosis/> Acesso em 16 mai. 2022.
- PIKE, J. W. *et al.* The vitamin D receptor: contemporary genomic approaches reveal new basic and translational insights. **J Clin Invest.** [s. l.], v. 127, n. 4, p. 1146-1154, abr. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28240603/>. Acesso em: 13 mai. 2022.
- PRENTICE, R. L. *et al.* Health risks and benefits from calcium and vitamin D supplementation: Women's Health Initiative clinical trial and cohort study. **Osteoporos Int.** [s. l.], v. 24, n. 2, p. 567-580, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23208074/>. Acesso em 11 mai. 2022.
- RADOMINSKI, S. C. *et al.* Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose na pós-menopausa Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Reumatologia.** [s. l.], v. 27, suppl. 2, p. 452-466, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255502117300470?via%3Dihub>. Acesso em 14 mai. 2022.
- RIZZOLI, R. *et al.* Task Force. The role of dietary protein and vitamin D in maintaining musculoskeletal health in postmenopausal women: a consensus statement from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). **Maturitas.** [s. l.], v. 79, n. 1, p. 122-132, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25082206/>. Acesso em 11 mai. 2022.
- ROSS, A. C. *et al.* The 2011 report on dietary reference intakes for calcium and vitamin D from the Institute of Medicine: what clinicians need to know. **J Clin Endocrinol Metab.** [s. l.], v. 96, n. 1, p. 53-58, jan. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21118827/>. Acesso em 11 mai. 2022.
- ROZENBERG, S. *et al.* Effects of Dairy Products Consumption on Health: Benefits and Beliefs—A Commentary from the Belgian Bone Club and the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases. **Calcif Tissue Int.** [s. l.], v. 98, n. 1, p. 1-17, jan. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26445771/>. Acesso em 12 mai. 2022.

SANTOS, Vanessa Ribeiro do *et al.* Relação entre obesidade, sarcopenia, obesidade sarcopênica e densidade mineral óssea em idosos com 80 anos ou mais. **Rev. bras. Ortop.** [s. l.], v. 53, n. 3, p. 300-305, mai./jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/3g9Cb8k7MHNf5kb53yJCckR/?lang=pt>. Acesso em 20 mai. 2020.

SOUZA, Bianca Bittencourt de *et al.* Consumo de frutas, legumes e verduras e associação com hábitos de vida e estado nutricional: um estudo prospectivo em uma coorte de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 1463-1472, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LXbcKRjL5ZqznQjM4KPxtNy/?lang=pt>. Acesso em 28 mai. 2022.

VALLE, C. A. R. *et al.* Influence of Hypovitaminosis D on the Occurrence of Fractures. **Rev Bras Ortop.** [s. l.], v. 56, n. 6, p. 784-789, nov. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34900108/>. Acesso em 12 mai. 2022.

9. A importância da nutrologia para a alimentação de pessoas idosas

Marielle Cury Costa Siqueira¹
Bruna da Silva Coelho²
Bruna de Oliveira Nascimento³

“Tu és o arquiteto do teu próprio destino. Trabalha, espera e ousa.”

(LECH, O.; LECH, M., 2010)

Considerações iniciais

A nutrologia se faz intensamente importante para a alimentação da pessoa idosa, pois uma dieta adequada e um controle específico do estado nutricional daqueles que estão na terceira idade serão fundamentais para um envelhecimento saudável e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

A pessoa idosa frequentemente está associado a quadros de enfermidades que causam debilidades, como: obesidade, hipertensão arterial, diabetes

1 Graduanda do curso de Medicina na Universidade Iguazu – Campus V.

2 Graduanda do curso de Medicina na Universidade Iguazu – Campus V.

3 Médica graduada pela Universidade Iguazu – Campus V. Pós-graduada em Radiologia e Diagnóstico por Imagem (HSJA). Pós-graduada em Prática Ortomolecular – Dr. Arthur Lemos. Pós-graduada em Adequação Nutricional e Manutenção da Homeostase – Prevenção e Tratamento de Doenças Relacionadas à Idade – Dr. Lair Ribeiro. Pós-graduada em Nutrologia Clínica e Hospitalar no Instituto de Ensino Albert Einstein. Especializada nos setores de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética no Hospital Vicente de Paulo e na Beneficência Portuguesa. Formada pelo curso de Educação Médica Continuada em abordagens bioquímicas e metabólicas aplicadas à obesidade e às doenças crônicas e degenerativas – Dr. Antônio Pacileo e pelo curso de Educação Médica Continuada em abordagens bioquímicas e metabólicas aplicadas à medicina esportiva – Dr. Antônio Pacileo.

mellitus, sarcopenia, entre outras. É possível afirmar que um bom controle alimentar nesses pacientes se torna fundamental para auxiliar no tratamento dessas doenças e proporcionar um melhor prognóstico para os mesmos.

O objetivo deste estudo é analisar a relevância que a nutrologia possui para o idoso, demonstrar a aplicação dessa especialidade médica no acompanhamento nutricional desses pacientes, o que torna possível um melhor tratamento e prevenção de diversas enfermidades. Além disso, apontar os possíveis problemas que a falta de orientação nutricional é capaz de gerar às pessoas idosas.

A metodologia eleita é a qualitativa, que se desenvolve por meio de pesquisa bibliográfica, a qual se constitui de consulta em artigos científicos, revistas/periódicos e repositórios acadêmicos e universitários em plataformas de dados, tais como: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google Acadêmico, Science Direct, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Nacional, bem como em reportagens veiculadas nos diferentes meios de comunicação de massa.

A nutrologia para a pessoa idosa

A nutrologia é uma especialidade médica que, de acordo com a Associação Brasileira de Nutrologia (BRASIL, 2020), é caracterizada da seguinte forma:

A Nutrologia é o ramo da medicina que se ocupa da nutrição em todos os seus aspectos, normais, patológicos, clínicos e terapêuticos. Por definição, a Nutrologia é uma especialidade médica de caráter clínico que tem como função fazer o diagnóstico, a prevenção e o tratamento das enfermidades nutroneurometabólicas (BRASIL, 2020).

Ainda de acordo com Associação Brasileira de Nutrologia (BRASIL, 2020), o médico nutrólogo é capacitado para diagnosticar e tratar doenças nutricionais, incluindo a obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, osteoporose, entre outras. Todas essas condições são frequentemente encontradas nos pacientes idosos, conforme veremos adiante.

Segundo Filho e Suen (2013), a nutrologia na terceira idade se faz necessária devido a frequente prevalência de distúrbios nutricionais nessa faixa etária, podendo levar a mortalidade ou a perda funcional e da independência da pes-

soa idosa. Dessa forma, resta claro que a nutrologia é qualificada para ajudar na promoção de uma melhor qualidade de vida dos idosos, uma vez que é a especialidade médica que irá acompanhar o estado nutricional de seus pacientes, sendo capaz de prevenir e se necessário tratar diversas enfermidades comuns na faixa etária idosa.

Importância do acompanhamento nutricional para pessoas idosas

Atualmente, já existe um conhecimento da relação entre nutrição e o aparecimento de doenças, devido a diferentes estudos que surgiram nos últimos anos. Esses estudos apontam que o estado nutricional de pessoas idosas influenciam nas mudanças funcionais ocorridas durante o envelhecimento. Dessa forma, um acompanhamento nutricional para pessoas da terceira idade tem grande relevância, sendo parte complementar do acompanhamento geriátrico global (SOUZA; TINOCO; NETO, 2020).

De acordo com Ferreira, Silva e Paiva (2020), durante o envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas no organismo do idoso, além de complicações advindas de fatores de risco, como tabagismo, sedentarismo, maus hábitos alimentares e alcoolismo. Em vista disso, um estudo nutricional e um acompanhamento na alimentação diária desses indivíduos é de enorme importância para um envelhecimento saudável, pois a partir dela é possível controlar e prevenir doenças crônicas comumente encontradas em indivíduos dessa faixa etária.

De acordo com os autores supracitados, “a avaliação do estado nutricional dos idosos é de extrema importância para a promoção e prevenção de saúde, seja na atenção primária secundária ou terciária” (FERREIRA; SILVA; PAIVA, 2020, p. 14714), o que corrobora com a percepção da relevância do acompanhamento nutricional da pessoa idosa, melhorando a qualidade de vida e aumentando a expectativa da mesma.

De acordo com Lira, Goulart e Alonso (2017, p. 85),

A qualidade de vida reportada na terceira idade enfatiza a nutrição como fator determinante para que o idoso possa manter uma interação harmoniosa de variados fatores que moldam e diferenciam seu cotidiano, como saúde física e mental, satisfação no trabalho e nas relações familiares, espiritualidade e longevidade.

Isso demonstra que além da nutrição beneficiar a manutenção do organismo no idoso, também auxilia em outras áreas da vida cotidiana, como na saúde mental, corroborando com a percepção de que a qualidade nutricional está intimamente ligada à qualidade de vida dos indivíduos, principalmente dos que estão na terceira idade.

Segundo Leite e Rodrigues (2020, s/p):

No decorrer da vida, e em especial na terceira idade, as necessidades energéticas tendem a cair, juntamente com a ingestão alimentar. Alguns nutrientes parecem ser mais necessários em quantidades e em qualidade. Isso porque, algumas deficiências vitamínicas observadas em pessoas idosas, tais como deficiência de vitaminas A, D, E, K, C, B12 e ácido fólico, provavelmente devido às dificuldades existentes para a absorção e a utilização de determinados nutrientes.

Percebe-se, portanto, que com as necessidades fisiológicas de nutrientes na velhice, torna-se ainda mais importante a avaliação do estado nutricional desses indivíduos, para que haja uma manutenção contínua das funções do organismo da pessoa idosa.

Veiga, Oliveira e Santana (2021) mostram que é relevante ressaltar que durante o envelhecimento, com as mudanças fisiológicas e funcionais do organismo do indivíduo, há um maior risco de desenvolvimento de doenças endocrinológicas, como por exemplo a obesidade e a diabetes. No entanto, tais enfermidades podem ser evitadas ou controladas desde o princípio se a pessoa idosa dispor de uma rotina alimentar equilibrada e adequada para sua idade e necessidade, aumentando sua sobrevida.

Outra doença de extrema importância é a sarcopenia, condição muito comum durante o envelhecimento, caracterizada por perda de massa muscular e comprometimento funcional do músculo esquelético. Desse modo, com a prevenção dessa condição, haverá uma probabilidade menor de queda e fratura em idosos (GARCIA *et al.*, 2022), pois a perda de massa muscular e a deficiência de vitamina D e cálcio estão intimamente ligadas e normalmente andam juntas (DEMOLINER DALTOÉ, 2021).

Por outro lado, alguns idosos fazem uso de suplementação nutrológica para suprir suas deficiências nutricionais. De acordo com Santos *et al.* (2013, p. 100),

“[...] mesmo idosos saudáveis vivendo na comunidade podem ter comprometimento da ingestão de micronutrientes, seja pela baixa ingestão calórica, pelo consumo seletivo de alimentos ou ambos.” Isso motiva os familiares e o próprio idoso a buscar suplementos para complementar sua alimentação diária e prevenir doenças relacionadas a ela.

A suplementação para pessoas idosas carentes é bem-vinda, porém deve ser identificado a carência e ser corrigida adequadamente com uma avaliação nutricional, para que se tenha um bom resultado. Além disso, ela deve ser utilizada como um complemento, tendo como nutrição principal os alimentos. Desse modo, resta claro a grande relevância da nutrição para a pessoa da faixa etária idosa, tendo em vista a prevenção e o auxílio no tratamento de diversas doenças relacionadas com a alimentação, diminuição dos índices de queda e fraturas, além da promoção de uma qualidade de vida, proporcionando uma independência maior para pessoas de terceira idade.

Os possíveis problemas que a falta de nutrição adequada pode acarretar às pessoas idosas

Como abordado anteriormente, a nutrição é fundamental para um envelhecimento com melhor qualidade de vida. Logo, a falta desse acompanhamento nutricional pode causar alguns prejuízos à saúde desses idosos e trazer algumas consequências que ao longo do capítulo serão discutidas.

De acordo com Souza, Tinoco e Neto (2020), o processo de envelhecimento naturalmente traz consigo algumas modificações corporais que podem propiciar ao idoso o desenvolvimento de certas doenças, principalmente as crônicas-degenerativas, sendo possível afirmar que se a pessoa idosa possuir um estado nutricional adequado, isso poderá contribuir para amenizar os impactos maléficos que essas enfermidades podem provocar.

De acordo com essa mesma fonte referida acima, existem alguns fatores que influenciam nesse estado nutricional dos idosos, por exemplo: doenças neurológicas, doenças psicossomáticas (depressão), saúde oral (problemas na mastigação), dificuldade na deglutição de alimentos, o consumo de álcool e tabaco e a polimedicação. Afirma ainda, que tais adversidades são frequentes na terceira idade.

As principais doenças associadas ao estado nutricional e ao envelhecimento são: hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus (DM) e osteoporose (SOARES *et al.*, 2016). No mesmo estudo, foi comprovado que o sobrepeso, advindo do sedentarismo e combinado com a falta de acompanhamento nutricional adequado é um fator de risco para o aparecimento de HAS e DM. Além disso, o mesmo autor relata que a própria senescência (alterações fisiológicas do corpo que acontecem em decorrência do envelhecimento) propicia o indivíduo ao desenvolvimento de hipertensão arterial, por isso é a patologia mais comum dessa faixa etária.

Daniela Assumpção *et al.* (2022) afirma que existe uma necessidade em promover intervenções para uma melhor alimentação entre todos os grupos de pessoas idosas, e principalmente que haja orientações específicas para pessoas idosas que sofrem com DM, visto que a diabetes é uma patologia que altera a absorção de glicose, portanto traz como consequência algumas restrições alimentares; então, para esses idosos, é ainda mais imprescindível o acompanhamento nutricional a fim de melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Quanto a osteoporose, Soares *et al.* (2016, p. 152) demonstram que:

A osteoporose é uma doença osteomuscular que acomete principalmente os idosos, é marcada pela perda gradativa de massa óssea, fazendo com que o osso fique mais frágil e suscetível a fraturas. Devido a essa fragilidade os indivíduos necessitam de prevenções clínicas e nutricionais a fim de evitar e/ou reduzir os fatores de risco ligados ao surgimento desta patologia (SOARES *et al.*, 2016, p. 152).

Dessa forma, fica evidente que a nutriologia é fundamental para os idosos, pois é constatado que uma nutrição adequada, balanceada e estruturada é fundamental para evitar o desenvolvimento ou agravamento de problemas relacionados à saúde e conseqüentemente, perda na qualidade de vida dos idosos.

Outra enfermidade muito relevante nessa faixa etária é a sarcopenia, que reflete diretamente na morbi/mortalidade de pessoas idosas. Essa doença causa perda de massa e força muscular, ocasionando fraqueza nos movimentos e comprometimento do equilíbrio, o que predispõe a pessoa idosa a certos riscos à saúde, uma vez que pode causar quedas, fraturas, hospitalização e inclusive a morte (XU *et al.*, 2022).

Corroborando com os autores acima, Tonsis (2021), discorre que “A Sarcopenia é uma síndrome caracterizada pela perda progressiva e generali-

zada da massa muscular esquelética e força muscular, ocasionando deficiência física, quedas, fraturas, piora na qualidade de vida e morte” (TONSIS, 2021, p. 24).

Ainda sobre a sarcopenia, Sobestiansky, Aberg e Cederholm (2021) destacam que a desnutrição pode ser considerada um componente causal para o desenvolvimento dessa enfermidade. Dessa forma, é possível observar que um bom acompanhamento nutricional é fundamental na terceira idade, pode contribuir para a prevenção de muitas enfermidades e oferecer uma melhor qualidade de vida aos adeptos.

De acordo com Sieber (2019), intervenções nutricionais podem prevenir e inclusive reverter quadros de sarcopenia, visto que uma dieta adequada, juntamente com suplementação bem orientada por um profissional, pode ser suficiente para combater a desnutrição proteico-energética. Nesse mesmo estudo de Sieber (2019), foi verificada que suplementos orais ricos em aminoácidos (unidades básicas das proteínas) são capazes de estimular a produção de proteínas musculares, principalmente aqueles que possuem alta carga de leucina, visto que este é o aminoácido mais potente para estimular a síntese proteica.

Portanto, é possível afirmar que a desnutrição é uma condição frequente em pessoas idosas e impacta desfavoravelmente na saúde dos mesmos, podendo causar perda de independência, acarretando em perda da qualidade de vida dessas pessoas. Dessa forma, é preciso avaliar com cautela o paciente idoso e sempre orientá-lo acerca de sua nutrição, para assim evitar agravamento de suas enfermidades já presentes e, inclusive, prevenir outras complicações.

Considerações finais

Um envelhecimento saudável é algo muito importante, pois determina a independência e autonomia da pessoa idosa, além de proporcionar um bem-estar diário para o indivíduo. Para que isso seja alcançado, é preciso que a nutrição, alinhada com um estilo de vida saudável, esteja presente na vida do indivíduo desde cedo, pois os hábitos saudáveis relacionados à alimentação são capazes de retardar diversas condições frequentemente encontradas em pessoas da terceira idade, devido às disfunções metabólicas e fisiológicas comuns do envelhecimento.

Sabe-se que a nutrição é um componente determinante para a saúde desses indivíduos e deve ser vista como um fator de grande relevância para definir uma

qualidade de vida para a pessoa idosa. Desse modo, o acompanhamento nutricional para pessoas da terceira idade é de extrema importância e deve ser feito de maneira ampla e interdisciplinar, proporcionando uma maior independência e autonomia para o idoso, além de prevenir e tratar enfermidades, diminuindo quedas, fraturas e também a taxa de internação e permanência em hospitais.

Nesse cenário, um bom acompanhamento nutricional e adequado durante a velhice garante uma promoção de saúde, aumentando a sobrevida de qualidade do idoso, além de contribuir para uma melhor saúde mental, constituindo então uma boa relação entre a pessoa idosa e seu envelhecimento natural.

Referências

- ASSUMPÇÃO, Daniela de *et al.* Hábito alimentar de idosos diabéticos e não diabéticos: Vigitel, Brasil, 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 118, p. 388-397, 2022. Disponível em: [https://www.scielo.br/jj/abc/a/JgCJhQJGDnhnzxT-mxnxPkGS/#:~:text=N%C3%A3o%20houve%20diferen%C3%A7as%20em%20rela%C3%A7%C3%A3o,diab%C3%A9ticos%20comiam%20lanche%20no%20jantar.&text=%E2%80%93%20Distribui%C3%A7%C3%A3o%20da%20frequ%C3%Aancia%20semanal%20de,diab%C3%A9ticos%20\(n%3D13.649\)](https://www.scielo.br/jj/abc/a/JgCJhQJGDnhnzxT-mxnxPkGS/#:~:text=N%C3%A3o%20houve%20diferen%C3%A7as%20em%20rela%C3%A7%C3%A3o,diab%C3%A9ticos%20comiam%20lanche%20no%20jantar.&text=%E2%80%93%20Distribui%C3%A7%C3%A3o%20da%20frequ%C3%Aancia%20semanal%20de,diab%C3%A9ticos%20(n%3D13.649)). Acesso em: 6 mai. 2022.
- BRASIL. Associação Brasileira de Nutrologia. **Nutrologia**. ABRAN, 2020. Disponível em: <https://abran.org.br/nutrologia/>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- DEMOLINER, F.; DALTOÉ, L. Importância da nutrição na prevenção e tratamento da Sarcopenia em idosos. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, [s. l.], v. 6, n. 1, 2021. Disponível em: <https://shre.ink/6rx>. Acesso em: 06 mai. 2022.
- FERREIRA, L. F.; SILVA, C. M.; PAIVA, A. C. Importância da avaliação do estado nutricional de idosos. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 3, n. 5, p. 14712-14720, 2020. Disponível em: <https://shre.ink/6r7>. Acesso em: 20 abr. 2022.
- FILHO, D. R.; SUEN, V. M. M. **Tratado de Nutrologia**. Barueri: Manole, 2013.
- GARCIA, Paola Gonçalves Leite *et al.* Sarcopenia e queda em idosos. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 2774-2779, 2022. Disponível em: <https://shre.ink/6rg>. Acesso em: 6 mai. 2022.
- LECH, O.; LECH, M. B. **Frases inteligentes para lembrar e usar**: citações, provérbios, aforismos. Passo Fundo: Méritos, 2010. Disponível em: https://www.lech.med.br/img_pdf/produtos_down_97.pdf. Acesso em: 10 mai. 2022.

- LEITE, M.P.; RODRIGUES, R.G.A. Fatores de riscos nutricionais para idosos com osteoporose. *In: VII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Envelhecimento baseado em evidências: tendências e inovações.* 2020, Campina Grande. **Anais [...]** Centro de Convenções Raimundo Asfora, Campina Grande, 2020. Disponível em: <https://shre.ink/6ro>. Acesso em: 21 abr. 2022.
- LIRA, S.; GOULART, R.M.; ALONSO, A.C. A relação entre estado nutricional e presença de doenças crônicas e seu impacto na qualidade de vida de idosos: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 53, p. 81-86, 2017. Disponível em: <https://bitly.com/vlUjFT>. Acesso em: 17 abr. 2022.
- SANTOS, André Filipe Junqueira dos *et al.* Nutrologia geriátrica. *In: FILHO, D. R.; SUEN, V. M. M (Org.). Tratado de Nutrologia.* Barueri: Manole, 2013, cap. 5, p. 77-108.
- SIEBER, C.C. Malnutrition and sarcopenia. **Aging clinical and experimental research**, [s. l.], v. 31, p. 793-798, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31148100/>. Acesso em: 7 mai. 2022.
- SOARES, Wellington Danilo *et al.* Estado nutricional em idosos com doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 146-155, 2016. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/2381>. Acesso em: 6 mai. 2022.
- SOBESTIANSKY, S.; ABERG, A.C.; CEDERHOLM, T. Sarcopenia and malnutrition in relation to mortality in hospitalised patients in geriatric care–predictive validity of updated diagnoses. **Clinical nutrition ESPEN**, [s. l.], v. 45, p. 442-448, 2021. Disponível em: <https://shre.ink/67V>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- SOUZA, S. M. F.; TINOCO, D. O. C.; NETO, N. B. M. R. Envelhecimento e nutrição: uma questão de qualidade de vida. *In: CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat et al. (Org.). Envelhecimento ativo e estudos interdisciplinares.* Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2020. p. 82-97. Disponível em: <https://shre.ink/6rB>. Acesso em: 26 abr. 2022.
- TONSIS, Jussânia Natali. Diagnóstico de sarcopenia no idoso: um estudo de caso. *In: XXV Congresso Brasileiro de Nutrologia da Associação Brasileira de Nutrologia*, 2021, *Online*. **Anais [...]**. ABRAN, 23, 24 e 25 set. 2021. Disponível em: <https://abre.ai/eWOy>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- VEIGA, H. A. S.; OLIVEIRA, M.P.O.; SANTANA, K. R. A obesidade como consequência das alterações endócrino-metabólicas no idoso: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 8, p. e8505-e8505, 2021. Disponível em: <https://shre.ink/6ra>. Acesso em: 26 abr. 2022.
- XU, Jane *et al.* Is Associated with Mortality in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Gerontology**, [s. l.], v. 68, p 361-376, 2022. Disponível em: <https://shre.ink/67H>. Acesso em: 10 mai. 2022.

10. Hipertensão arterial na pessoa idosa: etiologia, diagnóstico e tratamento

Nathália Frade Soares¹

Igor Silva Santos²

Janete Soares Martins³

“As pessoas que vencem neste mundo são as que procuram as circunstâncias de que precisam e, quando não as encontram, as criam.”

(George Bernard Shaw, 1898)

Considerações iniciais

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica multifatorial com uma prevalência elevada na população, principalmente nas pessoas idosas. A HAS faz o coração trabalhar mais do que o normal desempenhando, em geral, a mesma função, que é bombear sangue rico em oxigênio e nutrientes para todos os órgãos e tecidos. Porém, se o coração não realizar seu papel adequadamente, o paciente pode ter um infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), entre outras complicações, e está estabelecido que mais de 2/3 dos pa-

1 Discente de Medicina.

2 Discente de Medicina.

3 Docente de Medicina da Universidade Iguazu Campus V – Itaperuna. Mestra em Medicina e Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Santa Casa de Belo Horizonte. Graduada em Medicina pela Universidade Sul Fluminense - Faculdade de Medicina de Vassouras (1992). Especialização em Cardiologia pelo Instituto de Pós Graduação Médica do Rio de Janeiro (1995). Especialização em Geriatria Clínica pelo Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Pró-Cardíaco (2008).

cientes idosos com quadro de IAM, de AVC ou de IC têm diagnóstico prévio de HAS (QUEIROZ *et al.*, 2020).

A prevalência de indivíduos que possuem HAS com idade superior a 60 anos no Brasil foi de mais de 60%, e entre os adultos é de 32,5%, o que colabora para a metade dos óbitos por doença cardiovascular (DCV), direta ou indiretamente. As DCV ainda geram muitas internações com altas despesas socioeconômicas. Entre os fatores de risco para HAS estão a idade, principalmente após os 60 anos, sexo e etnia, sendo prevalente em mulheres e em pessoas de cor preta, excesso de peso e obesidade, principalmente IMC \geq 30 kg/m², alta ingestão de sódio, álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O objetivo deste capítulo é informar sobre a etiologia da HAS, o modo correto de realizar o diagnóstico, as particularidades do diagnóstico na pessoa idosa e as formas de tratamento da HAS, tanto as formas de tratamento na qual não são utilizados medicamentos, que são as mudanças do estilo de vida, quanto o tratamento medicamentoso, que é fundamental na maioria dos casos de HAS.

Assim, utilizou-se a metodologia qualitativa por meio de pesquisa bibliográfica pela qual foram analisados artigos publicados entre 2002 e 2020, disponível nas bases de dados como Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), PubMed, além de busca direta. Foram definidos descritores do estudo para facilitar a busca nos bancos de dados, sendo eles “hipertensão arterial sistêmica”, “idoso”, “diagnóstico”, “tratamento” e “etiologia”.

Etiologia

A hipertensão arterial sistêmica envolve a regulamentação vascular, na qual estão alterados os mecanismos que controlam a pressão arterial no contexto da normalidade para o equilíbrio da saúde humana. Considera-se que pressão diastólica persistente maior do que 90 mmHg, ou sistólica superior a 140 mmHg, constitui hipertensão (FARIAS; MOURA; PASSOS, 2022).

Segundo Kasper *et al.* (2017) a probabilidade de hipertensão aumenta de forma progressiva com a idade e, entre os indivíduos com idade igual ou supe-

rior a 60 anos, a prevalência é de 65,4%. Além disso, a hipertensão dobra o risco de doenças cardiovasculares como insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular hemorrágico e isquêmico, doença arterial periférica, doença arterial coronariana e insuficiência renal.

Jobim (2008) destaca que a HAS tem uma grande ênfase na pessoa idosa, pois é uma das patologias mais incidentes em toda a população mundial, além de ser uma patologia crônica. Associado a isso, a maioria das pessoas idosas apresentam um maior enrijecimento do vaso sanguíneo, e aumento da resistência vascular periférica que culmina na elevação da pressão arterial sistólica de maneira isolada, muito característica na população idosa.

Conforme Freitas *et al.* (2017) o aumento da resistência periférica na pessoa idosa é consequência direta da aterosclerose, que leva a um processo que podemos chamar de envelhecimento do vaso. A aterosclerose é um processo patológico multifatorial, caracterizado inicialmente por disfunção endotelial, seguida por alterações morfológicas do endotélio e da íntima. Essas alterações ocorrem como resposta fibroproliferativa da parede arterial causada por agressão à superfície endotelial. O endotélio vascular tem extrema importância, pois modula o tônus do músculo liso vascular, realizando a liberação de substâncias vasoconstritoras e vasodilatadoras. Na pessoa idosa ocorrem alterações no endotélio, como diminuição da liberação de óxido nítrico e um potente aumento da liberação de endotelina, levando à vasoconstrição e desencadeando a HAS.

Jobim (2008) reforça que o mecanismo básico para o aumento da pressão sistólica, com o avançar da idade, acontece de forma progressiva ao longo do tempo: a aorta desenvolve processos ateroscleróticos tornando-se mais rígida e, portanto, menos complacente. Outras alterações que ocorrem com a pessoa idosa são: diminuição da frequência cardíaca, diminuição da resposta contrátil do miocárdio, diminuição da complacência arterial e elevação da pós-carga. Todo esse conjunto de modificações contribui para a redução do débito cardíaco, da fração de ejeção ventricular e da capacidade máxima de trabalho do ventrículo esquerdo.

Assim sendo, a HAS na pessoa idosa é multifatorial, relacionado a um conjunto de alterações que ocorre na fisiologia, assim como demais alterações metabólicas e estruturais dos órgãos alvos.

Diagnóstico

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), para que seja realizado o diagnóstico correto da HAS, é necessário que a técnica de aferição da pressão arterial esteja correta. Para isso, seguem-se algumas condições padronizadas, são elas:

- Aferir após cinco minutos de repouso, além de evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes.
- O paciente deve estar sentado, com as costas apoiadas, pernas descurzadas, pés apoiados, com o braço apoiado e à altura do coração, palma para cima.
- Determinar a circunferência do braço (ponto médio entre acrômio e olecrano) e selecionar o manguito adequado. A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço.
- Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.
- Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg).
- A pressão sistólica corresponde ao valor da ausculta do primeiro som, os ruídos de Korotkoff (fase I). A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V de Korotkoff).
- Auscultar 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois realizar a deflação rápida e completa.
- A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente.
- Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência).

A aferição da pressão arterial deve ser realizada nas consultas dos médicos de todas as especialidades, além de caber aos médicos diagnosticar e conduzir o tratamento da HAS. Nos pacientes idosos, a PA também deve ser aferida 1 minuto e 3 minutos após estar em pé (imóvel). A hipotensão ortostática é uma diminuição na PAS \geq 20 mmHg ou na PAD \geq 10 mmHg no 3º minuto em pé

e está associada a um risco aumentado de morte e eventos cardiovasculares (BARROSO *et al.*, 2020). Além da hipotensão ortostática, existem outras peculiaridades mais frequentes nas pessoas idosas, como pseudo-hipertensão, hipertensão do avental branco e hiato auscultatório.

A pseudo-hipertensão apresenta medidas falsamente elevadas de pressão arterial pelo aumento da rigidez dos vasos a partir do envelhecimento e pode ser evitada com a medida intra-arterial da PA. A hipertensão do avental branco ocorre quando a pressão está elevada apenas no consultório médico ou clínica, e pode ser feito o monitoramento domiciliar através do MRPA ou MAPA para se confirmar. O hiato auscultatório consiste no desaparecimento dos sons durante a deflação do manguito, geralmente entre a primeira e terceira fases de Korotkoff, então deve-se inflar o manguito 20-30mmHg acima da PAS, palpando o pulso radial para se garantir que está ouvindo o primeiro som de Korotkoff (MIRANDA *et al.*, 2002).

O diagnóstico da hipertensão arterial (HA) pode ser feito com base nas medidas de consultório ou pode ser feito com medidas fora do consultório (MAPA ou MRPA), excetuando-se aqueles pacientes que já apresentem lesão de órgão alvo (LOA) ou doença cardiovascular (CV). A classificação é definida a partir da PA do consultório e pelo nível mais alto de PA, sistólica ou diastólica.

Para o diagnóstico da HA com medidas de consultório médico, são necessários duas ou mais medidas com intervalo de dias ou semanas, na qual PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg. Para o diagnóstico com MAPA 24 horas PAS \geq 130 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg, ou MAPA vigília PAS \geq 135 mmHg e/ou PAD \geq 85 mmHg, ou MAPA sono PAS \geq 120 mmHg e/ou PAD \geq 70 mmHg. Para o diagnóstico com MRPA PAS \geq 130 mmHg e/ou PAD \geq 80 mmHg. A HA sistólica isolada é definida quando PAS \geq 140 mmHg e PAD $<$ 90 mmHg, enquanto a HA diastólica isolada é quando PAS $<$ 140 mmHg e PAD \geq 90 mmHg, sendo que ambas apresentam maior prevalência de HA do avental branco (HAB) (BARROSO *et al.*, 2020).

De acordo com Barroso *et al.* (2020), a classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade deve ser feita da seguinte maneira:

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial conforme medição no consultório

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	E	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

Fonte: Barroso *et al.* (2020)

Para uma avaliação clínica e laboratorial da HAS, além da realização de medidas minuciosas da PA para a confirmação do diagnóstico, deve-se questionar o paciente sobre história familiar de HAS, identificar fatores de risco cardiovasculares e renais associados, pesquisar LOA, investigar a presença de outras doenças, questionar sobre fármacos e drogas que possam interferir na PA, aplicar escore de risco CV global e rastrear indícios de HAS secundária. Já a avaliação do exame físico consiste na obtenção de medidas repetidas e acuradas da PA, medição de parâmetros antropométricos, procurar sinais de LOA, detectar características de doenças endócrinas como Cushing, hiper ou hipotireoidismo, examinar a região cervical realizando a palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de estase jugular e palpação da tireoide, avaliar o aparelho cardiovascular em busca de desvio do ictus e propulsão a palpação, presença de B3 ou B4, hipofonese de segunda bulha, sopros ou arritmias, avaliar o sistema respiratório a procura de estertores, roncos ou sibilos, observar as extremidades e se há a presença de edemas, pulsos em membros superiores ou inferiores, palpar e auscultar o abdome investigando frêmito, sopro, massas abdominais ou tumores, avaliar no exame neurológico, se possui déficit motor ou sensorial, e realizar fundoscopia ou retinografia (BARROSO *et al.*, 2020).

Tratamento

O tratamento da HAS nos pacientes idosos traz benefícios notórios na redução de eventos cardiovasculares maiores (IAM, AVC e IC), além de evidên-

cias mostrarem possibilidade de prevenção de síndrome demencial, sendo esse um benefício adicional que deve ser considerado na decisão terapêutica (MIRANDA; FEITOSA, 2016).

O tratamento não farmacológico deve ser estimulado e baseado em um estilo de vida saudável, através de atividade física, dieta saudável (hipossódica e pobre em gorduras saturadas), evitando estresse, o tabagismo, o etilismo, controlar a obesidade e doenças que acarreta a hipertensão, caso seja necessário usar este tratamento de forma unificada com os anti-hipertensivos. É importante que uma equipe multidisciplinar conduza o cuidado desta pessoa idosa de forma integral, buscando identificar todos os parâmetros que levam a essa condição patológica e as possíveis complicações, sejam cognitivas, comportamentais, sociais ou referentes à qualidade de vida (QUEIROZ *et al.*, 2020).

O tratamento não medicamentoso é essencial, pois os pacientes que aderem possuem vantagens como controle dos níveis pressóricos, diminuição na incidência e prevenção de complicações, e a melhoria da qualidade de vida do idoso. A educação em saúde é fundamental para a adesão ao tratamento, já que formar hábitos saudáveis associados a mudanças no comportamento e estilo de vida exigem mais disciplina e paciência para se obter resultados do que o tratamento medicamentoso, que geralmente é de mais fácil aderência (FALCÃO *et al.*, 2018).

A HAS associada ao envelhecimento tem algumas particularidades, como maior sensibilidade ao sódio e maior resposta hipotensora aos diuréticos, um dos meios mais notáveis para a elevação da pressão sistólica e redução da pressão diastólica é o aumento da rigidez arterial, os pacientes idosos tem mais disfunção endotelial, e o efeito do avental branco está associado à atividade simpática aumentada. A atividade física regular contribui para a redução da PA, proporciona o melhor controle de outras comorbidades, reduzindo o risco cardiovascular global, além de atenuar o risco de quedas e de depressão, promove a sensação de bem-estar geral, melhorando a autoconfiança e a qualidade de vida. Os pacientes são orientados a serem acompanhados por equipe multidisciplinar, e é fundamental que a família seja envolvida em todo o processo, não só para ampliar as chances de sucesso da adesão ao tratamento, mas pelo potencial preventivo que representa para aquele núcleo família (MIRANDA; FEITOSA, 2016).

Em hipertensos com PAS > 160 mmHg, existe uma indicação concreta para a redução da PAS para 150 a 140 mmHg. Nos pacientes idosos fisicamente saudáveis, de idade < 80 anos, o tratamento anti-hipertensivo pode ser ponderado para valores de PAS \geq 140 mmHg com uma PAS alvo < 140 mmHg caso o tratamento seja bem aceito. Em indivíduos com idade superior a 80 anos com uma PAS inicial \geq 160 mmHg, é importante que a PAS esteja entre 150 e 140 mmHg, desde que o paciente esteja em boas condições físicas e mentais. Para os pacientes idosos frágeis, é aconselhado que o médico assistente delibere sobre a terapêutica anti-hipertensiva com base na monitorização dos efeitos clínicos do tratamento. Em um paciente octagenário, deve ser considerada a continuação do tratamento anti-hipertensivo se bem tolerado. Eles podem fazer uso de todos os fármacos anti-hipertensivos, apesar de os diuréticos e antagonistas de cálcio serem preferidos no tratamento da hipertensão sistólica isolada (MIRANDA; FEITOSA, 2016).

A maioria dos pacientes hipertensos precisam aliar a mudança do estilo de vida a fármacos para que se atinja a meta pressórica. As classes de medicamentos anti-hipertensivos mais importantes são diuréticos (DIU), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) e betabloqueadores (BB). O tratamento medicamentoso pode ser realizado com monoterapia ou com combinação de fármacos. A monoterapia pode ser a estratégia anti-hipertensiva inicial para pacientes com HA estágio 1 com risco CV baixo, ou paciente pré-hipertenso com risco CV alto, ou para indivíduos idosos e/ou frágeis. As classes de anti-hipertensivos utilizados no controle da PA em monoterapia inicial são: DIU tiazídicos ou similares, BCC, IECA ou BRA. Os BB podem ser considerados como fármaco inicial em situações específicas como pós-infarto agudo do miocárdio e angina do peito, IC com fração de ejeção reduzida (ICFER), para o controle da frequência cardíaca (FC) e em mulheres em idade reprodutiva (BARROSO *et al.*, 2020).

Os pacientes com HA estágio 1 com risco moderado e/ou alto, ou estágios 2 ou 3 iniciam o tratamento com a combinação de 2 medicamentos com mecanismos de ação distintos, nesse caso utiliza-se IECA ou BRA, associado a BBC ou DIU. Caso a meta pressórica não seja alcançada, ajustes de doses e/ou a combinação tripla de fármacos estarão indicados, então será usado IECA ou BRA, associado a BBC e DIU. Na sequência, mais fármacos deverão ser acrescentados até ser alcançado o controle da PA. Um quarto fármaco seria a Espironolactona e, se necessário, outros fármacos podem ser utilizados, como

os BB, alfabloqueadores, os simpatolíticos de ação central, os antagonistas da aldosterona e os vasodilatadores diretos.

A associação de fármacos baseia-se no acréscimo do efeito anti-hipertensivo quando se atua em mecanismos fisiopatológicos distintos por ações sinérgicas e pela inibição da ativação dos mecanismos contrarregulatórios. Além disso, a combinação de fármacos pode reduzir de forma importante os efeitos colaterais, pelo uso de menor dose de dois fármacos combinados ou pela capacidade que um dos fármacos pode ter de antagonizar os efeitos adversos do outro. As combinações em doses fixas e em comprimido único são preferenciais por se associarem a maior adesão ao tratamento e, por consequência, melhores resultados clínicos (BARROSO *et al.*, 2020).

Considerações finais

Segundo Zaitune *et al.* (2006), um dos problemas de saúde de maior prevalência é a hipertensão arterial, patologia que ocorre na maioria das pessoas idosas em todos os países. A identificação dos fatores de risco da hipertensão arterial, constituídos pela hereditariedade, etilismo, obesidade, status socioeconômico, tabagismo e uso de anticoncepcionais orais; colabora para os avanços na epidemiologia cardiovascular e nos métodos preventivos, que acrescidos ao tratamento farmacológico e não farmacológico, auxiliam na melhora do quadro do paciente. Sendo assim, a medida não farmacológica não possui menor importância, sobretudo pela realização de controle dos fatores de risco supracitados, assim como as modificações no estilo de vida para prevenir ou deter a evolução da hipertensão arterial.

Além disso, Neves (2013), destaca que o Ministério da Saúde deve preconizar o cuidado integral, resolutivo e de qualidade, mediante o desenvolvimento de políticas que objetivam ações com foco nas doenças como a hipertensão arterial (doença crônica não transmissível, mas que afeta a vida do indivíduo), e não somente voltadas para o modelo de auxílio médico tradicional. Deve ser objetivado o cuidado de saúde visando o indivíduo como um todo, buscando por melhora da qualidade de vida do paciente.

Referências

- BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. l.], 2021, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 01 mai. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 24 ago. 2022.
- FALCÃO, A. de S. *et al.* Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 31, n. 2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7402>. Acesso em: 28 mai. 2022.
- FARIAS, Áurea; MOURA, Cíntia; PASSOS, Sandra. Principais fatores que dificultam ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista JRG De Estudos Acadêmicos**, [s. l.], v. 5, n. 10, p. 54-67, jan./jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6123761>. Acesso em: 24 ago. 2022.
- FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 3639 p. Acesso em: 24 ago. 2022.
- JOBIM, Eduardo. Hipertensão Arterial no Idoso: Classificação e Peculiaridades. **Revista brasileira de clínica médica**, Jardim Alegre, v. 6, p. 250-253, out. 2008. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n6/a250-253.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2022.
- KASPER, Dennis L. *et al.* (Org.). **Medicina Interna de Harrison**. 19. ed. v. 1. Vila Buarque: AMGH, 2017. 11432 p. Acesso em: 24 ago. 2022.
- MALACHIAS, Marcus V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. 2016;19(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/FhvxcKzNy5BD-Dbd55FgRw6P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2022.
- MIRANDA, Roberto Dischinger *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 293-300, jul./set. 2002. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoarterial.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2022.

MIRANDA, Roberto Dischinger; FEITOSA, Audes Magalhães. Tratamento da hipertensão arterial em idosos: as metas pressóricas são diferentes? **Revista Brasileira de Hipertensão**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 16-21, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-881167>. Acesso em: 24 ago. 2022.

NEVES, Rosália Garcia et al. Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2017, v. 33, n. 7, e00189915. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189915>. Epub 07 Ago 2017. ISSN 1678-4464. Acesso em: 20 set. 2022.

QUEIROZ, M. G. *et al.* Hipertensão arterial no idoso – doença prevalente nesta população: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 4, p. 22590-22598, abr. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/9409/7936>. Acesso em: 24 ago. 2022.

SHAW, G. B. **Plays: Pleasant and Unpleasant.**, 1. ed., v. 1, p. 201, London, 1898. Acesso em: 22 ago. 2022.

ZAITUNE, Maria Paula *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Scielo **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, fev. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nJKBWMyHH6Jk8pG5Zswznjy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2022.

11. Considerações sobre a doença de Alzheimer

Ana Carolina da Fonseca Vargas¹

Júlia Pessanha Macêdo²

Roberto Batista Marques Júnior³

“O esquecimento é quando a gente não sabe onde deixou a chave do carro. Alzheimer é quando a gente encontra a chave, mas não sabe para que serve.”

(Moacyr Scliar, c2012-2022)

Considerações iniciais

A demência descreve uma variedade de distúrbios, sendo caracterizada clinicamente por uma deterioração na memória, aprendizagem, orientação espacial, linguagem, compreensão e julgamento, severa o suficiente para interferir na vida diária, e a doença de Alzheimer (DA) é a causa mais comum. De acordo com Neuner, Julia e Goate (2020), de todos os pacientes com demência, 70% são diagnosticados com DA, o que se aproxima de 44 milhões de indivíduos em todo o mundo.

De acordo com Scheltens *et al.* (2020), em 1906, Alois Alzheimer descreveu pela primeira vez esta doença neurodegenerativa, que levaria seu nome posteriormente. A DA é uma doença complexa, com etiologia multifatorial,

1 Acadêmica do 11º período de Medicina da Universidade Iguazu–Campus V. Email: anacarolinafvargas@gmail.com.

2 Acadêmica do 11º período de Medicina da Universidade Iguazu–Campus V. Email: juliapmacedo@outlook.com.

3 Sc. MSc. Biólogo e Acadêmico de Medicina na Universidade Iguazu–Campus V. Email: robertobmjr@gmail.com.

progressiva e irreversível. Quando os sintomas surgem antes dos 60 anos de idade, é denominada DA de início precoce, uma forma rara da doença que segue um padrão autossômico dominante na maioria dos casos, com mutações identificadas na proteína precursora de amilóide (APP), presenilina (PS) 1 e 2. A DA de início tardio, quando surge após os 60 anos de idade, afeta mais de 90% dos pacientes, com vários locos genéticos e fatores de risco identificados por uma combinação de estudos genéticos e abordagens bioinformáticas (SCHELTENS *et al.*, 2020).

Segundo Patterson (2019), pelo menos 50 milhões de pessoas vivem com a doença de Alzheimer ou outras doenças em todo o mundo e, caso não ocorram avanços no tratamento, as taxas podem ultrapassar 152 milhões até o ano de 2050. No Brasil, estima-se que cerca de 6% da população com idade superior a 60 anos, ou seja, 1,1 milhão de pessoas, convivem com a doença (MENDES *et al.*, 2020).

O governo oferece, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), tratamento gratuito para pacientes com DA, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – Doença de Alzheimer. Os PCDTs são feitos por consenso técnico-científico e visam racionalizar a prescrição e dispensação médica, por meio de critérios diagnósticos previamente estabelecidos, como os tratamentos recomendados (medicamentos e suas respectivas dosagens) e mecanismos de monitoramento da eficácia (BRASIL, 2017).

Nos últimos anos, foram feitos progressos para uma melhor compreensão da DA, mas ainda assim não é possível compreender completamente as causas dessa doença na maioria dos indivíduos. Nos pacientes acometidos pela DA de início precoce, a causa pode estar relacionada a uma mutação genética, enquanto a DA de início tardio pode ser decorrência de uma série complexa de alterações cerebrais que podem ocorrer ao longo de décadas. Provavelmente, nesses casos, a doença é causada por uma combinação de fatores ambientais, genéticos e de estilo de vida e a importância de qualquer um desses fatores para reduzir ou aumentar o risco de desenvolver a doença pode diferir de pessoa para pessoa (CAO *et al.*, 2018).

Em relação às pesquisas realizadas em todo o mundo sobre a doença, para o descritor Alzheimer disease, segundo o banco de dados de estudos clínicos Clinical Trials (c2022), existem 2.817 estudos, sendo 273 com status desconhecido, 1.431 concluídos e os demais em fase de desenvolvimento.

Essas descobertas moldaram a compreensão atual da patogênese da DA, bem como o desenvolvimento de alvos terapêuticos e o design de ensaios clínicos. Segundo Van Der Schaar *et al.* (2022), embora alguns dos fatores de risco genéticos identificados possam estar ligados à hipótese mais popular da cascata amilóide e à teoria Tau, várias vias comumente compartilhadas têm sido implicadas na doença, como disfunção do sistema imunológico, dyshomeostasis de lipídios e colesterol e desregulação da via de degradação de proteínas. Outras teorias também foram sugeridas, como disfunção mitocondrial, falta de suporte intrínseco de fatores neurotróficos, condições médicas comórbidas pré-existentes, incluindo doenças cerebrovasculares, diabetes e hipertensão, além de exposição ambiental, como infecção por vírus.

A demência causada pela DA geralmente apresenta déficits na formação da memória de curto prazo e distúrbios de funções cognitivas adicionais, incluindo busca de palavras, orientação espacial, raciocínio, julgamento e resolução de problemas. Como a idade é um dos fatores de risco mais significativos para a doença, estima-se que o número de casos apresente aumento crescente devido à maior longevidade da população de idosos. Dado que ainda não há cura para a doença, constitui um importante problema de saúde pública, devido às repercussões nos pacientes, familiares e na sociedade (LONG; HOLTZMAN, 2019).

Pais *et al.* (2020) afirmam que durante muito tempo acreditou-se que os sintomas da DA eram uma consequência inevitável do envelhecimento, entretanto, durante o último quarto de século, avanços importantes foram feitos na investigação da etiologia, diagnóstico e tratamento da doença, ampliando também o conhecimento sobre doenças neurodegenerativas relacionadas à idade, função cerebral dos idosos saudáveis e a forma de reduzir o declínio cognitivo normal associado ao envelhecimento.

Inicialmente, a DA destrói neurônios em regiões do cérebro envolvidas no controle da memória, como o hipocampo. Mais tarde, afeta o córtex cerebral e, em particular, as áreas responsáveis pela linguagem e raciocínio, podendo também produzir alterações de personalidade. Finalmente, muitas outras regiões do cérebro são afetadas e o paciente torna-se incontinente, confinado ao leito e não responde ao mundo exterior. Em contraste, o envelhecimento normal não está associado à perda de um grande número de células cerebrais (FRISONI *et al.*, 2017).

A DA é caracterizada por duas principais alterações estruturais: as placas amilóides- β e os emaranhados neurofibrilares. As placas de peptídeos amilóides- β aparecem primeiro nas regiões do cérebro envolvidas na memória e outras funções cognitivas. Consistem em depósitos extracelulares insolúveis de amilóide- β , que é o produto da fragmentação da proteína precursora de amilóide (PPA). Embora ainda não se saiba se as placas são causa ou consequência da doença, há evidências de que a formação de depósitos amilóides pode ser um processo fundamental (NEUNER; JULIA; GOATE, 2020).

Em relação aos emaranhados neurofibrilares, Billmann, Pezzini e Poeta (2020) afirmam que, nos neurônios normais, os microtúbulos adotam um arranjo ferroviário, mantido pela proteína Tau, que atua como dormente. Na DA, essa proteína é alterada e duas moléculas são enroladas helicoidalmente em torno uma da outra. A agregação desses filamentos dá origem à formação de emaranhados neurofibrilares e à separação dos microtúbulos, com a consequente alteração do mecanismo de transporte intracelular.

Evidências sugerem que a deposição de amilóide e a patologia de Tau na DA podem preceder em décadas as mudanças estruturais no cérebro, incluindo perda de volume do hipocampo e diminuição do metabolismo da glicose e, à medida que a doença progride, as características clínicas da perda de memória, dependência social e anormalidades motoras acabam se manifestando (MOREIRA, M.; MOREIRA, S., 2020).

Sinais e sintomas clínicos

Caetano, Silva e Silveira (2017) definem a DA como uma condição progressiva, o que significa que os sintomas se desenvolvem gradualmente e se tornam mais graves ao longo dos anos e afetam várias funções cerebrais. O primeiro sinal da doença geralmente é a ocorrência de pequenos problemas de memória e, à medida que a condição se desenvolve, os problemas de memória se tornam mais graves e outros sintomas podem se desenvolver. Os sintomas são de ordem cognitiva, neurológica, comportamentais e psicológicos.

Uma memória prejudicada é a marca registrada da apresentação cognitiva da DA. A fase inicial é caracterizada por déficits sutis de memória, no entanto os pacientes geralmente apresentam um comprometimento cognitivo global. A DA

nem sempre se apresenta como uma entidade neuropsicologicamente homogênea, com déficit de memória inicial, seguida de prejuízos subsequentes em outras funções cognitivas. Alguns pacientes podem ter déficits proeminentes em vários domínios cognitivos além da memória, especialmente nos estágios iniciais da doença. Os déficits do lobo frontal e occipital ou da função executiva podem ser o sintoma inicial mais relevante na DA (ARAGÃO *et al.*, 2018).

Os déficits de linguagem são a segunda manifestação cognitiva mais proeminente da DA. Disnomia, parafasias verbais e dificuldade para encontrar palavras são as características mais salientes e, em alguns casos, podem ser o sintoma clínico inicial. Tanto a fluência quanto, em menor grau, a compreensão auditiva também são prejudicadas. No entanto, embora a compreensão da linguagem tenda a se deteriorar em estágios mais avançados da doença, a compreensão de expressões figurativas é afetada desde os primeiros estágios. Os déficits de linguagem têm sido considerados como o mais importante preditor cognitivo de declínio rápido na DA (RIBEIRO; SANTOS; SOUZA, 2021).

As habilidades de desenho visuoespacial/visuoconstrutivo são prejudicadas nos estágios iniciais da doença. Da mesma forma, déficits de resolução de problemas, formação de conceitos e flexibilidade cognitiva, bem como apraxia ideacional são comuns, embora alguns pacientes também possam manifestar apraxia ideomotora. Grande parte dos pacientes desconhece seus déficits cognitivos ou são incapazes de reconhecer a sua magnitude, situação que piora à medida que a doença progride (MOREIRA, M.; MOREIRA, S., 2020).

Segundo Scheltens *et al.* (2020), sinais neurológicos inespecíficos, anormalidades dos nervos cranianos e da marcha são mais frequentes na DA do que no envelhecimento normal. No entanto, esses pacientes apresentam sinais extrapiramidais nos estágios iniciais da doença e movimentos mioclônicos, que tendem a ocorrer com mais frequência à noite ou durante o sono, sendo comuns em estágios posteriores.

Os sintomas psicóticos (delírios, alucinações) e comportamentos disruptivos (agressividade, agitação psicomotora) são comuns nesses pacientes e estão, de acordo com Van Der Schaar *et al.* (2022), entre as manifestações comportamentais mais perturbadoras. As alucinações visuais são mais frequentes do que as auditivas ou sensoriais.

Sintomas depressivos podem ocorrer em um grande número de pacientes com DA, em qualquer momento durante o curso da doença. A apatia, carac-

terizada por falta de motivação, iniciativa diminuída, acinesia e indiferença emocional, estão associados à DA e são a principal causa de sofrimento do cuidador, sendo comuns em estados de pré-demência e aumentando em frequência à medida que a doença progride (ARAGÃO *et al.*, 2018).

Para Long e Holtzman (2019), esses sintomas afetam quase todos os indivíduos com DA ao longo da doença e, embora flutuem, raramente desaparecem. Seus efeitos, tanto nos pacientes quanto nos cuidadores, são graves e estão associados a prejuízos nas atividades da vida diária, má qualidade de vida, institucionalização precoce, progressão acelerada da doença, aumento da mortalidade, estresse do cuidador e aumento do custo dos cuidados.

Alguns pacientes apresentam o que se denomina DA atípica, na qual os problemas de memória não são os primeiros sintomas. Isso se deve ao fato de que, apesar da doença ainda ser causada por placas e emaranhados, a primeira parte do cérebro a ser afetada não é o hipocampo (ARAGÃO *et al.*, 2018).

A DA atípica não é comum em indivíduos diagnosticados após 65 anos de idade, sendo mais comum na DA de início precoce e, segundo Aragão *et al.* (2018), até um terço dessas pessoas apresentam essa forma da doença. Existem três formas atípicas da DA e sintomas característicos para cada uma delas.

A atrofia cortical posterior se desenvolve quando há danos em áreas na parte de trás do cérebro, que processam os sinais dos olhos e ajudam na percepção espacial. Nesses casos, os primeiros sintomas da DA geralmente se apresentam na dificuldade para identificar objetos ou ler, mesmo que os olhos estejam saudáveis. Também influencia no julgamento e percepção das distâncias, ao descer escadas e descoordenação motora (RIBEIRO; SANTOS; SOUZA, 2021).

A afasia logopênica se desenvolve quando há danos nas áreas do lado esquerdo do cérebro, que produzem a fala, causando problemas para encontrar a palavra certa ou fazer longas pausas enquanto fala. A DA de variante frontal se desenvolve quando há danos nos lobos da frente do cérebro. Os sintomas incluem problemas com planejamento e tomada de decisão e o paciente pode se comportar de maneira socialmente inadequada ou parecer não se importar com os sentimentos dos outros (RIBEIRO; SANTOS; SOUZA, 2021).

Critérios diagnósticos

Inicialmente, o diagnóstico da DA restringia-se ao estágio de demência ou sintomas neurocomportamentais de gravidade suficiente para causar impacto funcional evidente na vida diária. Esforços de consenso para o uso de biomarcadores no diagnóstico da DA começaram em 2007, quando foi proposto o uso da tomografia por emissão de pósitrons (PET) para a medição da amilóide- β e Tau no líquido cefalorraquidiano, testes genéticos e alterações estruturais cerebrais medidas por ressonância magnética, associadas a alterações cognitivas sutis para diagnosticar a DA em estágios iniciais (BILLMANN; PEZZINI; POETA, 2020).

Para Dubois *et al.* (2007), a avaliação do distúrbio específico da memória episódica característica da doença e o suporte de biomarcadores definiriam o distúrbio e a doença não poderia ser diagnosticada sem biomarcadores positivos, propondo, assim, que um paciente com síndrome demencial com início de deficiências de memória poderia confirmar ou não a doença.

Segundo Mckhann *et al.* (2011), o *National Institute on Aging and the Alzheimer's Association* (NIA-AA) propôs em paralelo um guia de diagnóstico, apontando critérios separados para três estágios da doença: DA pré-clínica, comprometimento cognitivo leve e demência da DA. Um dos principais avanços foi a consideração da DA como um processo nosológico que tem continuidade desde as fases assintomáticas até o desenvolvimento de uma demência plenamente caracterizada, do ponto de vista clínico-biológico. Dessa maneira, haveria estágios assintomáticos, oligossintomáticos e multissintomáticos, mas tudo faria parte do mesmo processo patológico. Isso foi muito importante porque chamou a atenção para a possibilidade de utilização de biomarcadores que possibilitassem pensar o diagnóstico de DA em fases assintomáticas (MCKHANN *et al.*, 2011).

De acordo com Jack *et al.* (2018), em 2018, o NIA-AA propôs a definição da DA como um construto biológico, em que os sintomas clínicos ficam em segundo plano, enquanto os biomarcadores são a base do diagnóstico, em que o depósito de proteínas anormais (amilóide e tau) a definem como uma doença neurodegenerativa única entre os diferentes distúrbios que podem desenvolver demência. Dessa forma, seria possível ter uma caracterização mais precisa, uma melhor compreensão da sequência de eventos que levam à deterioração cognitiva, bem como sua etiologia multifatorial (JACK *et al.*, 2018).

Jack *et al.* (2018) agruparam os biomarcadores em A (amilóide), T (tau fosforilada) e N (neurodegeneração, medida pela tau total, quando aplicável), formando o quadro ATN. Neste quadro de investigação, o diagnóstico é definido pela presença de amilóide- β e tau fosforilada. A presença de amilóide- β (independentemente da presença de tau fosforilada e neurodegeneração) é denominada alteração patológica de Alzheimer, baseando o diagnóstico de pesquisa apenas em evidências de biomarcadores.

Os estágios clínicos podem variar de cognitivamente normal a comprometimento cognitivo leve e demência, enfatizando o *continuum* da doença, que se estende por um período de anos. A estrutura da ATN sustenta a importância da amilóide- β e da tau como características definidoras da DA, consequentemente propondo que esta pode ser diagnosticada apenas por biomarcadores, e distinguindo definitivamente entre os conceitos de DA e demência. Entretanto, apesar dos biomarcadores ATN predizerem claramente a demência incidente no declínio cognitivo subjetivo, a modelagem de risco individualizada continua sendo um desafio (VAN DER SCHAAR *et al.*, 2022).

De acordo com Pais *et al.* (2020), ainda que seja bastante defendido o diagnóstico precoce, que se refere ao limiar mais baixo da doença ou à fase de comprometimento cognitivo leve, com agrupamento de sinais e sintomas precoces, raramente este é obtido. Isso ocorre porque a DA tem um estágio pré-clínico com os sintomas clínicos ainda evidentes, mas com alterações no cérebro e risco de progressão desconhecido, estágio intermediário com alterações cognitivas e funcionais leves e demência devido ao estágio grave, com declínio cognitivo e funcional grave.

Entre as razões para o diagnóstico tardio está o fato de que os sinais e sintomas nos estágios iniciais por vezes não são reconhecidos e/ou confundidos com sinais de velhice ou sintomas de outras condições. No entanto, Frisoni *et al.* (2017) afirmam que retardar o início da doença em cinco anos por meio de diagnóstico e intervenção precoces poderia reduzir a taxa de mortalidade por demência (estágio avançado da DA) em 30.000 por ano.

Opções de tratamento

Ainda não foi descoberta a cura para a DA, porém contamos com medidas farmacológicas e não farmacológicas para auxiliar na redução da desordem cognitiva, neurológica e comportamental, que visam proporcionar uma melhora na qualidade de vida do paciente e de sua família (COSTA *et al.*, 2019). No tratamento não farmacológico, utilizam-se estratégias de atendimento multidisciplinar, com técnicas mnemônicas ou de aprendizagem, estratégias compensatórias, terapias de orientação da realidade e abordagem terapêutica com grupo de famílias e cuidadores (ALBERCA, 2015).

Um estudo realizado pela RECOM (2019), através de uma revisão integrativa da literatura, reuniu as propostas de métodos não farmacológicos para o tratamento da DA. Após análise dos artigos selecionados, foram criadas três categorias: intervenção motora, intervenção cognitiva e musicoterapia. Comprovou-se que exercícios físicos apresentam melhora significativa no estado funcional e cognitivo desses pacientes. A estimulação cognitiva mostrou-se efetiva na estabilização dos sintomas e consequente estagnação na progressão da doença. Na musicoterapia, foram observadas expressões de felicidade, redução do estresse e da dor, aumento do relaxamento e resgate da memória através da recordação de experiências e momentos felizes (COSTA *et al.*, 2019).

O tratamento farmacológico consiste na administração de drogas que inibem a degradação da acetilcolina (inibidores da acetilcolinesterase ou anticolinesterásicos), substância presente no cérebro que se encontra reduzida em paciente com DA. Nos casos de demência leve e moderada, as medicações utilizadas no Brasil são a rivastigmina, a donepezila e a galantamina, e a resposta varia entre os pacientes, mas há evidências de que essas drogas podem estabilizar parcialmente a progressão da doença, de modo que a evolução torne-se mais lenta (ABRAZ, 2022).

Nas fases moderada a grave, é indicado a associação da memantina aos anticolinesterásicos. Trata-se de uma droga antagonista não-competitiva de moderada afinidade dos receptores NMDA, que atua modulando os efeitos dos níveis tônicos patologicamente elevados do glutamato (diminuem a excitotoxicidade), que poderão levar à disfunção neuronal (CHAVES *et al.*, 2018).

Outras medicações específicas como anticonvulsivantes, antipsicóticos e antidepressivos são utilizadas para tratar sintomas comportamentais e psi-

cológicos, tais como agitação, depressão, agressividade, alterações do sono, ansiedade, delírios e alucinações. Algumas substâncias e drogas, por exemplo, ginkgo biloba, selegilina, vitamina E, Ômega 3, redutores da homocisteína, estrogênio, anti-inflamatórios e estatina, também são prescritas para auxiliar no tratamento da doença, porém até o momento não há evidências de eficácia para fins específicos de tratamento da demência (CHAVES *et al.*, 2018; ABRAZ, 2022).

Considerações finais

Os pacientes portadores da DA requerem cuidados constantes devido a condição de vulnerabilidade e dependência inerentes à doença. É importante que a família/responsável faça adesão ao tratamento, seguindo doses e horários das mediações corretamente e às demais orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.

A DA faz parte de um grupo enorme das conhecidas síndromes demenciais, que incluem também demência vascular, demência mista, demência por corpúsculos de Lewy, demência frontotemporal, doença de Huntington, doença de Creutzfeldt-Jakob, demências reversíveis e demências infecciosas. Essas síndromes são caracterizadas pela perda progressiva na função cognitiva, principalmente da memória, interferindo na vida do paciente. Muitas vezes são feitos diagnósticos equivocados de DA em idosos que possuem tal déficit por outras causas, e o doente deixa a consulta com uma prescrição farmacológica imprópria, iniciando-se uma cascata iatrogênica. Perda de memória não é sinônimo de doença de Alzheimer, é necessário um investigação apurada para um diagnóstico adequado.

Referências

ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer, c2022. Disponível em: <http://www.abraz.org.br>. Acesso em: 25 mai 2022.

ALBERCA, J. M. G. Cognitive intervention therapy as treatment for behaviour disorders in Alzheimer disease: Evidence on efficacy and neurobiological correlations. **Neurologia**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 8-15, jan./ fev. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23246216/>. Acesso em: 24 ago. 2022.

- ARAGÃO, R. F. *et al.* As manifestações clínicas e implicações no cotidiano do idoso com doença de Alzheimer. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 5, n. 2, p. 198-207, 2018. Disponível em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_18/Trabalho_01.pdf. Acesso em: 24 ago. 2022.
- BILLMANN, A.; PEZZINI, M. F.; POETA, J. Biomarcadores no líquido cefalorraquidiano no desenvolvimento da Doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. **Revista Psicologia e Saúde**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 141-153, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000200010. Acesso em: 24 ago. 2022.
- BRASIL. **Portaria Conjunta nº 13, de 28 de Novembro de 2017**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/867171/doi-2017-12-08-portaria-conjunta-n-13-de-28-de-novembro-de-2017-867167. Acesso em: 24 ago. 2022.
- CAETANO, L. A. O.; SILVA, F. S.; SILVEIRA, C. A. B. Alzheimer, Sintomas e Grupos: Uma Revisão Integrativa. **Revista do NESME**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 84-93, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000200010. Acesso em: 24 ago. 2022.
- CAO, J. *et al.* Advances in developing novel therapeutic strategies for Alzheimer's disease. **Molecular Neurodegeneration**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 64-84, 2018. Disponível em: <https://molecularneurodegeneration.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13024-018-0299-8>. Acesso em: 24 ago. 2022.
- CHAVES, J. C. *et al.* Tratamento farmacológico e assistência psicológica na doença de Alzheimer. **Revista Saúde em Foco**, n. 10, 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/12/110_TRATAMENTO-FARMACOL%C3%93GICO-E-ASSIST%C3%80NCIA-PSICOL%C3%93GICA-NA-DOEN%C3%87A-DE-ALZHEIMER.pdf. Acesso em: 24 ago. 2022.
- CLINICAL TRIALS. **Alzheimer disease**, c2022. Disponível em: <https://clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=Alzheimer+Disease&term=&cntry=&state=&city=&dist=>. Acesso em: 3 mai. 2022.
- COSTA, B. G. L. *et al.* Métodos não farmacológicos para o tratamento do Alzheimer: Uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 2019. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2786/2256>. Acesso em: 24 ago. 2022.
- DUBOIS, B. *et al.* Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. **Lancet Neurol**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 734-746, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17616482/>. Acesso em: 24 ago. 2022.

- FRISONI, G. B. *et al.* Strategic roadmap for an early diagnosis of Alzheimer's disease based on biomarkers. **Lancet Neurol**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 661-676, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28721928/>. Acesso em: 24 ago. 2022.
- JACK, C. *et al.* NIA-AA Research framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. **Alzheimer's Dement**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 535-562, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29653606/#:~:text=The%20research%20framework%20focuses%20on,the%20pathologic%20process%20each%20measures>. Acesso em: 24 ago. 2022
- LONG, J. M.; HOLTZMAN, D. M. Alzheimer Disease: An Update on Pathobiology and Treatment Strategies. **Cell**, [s. l.], v. 179, n. 2, p. 312-339, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31564456/>. Acesso em: 24 ago. 2022.
- MCKHANN, G. M. *et al.* The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association work groups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's Dement**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 263-269, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21514250/>. Acesso em: 24 ago. 2022.
- MENDES, D. H. C. *et al.* Prevalence of Alzheimer's disease according to anticholinesterase drug usage from 2012 to 2017 in the state of Paraná, Brazil. **F1000Research**, [s. l.], v. 9, n. 641, p. 1-13, 2020. Disponível em: [https://f1000research.com/articles/9-641#:~:text=The%20median%20overall%20prevalence%20of,among%20men%20\(Table%201\)](https://f1000research.com/articles/9-641#:~:text=The%20median%20overall%20prevalence%20of,among%20men%20(Table%201)). Acesso em: 24 ago. 2022.
- MOREIRA, M.; MOREIRA, S. V. O espectro clínico e laboratorial da doença de Alzheimer. **Revista Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 14, n. 3, p. 83-110, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472020000300007Acesso em: 24 ago. 2022.
- NEUNER, S. M.; JULIA, T. C. W.; GOATE, A. M. Genetic architecture of Alzheimer's disease. **Neurobiology of Disease**, [s. l.], v. 143, n. 1, p. 1-42, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0969996120302515>. Acesso em: 24 ago. 2022.
- PAIS, M. *et al.* Diagnóstico precoce e tratamento da doença de Alzheimer: novas definições e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s. l.], v. 42, n. 4, p. 431-441, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/HBvmXvBGzwbvksYBfNjd7Vf/?lang=en>. Acesso em: 16 jul. 2022.
- PATTERSON, C. **World Alzheimer Report 2018**. The state of the art of dementia research: new frontiers. London: Alzheimer's Disease International, 2019.

- RIBEIRO, H. F.; SANTOS, J. S. F.; SOUZA, J. N. Doença de Alzheimer de início precoce (DAIP): características neuropatológicas e variantes genéticas associadas. **Rev Neuropsiquiatr**, [s. l.], v. 84, n. 2, p. 113-127, 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972021000200113#:~:text=Os%20genes%20mais%20comumente%20relacionados,promovendo%20a%20libera%C3%A7%C3%A3o%20de%20fatores. Acesso em: 24 ago. 2022.
- SCHELTENS, P. *et al.* Alzheimer's disease. **Lancet**, [s. l.], v. 397, n. 10284, p. 1577-1590, 2020. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736\(15\)01124-1](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(15)01124-1). Acesso em: 24 ago. 2022.
- SCLIAR, M. Frases de Moacyr Scliar. **KD Frases**, c2012-2022. Disponível em: <https://kdfrases.com/frase/162581>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- VAN DER SCHAAR, J. *et al.* Considerations regarding a diagnosis of Alzheimer's disease before dementia: a systematic review. **Alz Res Therapy**, [s. l.], v. 14, n. 31, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://alzres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13195-022-00971-3>. Acesso em: 24 ago. 2022.

12. A mulher idosa mastectomizada: câncer de mama

Marina Hübner Freitas dos Santos Silva Machado¹

Brunna Monteiro Lubanco²

Luciana Ximenes Bonani Alvim Brito³

“Não sei se a vida é curta ou longa demais para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira e pura... enquanto durar.”

(Cora Coralina, 1965)

Considerações iniciais

1 Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial, pela Universidade de Taubaté (UNITAU); Graduada em Odontologia, pela Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE); Graduanda em Medicina pela Universidade Iguazu (UNIG).

2 Graduanda em Medicina pela Universidade Iguazu (UNIG).

3 Mestra em Ciências da Saúde/Medicina; Ginecologista e Obstetra do Hospital São José do Avai; Chefe do serviço de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital São José do Avai; Professora assistente do curso de Medicina da Universidade Iguazu (UNIG); Professora assistente do curso de Medicina da FAMESC; Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos; Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Maternidade Odete Valadares (FHEMIG); Especialização em Endoscopia Ginecológica pelo IPSEMG; Especialização em Uroginecologia pela UNIFESP.

O câncer de mama é a neoplasia mais prevalente entre as mulheres em todo o mundo, excluindo os tumores de pele não melanoma. É o responsável por 23% do total de câncer no mundo (AZEVEDO *et al.*, 2017), sendo o câncer que mais mata mulheres em países em desenvolvimento. Estima-se que a sobrevida em mulheres tratadas em 05 anos seja de 85% nos países desenvolvidos e de 50 a 60% nos países em desenvolvimento. Mesmo sendo uma neoplasia de grande incidência, foi evidenciada baixa adesão das idosas aos exames de prevenção, o que se explica, entre outros motivos, pela dificuldade de acesso ao serviço, baixo grau de instrução e constrangimento durante a realização do exame.

A diminuída precaução com a saúde feminina na terceira idade é um dado relevante na incidência do câncer de mama, o que é um contrassenso, já que o envelhecimento é um dos principais fatores de risco para esse tipo de neoplasia. Estima-se que os casos de morte estão relacionados em 60% à descoberta tardia e a alta incidência da doença com o avançar da idade. Além disso, 80 a 90% dos casos de câncer de mama poderiam ser diagnosticados em mulheres assintomáticas caso as estratégias de prevenção fossem cumpridas.

O impacto do diagnóstico do câncer de mama traz incerteza e insegurança às mulheres. O reconhecimento da doença põe em risco não só a vida da paciente, mas também afeta a sua feminilidade, pois as mamas representam uma dádiva por sua atuação como fonte de nutrição, e também atuam como um instrumento de prazer e autoestima. Muitas mulheres vivenciam imensa angústia, sofrimento e ansiedade diante do reconhecimento do câncer, além de experienciar sentimento de perda, depressão, depreciação da autoimagem, queda da libido sexual no tratamento, assim como instabilidade emocional resultante das constantes mudanças físicas, psicológicas, familiares e sociais.

Com o diagnóstico do câncer de mama, a terapêutica será definida e as modalidades de tratamento incluem a quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia e cirurgia, sendo a cirurgia o tratamento primário, aumentando significativamente a sobrevida das pacientes. A mastectomia é a cirurgia na qual todo o tecido mamário é retirado, o que traz fortes consequências à paciente, pois acomete um órgão de representação sexual feminina. O efeito psicológico do procedimento transcende a pessoa em tratamento, causando repercussão em todo o âmbito familiar.

A implicação psicológica na terceira idade traz desfechos parecidos, pois as sexagenárias atuais passaram por um processo de transformação com o em-

poderamento feminino, de modo que a sexualidade, a vaidade e a manutenção da relação sexual fazem parte da vida das idosas. Sendo assim, a hipótese da mastectomia afeta inclusive a relação conjugal, pois a insatisfação dos parceiros com a perda da mama gera sentimentos de tristeza e desvalorização da imagem feminina. A perda da mama enfraquece a mulher em sua sexualidade e feminilidade, fazendo com que ela inicie um caminho de sofrimento e mal-estar após a mastectomia.

Além da religião, a família é a rede de apoio fundamental para minimizar os danos psicológicos causados na autoestima das pacientes. Outro ponto importante é a confiança e segurança no tratamento, sendo que a instituição aparece como suporte a essas mulheres por meio dos profissionais envolvidos (SANTOS *et al.*, 2017).

Por fim, salta aos olhos primeiramente a importância na contenção do câncer de mama. O estabelecimento de estratégias de combate através da divulgação de informações sobre a doença, fatores de risco e meios de prevenção são armas para diminuir a alta incidência desse tipo de neoplasia. Instruções voltadas à população idosa também são válidas, uma vez que o risco aumenta com a idade e é comum ainda haver pouca adesão da terceira idade na prevenção com a doença. Além disso, apesar de tratar-se de uma doença física, seu reflexo emocional afeta as pacientes em muitos aspectos, de modo que o medo e a insegurança são sentimentos constantes. Muitas vezes a cura vem acompanhada da mutilação física e moral daquela paciente, alterando sua imagem corporal, identidade e autoestima, e a restauração da autoconfiança só é alcançada com o apoio da família, fé e esperança.

A mulher idosa no contexto atual

O Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso consideram como população idosa as pessoas com 60 anos ou mais. A evolução da medicina e os avanços tecnológicos contribuíram para o aumento da expectativa de vida e, principalmente, da qualidade de vida das pessoas que fazem parte dessa faixa etária (MENEZES *et al.*, 2011).

Tendo em vista o novo perfil da pessoa idosa, é importante traçar a representação de uma grande parte das mulheres idosas nos dias de hoje. Primeiro,

deve ser considerado que a figura da mulher atual já não corresponde mais exclusivamente ao papel de mãe e esposa, sendo elas hoje livres e independentes (BARROS; MOURÃO, 2018). Para Azevedo e Sousa (2019), o empoderamento feminino é uma forma de promoção à saúde, uma vez que capacita grupos de indivíduos a encarar a vida em suas distintas etapas. Apesar de ainda não vivermos uma completa igualdade de gênero, a evolução da mulher dentro da sociedade é capaz de refletir e influenciar as mulheres de todas as idades, de forma que o empoderamento das mulheres idosas funciona como instrumento para que elas percebam o seu papel social e alcancem metas enquanto indivíduos com conhecimentos únicos (AZEVEDO; SOUSA, 2019). Essa onda da evolução marca uma maior independência feminina, inclusive na terceira idade.

A evolução na discussão de gênero aumenta a cada ano, da mesma forma que os avanços tecnológicos das pessoas idosas não ficaram para trás. De acordo com Alves e Oliveira (2015), há um interesse por parte das pessoas idosas no acesso aos meios de informação e comunicação. Segundo os referidos autores:

A aprendizagem em ambiente virtual é uma nova modalidade de formação continuada que está ajudando as pessoas a ter uma melhor qualidade de vida, na busca de uma maior consciência do seu mundo vivido e na construção do sentido da vida (ALVES; OLIVEIRA, 2015, p. 237).

A tecnologia vem facilitar a interação entre as pessoas e estabelecimento de novas relações sem sequer precisar sair de casa. Do mesmo modo, o indivíduo acompanha em tempo real os acontecimentos do mundo; há um desenvolvimento da classe idosa, que não mais fica alheia às informações (KACHAR, 2005). Assim, esse processo de inclusão é capaz de fazer com que as ideias virtualmente adquiridas tragam novos parâmetros ao estilo de vida das pessoas idosas, que usam o conhecimento como ferramenta de atualização a fim de estreitar a distância imposta pela idade.

Outro ponto que deve ser mencionado é a vaidade ainda conservada pelas mulheres idosas. As exigências sociais ao longo do tempo ainda impõem às mulheres a responsabilidade pela aparência (FIN *et al.*, 2015). A própria mídia estabelece padrões de beleza que não correspondem à estética das mulheres brasileiras, mas que são buscados pelo público feminino de todas as idades. Estudos de Fin *et al.* (2015) reconheceram que muitas mulheres recorrem aos procedimentos médicos e cosméticos com o intuito de afirmação social. Em

consequência disso, inicia-se uma corrida contra o tempo, com o consumo de cosméticos e realização de intervenções cirúrgicas para a integração aos parâmetros corporais prescritos pela sociedade.

A influência da pressão social nos cuidados estéticos pelas pessoas idosas é corroborada por Mello (2019), ao pontuar que, ao envelhecer, as pessoas acreditam que o cuidado com a aparência faz com que sejam vistos como indivíduos fortes e aptos a lidar com o cotidiano. Sendo assim, a perda da juventude soa como um estigma de fragilidade a ser enfrentado, o que reforça a necessidade da construção de uma imagem positiva e bela por aqueles que já ultrapassaram os 60 anos de vida.

A evolução da sociedade trouxe outro aspecto para a pauta: a sexualidade da mulher, de modo que a sexualidade da mulher idosa também passou a ser discutida e compreendida. Segundo Oliveira e Burjadón (2010), foi observado que grande parte das pessoas idosas não possuía conhecimento adequado acerca do assunto sexualidade. Para Eloi *et al.* (2017), durante muito tempo, era imposto às mulheres a culpa por desenvolver desejos e anseios carniais, que desviavam a pureza da virgindade. As gerações anteriores associavam a imagem da figura feminina como exclusivamente responsável pelo bem do casamento e satisfação do marido.

Ainda de acordo com Eloi *et al.* (2017), a sexualidade era restrita à vontade do marido e a realidade da experiência com o sexo vinha apenas após o casamento. Ocorre que, apesar do tabu em torno do tema, a sexualidade é um aspecto inerente ao ser humano em todas as suas fases. Segundo Dantas *et al.* (2017), estudos evidenciaram que a sexualidade influencia na qualidade de vida na velhice, mulheres com maior satisfação sexual conservaram melhor saúde mental em detrimento daquelas que se abstiveram dessa experiência. Desse modo, o preconceito vai ficando no passado e projetos de educação sexual vêm sendo instituídos na terceira idade, garantindo a essa população uma vida mais saudável, ativa e prazerosa.

Dessa forma, fica fácil perceber que o perfil da mulher idosa sofreu transformações ao longo dos anos. As sexagenárias não se restringem mais a seres frágeis, assexuados e sem voz. O acesso à informação, a educação sobre hábitos de vida mais saudáveis e a maior autonomia e liberdade das mulheres contribuíram para a construção de novos padrões de indivíduos na sociedade, sendo certo que há de se trabalhar para que as necessidades desse novo grupo sejam alcançadas.

O câncer de mama

O câncer pode ser definido por um conjunto de doenças que levam a mutações no genoma de uma célula. Essas mutações alteram a expressão de genes responsáveis pela manutenção da homeostasia celular. Assim, as células não mais respondem aos sinais reguladores de controle de proliferação, morte e diferenciação existentes, levando ao crescimento desordenado das células, que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo (HANSEN, 2008). No câncer de mama, as células mais comumente afetadas são as dos lóbulos e ductos mamários, dando origem aos carcinomas lobular e ductal, respectivamente.

O câncer guarda estreita relação com a idade, sendo o envelhecimento um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença (HANSEN, 2008). Outras hipóteses endócrinas, genéticas e ambientais também podem contribuir para o aparecimento do câncer de mama. Os fatores endócrinos estão relacionados à maior exposição ao estrogênio, como nas mulheres com menarca precoce e menopausa tardia. O excesso de peso após a menopausa também aumenta o período de exposição, uma vez que acelera a conversão periférica ao estrogênio no tecido adiposo (MATOS; RABELO; PEIXOTO, 2021).

Além disso, estima-se que 7% dos casos de câncer de mama estejam relacionados a alterações nos genes BRCA1 e BRCA2 e CDH1 (CORREIA, 2022). A ocorrência da doença aumenta se, associada a essa alteração genética, houver parentes de primeiro grau afetados, parentes afetados antes da menopausa ou um ou mais parentes com câncer ovariano em qualquer idade (AMADE, 2021).

Fatores ambientais como o consumo de álcool, exposição à radiação ionizante, tabagismo e inatividade física após a menopausa incidem, diretamente, no surgimento do câncer de mama (MATOS; RABELO; PEIXOTO, 2021). Os sinais do câncer de mama incluem nódulo fixo e geralmente indolor, pele da mama avermelhada, retraída ou com aspecto de casca de laranja, pequenos nódulos nas axilas ou no pescoço, alterações no mamilo e/ou saída espontânea de líquido anormal pelo mesmo (MAYRINK; PANOBIANCO; GRADIM, 2021).

É recomendado o rastreamento anual por meio do exame clínico da mama em todas as mulheres acima de 40 anos de idade. Seguindo o modelo oportunístico, é ainda preconizado o exame mamográfico em intervalos bienais a mulheres assintomáticas entre 50 e 69 anos (SALA *et al.*, 2021).

Segundo Hansen (2008), a mamografia é considerada um exame de alta acurácia para detecção de lesões malignas, entretanto alterações no exame de imagem não definem um diagnóstico neoplásico, mas somente apontam para a necessidade de realização da biópsia, da qual a análise histopatológica define o diagnóstico definitivo, o tipo histológico e a agressividade do tumor.

A estratégia do tratamento do câncer de mama, de acordo com Matos, Rabelo e Peixoto (2021), depende do estadiamento realizado através do sistema TNM, a partir da avaliação do tamanho do tumor, comprometimento dos linfonodos regionais e presença ou ausência de metástase à distância. À medida que o tumor é definido em estágios mais avançados, mais limitada se torna a terapêutica da doença. De acordo com a definição do tipo de tumor mamário será instituído o tratamento adequado. Dentre as intervenções disponíveis estão a quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e cirurgia. Esses métodos podem ou não ser combinados entre si para melhor prognóstico na resolução do caso.

De acordo com Ferreira e Franco (2017), a quimioterapia consiste na administração de agentes químicos antitumorais, atuando sobre as células potencialmente tumorais, apresentando a função de destruir as células cancerosas, impedindo seu crescimento e multiplicação, porém afeta também tecidos saudáveis, levando ao desencadeamento de efeitos colaterais em função da toxicidade. Barros, Barbosa e Gebrim (2001) nos ensinam que a quimioterapia neoadjuvante busca a redução do volume do tumor, permitindo a ressecção de um tumor, antes irressecável. Da mesma forma, torna possível a cirurgia conservadora para tumores, antes designados para cirurgias radicais. A quimioterapia adjuvante é realizada após o tratamento cirúrgico, visando esterilizar as células residuais, locais ou circulantes, reduzindo os riscos de metástases à distância (HANSEN, 2008).

A radioterapia tem o objetivo de inviabilizar as células tumorais, diminuindo as chances de recidiva e aumentando a sobrevida do paciente. No câncer de mama, a modalidade radioterápica bastante utilizada é a teleterapia, em que a radiação liberada atravessa os tecidos até chegar ao tumor (RAMOS; FERNANDES, 2020).

A radioterapia tem sido indicada como tratamento complementar das cirurgias conservadoras. Já após a mastectomia, uma lista de fatores será considerada para determinar ou não sua aplicação (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2008). Os efeitos colaterais da radioterapia estão normalmente restritos à área

irradiada, tendo início entre a segunda e terceira semana de tratamento, mas cessando em duas a quatro semanas após a radioterapia ter sido completada.

Dentre as modalidades de tratamento do câncer de mama, a hormonioterapia apresenta um bom perfil de toxicidade, elevada eficácia e grandes variedades de medicamentos disponíveis (PAULA *et al.*, 2021). Esta espécie terapêutica está indicada no caso de tumores hormônios-sensíveis aos hormônios estrogênio e progesterona, em qualquer estágio da doença. A terapia hormonal é capaz de aumentar a sobrevida a longo prazo e, quando iniciada em fase inicial da doença, pode diminuir o risco de recorrência e óbito em 15 anos (PAULA *et al.*, 2021). Os seus benefícios podem ser observados na pré e na pós-menopausa, independente da associação com a quimioterapia.

No que tange ao tratamento cirúrgico, pode ser do tipo conservador ou não conservador. No tratamento conservador, é realizada a tumorectomia, ou seja, exérese do tumor sem margens comprometidas, ou ainda, em outros casos, a ressecção segmentar, que é a exérese do tumor com margens comprometidas. Alguns estudos vêm apontando que o tratamento conservador associado à radioterapia possui resultado semelhante quando comparado à mastectomia (RAUPP *et al.*, 2017). O tratamento não conservador consiste nos seguintes tipos cirúrgicos: A – Adenomastectomia subcutânea, é feita a retirada da glândula mamária, preservando-se pele e complexo aréolo-papilar; B – Mastectomia simples ou total, consiste na excisão da mama, com pele e complexo aréolo-papilar; C – Mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais, mais linfadenectomia axilar (radical modificada); e D – mastectomia com retirada dos músculos peitorais, mais linfadenectomia axilar.

O tratamento cirúrgico não conservador pode ser feito tanto nos casos de doenças já diagnosticadas como nos casos de profilaxia em pacientes de alto risco. A decisão para cada tipo de tratamento irá se basear no estágio da doença (RAUPP *et al.*, 2017).

Aspectos emocionais e sentimentais de mulheres mastectomizadas

A mama é uma parte importante na estética corporal feminina e a presença do câncer acarreta significado mutilador com efeito físico e psicológico, depreciando o símbolo de feminilidade, que é motivo de orgulho e admiração. Assim,

a palavra câncer traz emoções e sentimentos negativos no decorrer do processo de adoecimento/tratamento, levando a uma pouca valorização do aspecto emocional em detrimento do aspecto anatômico da mulher, devido a maior visibilidade da doença no tocante às mutilações físicas (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

De acordo com Moura *et al.* (2010), a retirada da mama resulta em sofrimento mental, já que corpo e mente estão interligados e não há separação dessas partes no processo de condução de mudanças significativas no estilo de vida das mulheres acometidas por esse tipo de câncer. Desse modo, o período que precede a confirmação diagnóstica do câncer de mama e o início do tratamento carregam sensações relacionadas ao sofrimento psicológico que afeta o universo de relações da mulher acometida, levando-a a uma aproximação ou afastamento daqueles que a cercam (MENEZES; SCHULZ; PERES, 2012).

A mastectomia quebra a unidade do corpo feminino em partes, sendo necessário repensá-lo como o mesmo e um novo corpo, no sentido de possibilitar a melhoria das relações com os outros. Logo, a equipe de saúde deve estar preparada para se dispor à escuta e ao aconselhamento, principalmente voltadas à perda da mama, às repercussões psicológicas e à relação renovada com o parceiro e familiares (CESNIK; SANTOS, 2012). Portanto, quando o diagnóstico do câncer de mama traz a necessidade de realização da mastectomia, graves consequências psicológicas ocorrem devido a importância da mama para as mulheres, vista como um símbolo da feminilização (BRASIL, 2009).

Desse modo, deve-se considerar como parte das implicações relacionadas ao tratamento os efeitos negativos do câncer, tais como o medo da rejeição, do estigma, da mutilação, da recidiva e da morte (ALVES *et al.*, 2010). Atenção especial deve ser dada ao impacto emocional causado pelo período pré-operatório da mastectomia, identificando e revelando os sentimentos e as fontes de apoio necessários ao enfrentamento da doença.

Tensão relacionada à cirurgia

Após o diagnóstico do câncer de mama, a paciente inicia o tratamento, porém não é fácil viver esse momento. O medo se esconde em todo o percurso e a mulher procura vencer suas fraquezas aceitando a retirada da mama para que sua superação seja alcançada. Existem mulheres que admitem a perda da

mama, porém isso ocorre devido à confiança que elas depositam na cirurgia, acreditando ser sua chance de cura (ALMEIDA *et al.*, 2015; RAMOS *et al.*, 2012).

Segundo Alves *et al.* (2010), a mastectomia é o método mais empregado para a terapêutica do câncer de mama. É também a grande vilã na vida das mulheres, pois ela é a causadora das modificações e vivências neste momento, visto que aparece como um método agressivo, seguido de decorrências traumáticas para a vida e saúde dessa paciente.

A tensão experimentada por essa mulher prestes a adentrar o centro cirúrgico pode interferir de forma negativa ao lidar com novas situações, principalmente em momentos de adversidades na vida relacionadas à autoimagem. O diagnóstico do câncer de mama e a mutilação por vezes causam choque, transformando-se em algo doloroso, do ponto de vista psicológico. De acordo com Nascimento *et al.* (2015), acredita-se que a sensação de modificação da imagem corporal pode provocar sentimentos de tristeza e pânico, justificando o discurso das mulheres.

Além disso, o processo de adoecer demanda auto-organização devido à desordem causada pelo impacto da retirada da mama, conferindo um sentido específico à existência dessa mulher num contexto não somente individual, mas que envolve outras vidas, isto é, as vidas dos familiares que presenciam o adoecimento (AZEVEDO; LOPES, 2010). Sentir-se ansiosa ou tensa faz parte da resposta da mulher ao estímulo estressor que, neste caso, é o procedimento cirúrgico. Já sentir-se preparada envolve o apoio familiar e religioso, as orientações prestadas no pré-operatório, a confiança de que dará tudo certo e a possível segurança transmitida pela equipe multiprofissional. Desse modo, minimizar os sentimentos negativos deve ser uma meta dos profissionais de saúde, com o intuito de transpor as repercussões do câncer ao bem-estar da paciente.

Sentimentos negativos gerados pela percepção física após a mastectomia

A percepção feminina em relação ao corpo sempre levou o lado estético ao extremo, e quando a mulher se vê na possibilidade de ficar sem uma de suas mamas, a tendência é que venha a se martirizar por não saber como as pessoas

irão reagir em relação à sua aparência, principalmente seu parceiro, que poderá chegar a desistir da relação em alguns casos (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

O câncer de mama carrega o tabu de uma doença chamada “maldita” (BRASIL, 2004), possível causadora de desfiguração de partes do corpo e até do próprio atrativo sexual, e traz sofrimentos por seu tratamento prolongado. É visto também como potencialmente estressor, provocando uma série de transformações na vida tanto da mulher acometida quanto de seus familiares.

A necessidade da mastectomia é uma condição que causa muita dor e sofrimento, visto que esse procedimento acarretará na mutilação da mama, o que repercutirá na imagem corporal (COELHO *et al.*, 2010). A mulher sente-se inútil diante dessa situação, podendo ter o seu psicológico afetado, assim como sua sexualidade e até o seu desenvolvimento como esposa e mãe.

Um ponto importante a ser considerado seria o uso da reconstrução mamária como alternativa para melhoria destes sentimentos negativos. A reconstrução mamária é uma alternativa apresentada normalmente pelo médico na tentativa de amenizar o estigma e melhorar o aspecto físico, quando há possibilidade segura de realizá-la (SOUZA, 2007).

De acordo com Moura *et al.* (2010), é comum serem observados sentimentos de frustração, desânimo, vergonha e desvalorização da imagem do próprio corpo, além da não aceitação da condição atual e alterações na sexualidade nas mulheres mastectomizadas. Em alguns casos, a perda da mama ocasiona, também, sentimentos de rejeição e inferioridade, fazendo com que haja, consequentemente, uma alteração desfavorável da autoestima.

Apoio familiar

As diferentes etapas vividas desde o diagnóstico de câncer de mama retratam as experiências individuais das mulheres que enfrentam a doença. Autores tais como, Barbosa, Ximenes e Pinheiro (2004), afirmam que a mastectomia coloca a mulher frente ao sentimento de rejeição e de não aceitação de sua condição de ser mutilado, o que afeta seu desempenho dos seus vários papéis, principalmente frente ao casamento e ao relacionamento afetivo-sexual com o esposo, o que termina por incrementar a tristeza e a preocupação em relação à vida conjugal. A mutilação cirúrgica e as limitações impostas por

ela podem gerar uma confusão no dia a dia das pacientes ao desempenharem suas funções de donas de casa, avós, mães e profissionais.

A mulheres mastectomizadas podem buscar o apoio familiar e social ao conversarem com os familiares, amigos e vizinhos sobre a doença e as consequências adversas dos tratamentos (SALLES *et al.*, 2001). Porém, deixam implícita a possibilidade da escolha de pessoas com quem elas se sintam à vontade para dividir seus sentimentos. Quando se sentem acolhidas pelos familiares, o afeto recebido pode auxiliá-las a enfrentar a enfermidade, suprimindo suas carências emocionais (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009). Todavia, há aquelas que não contam com uma rede de apoio familiar com o mínimo de suporte emocional e afeto, o que faz com que essas mulheres se sintam desamparadas e essa lacuna permaneça aberta.

Viver com o câncer de mama e suas limitações, sobretudo as físicas impostas pela doença, mas, também, as alterações de rotina, em função de consultas médicas e tratamentos, que por vezes tiram a mulher da atividade laboral dentro e fora do ambiente doméstico, as pacientes assumem novos papéis. De uma situação na qual eram pessoas que, basicamente, cuidavam de outras, agora migram para uma nova condição de pessoas, aquelas que necessitam de cuidados. Além disso, também acrescentam à sua rotina alguns momentos de lazer, que não eram permitidos antes, frente às enormes responsabilidades do papel de “cuidar”, assumido anteriormente. Somado a isso, emerge a possibilidade de aceitarem ajuda financeira de parentes para auxiliar nos gastos que surgem durante o tratamento. Outra possibilidade que aparece, em alguns casos, é a de se dedicarem a novas atividades rentáveis, que reforçam sua autonomia e, conseqüentemente, repercutem no fortalecimento da autoestima (AMBRÓSIO; SANTOS, 2015).

Essas transformações estão relacionadas, sobretudo, ao fato de partilharem experiências com pessoas próximas, principalmente da rede familiar, que podem ajudá-las no processo de reapropriação de seus recursos (BARBOSA; XIMENES; PINHEIRO, 2004). Assim, a família é considerada o principal sustentáculo para a mulher que enfrenta as adversidades da doença, não apenas em termos da oferta de apoio e provimento de afeto, mas, também, como estímulo, a fim de que a mulher possa desenvolver seus próprios recursos para enfrentar a doença e, assim, ser vista como protagonista de seu próprio processo de enfrentamento, com o apoio declarado dos familiares e não como uma “vítima da doença”.

A forma como a mulher mastectomizada percebe o contexto familiar também varia em função do nível de receptividade emocional recebida. A possibilidade de se beneficiar plenamente do apoio familiar depende do fato da mulher perceber seu contexto social como receptivo. Quando isso acontece, pode ocorrer uma diminuição do estresse, aumento do vigor, melhora na condição de saúde autopercebida e uma redução do número de consultas médicas relacionadas às comorbidades (STANTON *et al.*, 2001).

Em relação à qualidade de vida, tanto o apoio social quanto o familiar são importantes para o bom funcionamento social das mulheres com câncer de mama e, conseqüentemente, para que elas tenham uma boa qualidade de vida, após a doença. Pacientes com câncer que conservam o estado de saúde estável e que contam com evidente apoio psicossocial podem desfrutar de uma adequada qualidade de vida em longo prazo, caso permaneçam em tratamento (AMBRÓSIO; SANTOS, 2015). Nesse sentido, mostra-se bastante útil o desenvolvimento de ferramentas que auxiliem as mulheres com câncer de mama e suas famílias, que se apresentam vulneráveis e necessitadas de apoio, especialmente se o diagnóstico da doença é recente e se o nível de escolaridade é baixo, se a paciente não tem emprego formal e se o cuidador é mãe ou jovem, com baixa escolarização, e se está desempregado(a) ou se sente doente (KLASSEN; WASHINGTON, 2008).

Nesses casos, os profissionais de saúde devem investir na educação e apoio dos familiares e das pacientes. Dessa forma, o suporte voltado à unidade familiar-paciente deve se iniciar no fortalecimento da própria relação, sendo que o diálogo instaurado na instituição familiar constitui a primeira possibilidade de apoio, com desconstrução de preconceitos e reconstrução de conhecimentos científicos sobre o câncer de mama (FABBRO; MONTONEL; SANTOS, 2008). Nesse contexto, o suporte pessoal e familiar é, claramente, relevante para as pacientes com câncer de mama, porém deve ser estimulado e incentivado pela equipe de saúde que as acompanha.

Sentimentos positivos gerados pelo conforto espiritual

Em relação ao apoio emocional, são aspectos importantes para o enfrentamento da doença, após o seu diagnóstico, o acolhimento familiar e o conforto espiritual e fé no tratamento/cura. É muito importante a presença da família

e de uma crença em um ser superior, enquanto estruturas de suporte psicossocial e espiritual, no momento pré-operatório. As mulheres revelam um encorajamento mais intenso para defrontar-se com o câncer, a partir da sensação de força e conforto por parte da família e de confiança e fé em Deus para aceitação da condição de enfermidade e de tratamento futuro.

De acordo com Mendes, Costa e Leite (2012), o diagnóstico do câncer de mama causa impacto psicológico importante e desencadeia experiências relacionadas à surpresa, tensão, aceitação, força e busca à religiosidade. No que tange a espiritualidade, a compreensão sobre a teia de significados religiosos é necessária para firmamento da confiança sobre a certeza de cura, promovendo a desconstrução de situações geradoras de sentimentos negativos e possibilitando mais coragem para lidar com a doença como algo passível de controle. A devoção auxilia no enfrentamento de situações de angústia, depressão e medo, que, por sua vez, proporciona apoio, proteção, esperança e fé (MOURA *et al.*, 2010).

Os indivíduos tendem a buscar respostas aos acontecimentos de suas vidas a um ser superior e divino. A religiosidade e a crença em algo majestoso e inexplicável que transcende a matéria fortalece o poder de amparo e conforto nos momentos de dificuldade e se consolida como fonte de cura (FERREIRA *et al.*, 2011). Ocorre uma sensação de consolo e alívio diante da confiança e fé em Deus, pois, para estas mulheres, a fé ajuda a reerguer as suas vidas, a aceitar a sua nova condição, enfrentar as dificuldades e também a sempre tirarem uma visão positiva das coisas (MOURA *et al.*, 2010). A devoção auxilia no enfrentamento de situações de angústia, depressão e medo que, por sua vez, proporciona apoio e proteção.

O sofrimento psíquico experimentado pela mulher que vivencia a mutilação pode variar de acordo com o tempo e a capacidade individual de cada pessoa que adquire o câncer de mama. A descoberta do diagnóstico favorece a sensação de incerteza do prognóstico, com o pavor da morte. Em paralelo, surgem a esperança e a fé, bem como meios que auxiliem no combate à doença (CAVALCANTI; COELHO, 2007). Portanto, devemos estar cientes do impacto das crenças religiosas sobre a doença, pois muitas vezes a espiritualidade faz parte da saúde de um indivíduo. Assim, as pessoas que sentem Deus em suas vidas são capazes de adaptar-se a mudanças inesperadas, como o câncer, denunciando a crença dessas mulheres em um ser supremo.

Nesse contexto, Nascimento *et al.* (2015) enfatiza que o importante da rede de apoio é a percepção de todos sobre a indivisibilidade do biológico, psicossocial e espiritual do ser humano, sendo as crenças religiosas e a confiança em um ser maior, bem como a presença de parentes e pessoas mais próximas, fatores poderosos para provocar adaptação às mudanças inesperadas e negativas. Aliado a isto, deve haver sensibilidade dos profissionais de saúde, na intenção de favorecer a busca ao autoconhecimento pela mulher vitimada, frente a uma situação difícil e que implicará em impacto em diferentes aspectos individuais e coletivo.

Sentimentos gerados pela falta de apoio dos profissionais durante a assistência

Ainda é uma realidade a necessidade de maior apoio e atenção por parte das equipes multiprofissionais, pois essa deficiência gera nas pacientes expressões de dúvidas, sentimento de insegurança, desolação, preocupação e tristeza.

As mulheres portadoras de câncer de mama, especialmente quando em idades mais elevadas, demonstram uma carga emocional muito intensa, pois o câncer é uma doença cheia de estigma e que obriga essa mulher a lidar com sentimentos de enfrentamento da doença. Dessa forma, os profissionais devem valorizar mais as queixas das pessoas que os procuram, favorecendo a identificação precoce do problema e garantindo melhor prognóstico e qualidade de vida.

A participação e colaboração dos profissionais de saúde que prestam cuidado direto e indireto à paciente é caracterizada por toques, palavras, gestos e sorrisos. O cotidiano envolve a interação entre esses profissionais e suas pacientes, necessária para suprir as suas necessidades humanas básicas, como forma de manter a integridade física e psicológica, além de observação de suas respostas aos agressores externos. Dessa forma, os profissionais de saúde devem utilizar a linguagem como preciosa ferramenta para se fazer compreender e atingir a interação humana (CAVALCANTI; COELHO, 2007). É comum que as mulheres se sintam melhores quando os profissionais de saúde fazem perguntas não somente associadas ao seu estado físico, mas também quando demonstram algum interesse pela pessoa e pelas vivências emocionais frequentes ao câncer de mama (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Outro aspecto a ser considerado é a falta de informação ou incentivo por parte dos profissionais na realização do procedimento de reconstrução mamária, o que é uma constatação corriqueira quando as pacientes falam sobre a cirurgia, seus sentimentos e assistência recebida, sem esboçarem algum incentivo ou esclarecimento por parte dos profissionais sobre a realização deste procedimento (MOURA *et al.*, 2010). No contexto das atribuições da equipe de saúde, é imprescindível a realização de um trabalho de incentivo e de suporte emocional para a mulher e sua família, além do trabalho curativo.

Sendo assim, a assistência às mulheres é fundamental para que elas reconheçam o quadro ao qual vivenciam. Isso é possível com o apoio da equipe multiprofissional, que deve oferecer informações em relação ao problema, procedimento cirúrgico, continuidade do tratamento, possibilidades de intervenções estéticas, pois essas informações ajudam a diminuir os sentimentos de dúvida, medo, preocupação e nervosismo gerados pela falta de apoio e ajuda a essas mulheres (MOURA *et al.*, 2010).

Considerações finais

Em que pese a evolução da medicina no tratamento do câncer de mama, em sua maioria a cirurgia vigora entre um dos métodos mais eficazes, como menciona Pereira *et al.* (2019), de modo que a realização da mastectomia aumentou a sobrevida das pacientes. Ainda de acordo com os referidos autores, a OMS prevê o crescimento desse tipo de neoplasias em cerca de 45% entre os anos de 2007 e 2030, ressaltando que 80% dos casos são descobertos em estágios mais avançados (PEREIRA *et al.*, 2019). Considerando o tempo de doença sem diagnóstico e a sua agressividade, os dados demonstram que a mastectomia será o principal pilar terapêutico para o câncer de mama, o que requer muita atenção tendo em vista sua repercussão física e emocional na vida da mulher.

Associado a isso, merece ressalva a mudança de perfil demográfico que o Brasil vem passando, em consonância com o aumento da população idosa no mundo. Mello (2019) aponta que até 2050 uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos. De acordo com a autora, à medida que as taxas de fertilidade diminuem e a proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresce, a expectativa de vida aumenta, invertendo a pirâmide etária.

É fato que a idade avançada se destaca como um dos principais fatores de risco para o desencadeamento da neoplasia mamária, mas a população idosa não parece ter os cuidados necessários. Conforme expõem Carvalho *et al.* (2009), há uma tendência ao tratamento de doenças crônicas na terceira idade, criando-se certa lacuna na assistência a precaução do câncer de mama nas mulheres idosas. O aumento da expectativa de vida, cumulado com a falta de programas de prevenção ao desenvolvimento desse tipo de câncer, fixa um cenário propenso a interromper a doença apenas em estágios mais avançados, causando profundo desgaste à saúde da mulher idosa. Dessa forma, é nesse cenário que convém refletir sobre todo o impacto que o tratamento do câncer de mama causa na vida daquelas que são por ele acometidas.

Segundo Inácio e Sumida (2020), as estratégias terapêuticas desse tipo de patologia cursam com efeitos colaterais como dor, insônia, fadiga, náusea, perda dos cabelos e do apetite. Durante esse processo, é comum as pacientes sofrerem pressões psicológicas, afetando sua saúde mental. Rocha *et al.* (2016) ressaltam que a mama é símbolo carregado de sexualidade; por isso, quando danificada, desencadeia sentimento de inferioridade e autorrejeição.

Nesse contexto, com misto de medo e impotência é que as mulheres buscam redes de apoio para o seu fortalecimento no combate à doença. Segundo Bartolomei (2008), a fé atua como fator de resiliência para grande parte das pacientes. Elas se valem da força maior para superar os desafios do tratamento ou para buscar conforto na iminência da morte. Além disso, Perlini, Leite e Furini (2007) pontuam o papel fundamental da família ao enfrentar esse embate. O suporte oferecido pela família é capaz de estimular a capacidade da mulher em gerir sua doença, favorecendo o bem-estar para lidar com essa condição. Por último, a confiança na equipe médica importa em deixar a paciente mais tranquila e confiante durante todo o percurso, o que estimula melhores prognósticos da doença.

Lidar com o câncer de mama, principalmente na terceira idade, não é uma tarefa fácil. Reconhecendo o envelhecimento populacional, a sociedade precisa discutir medidas para acompanhar esse processo e os anseios que essa faixa etária demanda. No que diz respeito ao tumor de mama, Batiston *et al.* (2016) reafirmam que, quanto mais cedo o diagnóstico é dado, melhor será o prognóstico e sobrevida dessas mulheres. São sugeridas estratégias na atenção primária à saúde, devido ao nível de proximidade desse serviço com o usuário. Da mesma forma, o alerta contínuo à população sobre os sinais e sintomas

umenta a adesão às ações propostas. E, principalmente, deve ser ressaltada a organização dos serviços que garantam a integralidade da assistência durante todo o tratamento.

Por fim, em que pese os contratempos fisiológicos da doença, o câncer de mama após os 60 anos ainda pode cursar com melhores prognósticos. Para isso, as estratégias de prevenção, voltadas à terceira idade, devem ser intensificadas e simplificadas de uma forma que alcance esse público e, assim, o diagnóstico precoce possa ser definido. De todo modo, é com o apoio da família, dos profissionais de saúde e da própria fé e crença em si mesma que mulheres, ainda que muitas vezes machucadas ou mutiladas, encontram forças para lutar, restabelecer a autoestima e dar a volta por cima.

Referências

- ALBUQUERQUE, R. N.; HOTT, G. C. C. Questões socioemocionais envolvidas no cuidado de mulheres mastectomizadas. **SAJES – Revista da Saúde da AJES**, Juína, v. 7, n. 14, p. 111-121, jul./dez. 2021. ISSN 2358-7202. Disponível em: <https://www.revista.ajes.edu.br/index.php/sajes/article/view/424/0>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- ALMEIDA, T. G. *et al.* Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Maceió, v. 19, n. 3, p. 432-438, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/sLpQr93tLPSw3HXhP3dZWdG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- ALVES, P. C. *et al.* Knowledge and expectations of women in the preoperative mastectomy. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 985-991, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/58F8K5gzLQrzXc5qw5NQcSB/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- ALVES, V. P.; OLIVEIRA, R. C. Tecnologias de comunicação e interação e envelhecimento humano: a busca da inclusão social pela inclusão digital. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 12, n. 3, p. 234-244, set./dez. 2015. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/6003>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- AMADE, Khatidja Abzal Badur Ali. **Anatomofisiologia da mama feminina, oncogenes, influência da nutrição, meio ambiental, hábitos – o estado da arte**. 41 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde. Lisboa, 2021. Disponível em: <https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/12544/1/DIS-SERTA%C3%87%C3%83O%20COM%20J%C3%9ARI%20KHATIDJA%20ABZAL%20BADUR%20ALI%20AMADE.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022.

- AMBRÓSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 851-864, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PLfpp5LhQwcd9McNKLcrmqb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2022
- AURELIANO, W. A. "...e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. **Rev. Estud. Fem.**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 49-70, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100004>. Acesso em: 25 ago. 2022
- AZEVEDO, D. B. *et al.* Perfil das mulheres com câncer de mama. **Rev. Enferm. UFPE on-line.**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2264-2272, jun., 2017 Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23386/19035>. Acesso em: 06 out. 2022.
- AZEVEDO, M. A.; SOUSA, L. D. de. Empoderamento feminino: conquistas e desafios. **SA-PIENS – Revista de divulgação científica–UEMG**, Carangola, v. 1, n. 02, p. 1-12, out. 2019. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/sps/article/view/3571/pdf>. Acesso em: 06 out. 2022.
- AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. **Rev. Bras. Enferm.**, [s. l.], v. 63, n. 6, p. 1067-1070, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xdD3LsXTdntsWvJKJpkFCvF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2022
- BARBOSA, R. C.M.; XIMENES, L. B.; PINHEIRO, A. K. B. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e rede social de apoio. **Acta Paul Enferm.**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 18-24, 2004. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/mulher-mastectomizada-de-sempenho-de-papeis-e-redes-sociais-de-apoio/>. Acesso em: 25 ago. 2022
- BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA, E. M.; GEBRIM, L. H. **Diagnóstico e tratamento do câncer de mama**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/cancer-de-mama-diagnostico-e-tratamento.pdfAcesso em: 25 ago. 2022
- BARROS, S. C. da V.; MOURÃO, L. Panorama da participação feminina na educação superior, no mercado de trabalho e na sociedade. **Psicologia & Sociedade**, n. 30, e74090, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/v6X4NdsLGPx7fmpJBC-WxsdB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2022.
- BARTOLOMEI, M. **A fé como fator de resiliência no tratamento do câncer**: uma análise do que pensam os profissionais da saúde sobre o papel da espiritualidade na recuperação dos pacientes. 137 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, p. 1-140, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/2095/1/Monica%20Bartolomei.pdf>. Acesso em: 06 out. 2022.

- BATISTON, A. P. *et al.* Conhecimento e prática de médicos e enfermeiros sobre detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 153-162, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/408/40848190002/html/>. Acesso em: 06 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer de mama – Documento de consenso. **Revista Brasileira de Cancerologia**, INCA, v. 50, n. 2, p. 77-90, 2004. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2039/1257>. Acesso em: 06 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2009 – Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2009.
- CAETANO, E. A.; GRADIM, C. V. C.; SANTOS, L. E. S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-1351>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- CAMARGO, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1460-1472, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pJDB-QXmS5ckdW885GGCc9Pb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- CARVALHO, C. M. R. G. de *et al.* Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 579-582, jul./ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SgwwhTm9xwHRCXm4njDzYrs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 06 out. 2022.
- CAVALCANTI, A. C. D.; COELHO, M. J. A linguagem como ferramenta do cuidado do enfermeiro em cirurgia cardíaca. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 220-226, jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Hm5N4QmBwhxjJXFpZvG-VBkB/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- CESNIK, V. M.; SANTOS, M. A. Do the physical discomforts from breast cancer treatments affect the sexuality of women who underwent mastectomy? **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 992-998, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n4/en_31.pdf. Acesso em: 25 ago. 2022.
- COELHO, M. S. *et al.* Mulheres mastectomizadas: uma proposta de cuidado de si com base nas concepções de Michel Foucault. **Rev. Enferm. UFPE**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 309-315, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-18818>. Acesso em: 25 ago. 2022
- CORALINA, C. **Poemas dos Becos de Goiás e Estórias Mais**. São Paulo: Global, 2014. 240 p.

- CORREIA, L. S. **Prevalência de mutações nos genes BRCA1, BRCA2 e CDH1 em portadores de cancro de mama no Alentejo**. 96 f. Dissertação (Mestrado em Bioquímica) – Universidade de Évora – Escola de Ciências e Tecnologia. Évora, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/32002>. Acesso em: 15 mai. 2022.
- DANTAS, D. V. *et al.* Sexualidade e qualidade de vida na terceira idade. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 19, n. 4, p. 140-148, out./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19814>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- ELOI, J. *et al.* Intersecções entre envelhecimento e sexualidade de mulheres idosas. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 61-71, 2017. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/pt/revista/saude-transformacao-social/articulo/intersecoes-entre-envelhecimento-e-sexualidade-de-mulheres-idosas>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- FABBRO, M. R. C.; MONTRONEL, A. V. G.; SANTOS, S. Percepções, conhecimento e vivências de mulheres com câncer de mama. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 532-537, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-512075>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- FERREIRA, D. B. *et al.* Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Rev. Bras. Enferm.**, [s. l.], v. 64, n. 3, p. 536-544, jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rSGJW8dGZJjSQ3tbPbNCfDN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- FERREIRA, R. G. R.; FRANCO, L. F. R. Efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico no câncer de mama: revisão bibliográfica. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 15, n. 2, p. 633-638, ago./dez. 2017. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/3759#:~:text=Resultados%3A%20os%20estudos%20demonstraram%20que,s%C3%A3o%20os%20mais%20comumentes%20encontrados>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- FIN, T. C. *et al.* Estética e expectativas sociais: o posicionamento da mulher idosa sobre os recursos estéticos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 133-149, out./dez. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/27683>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- GUSTAFSON, D. H. *et al.* Effect of computer support on younger women with breast cancer. **J Gen Intern Med**, v. 16, n. 7, p. 435-445, jul. 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11520380/#:~:text=Conclusions%3A%20Computer%2Dbased%20patient%20support,largest%20for%20currently%20underserved%20populations>. Acesso em: 25 ago. 2022.

HANSEN, D. **Qualidade de vida de idosas após o tratamento cirúrgico de câncer de mama.**

64 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica)–Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/3678/1/000409900-Texto+Completo-0.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2022.

INÁCIO, C. da S. A.; SUMIDA, M. K. T. **Saúde mental de mulheres com câncer de mama.**

2020. 48 f. Trabalho Científico de Curso (Curso de Medicina) – Faculdade Evangélica de Mackenzie do Paraná, Curitiba, 2020. Disponível em: <https://dspace.mackenzie.br/bitstream/handle/10899/28311/13%20-%20CAETANO%20DA%20SILVA%20AZARIAS%20IN%c3%81CIO%20E%20MILENA%20KIMIE%20TESSARI%20SUMIDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 out. 2022.

KACHAR, V. Internet, um território sem fronteiras para a terceira idade. **Portal do Envelhecimento**, 2005. Disponível em: https://scholar.google.fr/scholar?hl=ja&as_sdt=0,5&cluster=5884884419984568102 Acesso em: 06 out. 2022.

KLASSEN, A. C.; WASHINGTON, C. How does social integration influence breast cancer control among urban African-American women? **BMC Women's Health**, v. 8, n. 4, fev. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18254967/>. Acesso em: 25 ago. 2022.

MASCARENHAS, M. L. M. S.; BRANCO, G. M. P. C.; FARIAS, R. R. S. A repercussão psicossocial da mastectomia para a mulher. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17085>. Acesso em: 25 ago. 2022.

MELLO, M. **Estética na velhice: a percepção da mulher idosa.** 37 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. Passo Fundo, 2019. Disponível em: <http://tede.upf.br/jspui/bitstream/tede/1866/2/2019MarciadeMello.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022.

MATOS, S. E. M.; RABELO, M. R. G.; PEIXOTO, M. C. Análise epidemiológica do câncer de mama no Brasil: 2015 a 2020. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.3, p. 13320-13330 mai./jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-282>. Acesso em: 26 ago. 2022.

MAYRINK, A. P. A. R.; PANOBIANCO, M. S.; GRADIM, C. V. C. Mulheres com neoplasia mamária: perfil sociodemográfico e clínico num núcleo de apoio. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 11, p.106888-106899, nov. 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/39968/pdf>. Acesso em: 06 out. 2022.

- MEIRA, S. S. *et al.* Autoestima e fatores associados às condições sociais em idosos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 738-744, jul./set. 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5495>. Acesso em: 26 ago. 2022.
- MENDES, A. B. P.; COSTA, M. L.; LEITE, A. P. A assistência da enfermeira na visão de mulheres mastectomizadas. **Enferm. Glob.**, v. 11, n. 26, p. 427-437, abr. 2012. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_enfermeria4.pdf. Acesso em: 25 ago. 2022.
- MENEZES, N. N. T.; SCHULZ, V. L.; PERES, R. S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estud. psicol.**, Natal, v. 17, n. 2, ago. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/zxnPftpPJTbnrZYB3gTyfGc/?lang=pt#:~:text=Os%20resultados%20obtidos%20apontam%20que,tentativas%20de%20explicac%C3%A7%C3%A3o%2C%20redefiniu%20relacionamentos>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- MENEZES, de R. L. *et al.* Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde dos idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 3, p. 485-496, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/pF4DqMp3HK8h3HVz7h6Rnh-w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2022.
- MOURA, F. M. J. S. P. *et al.* Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 477-484, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VJC-b5Nlp4rkj8RThzYZS9n/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- NASCIMENTO, K. T. S. *et al.* Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 108-114, jan./fev. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.15598>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- OLIVEIRA, C.; BUJARDÓN, A. Estrategia educativa para lograr una sexualidad saludable en el adulto mayor. **Rev Hum Med**, Ciudad de Camaguey, v. 10, n. 2, p. 1-22, mai./ago. 2010. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000200006. Acesso em: 25 ago. 2022.
- OLIVEIRA, F. B. M.; SANTANA E SILVA, F.; PRAZERES, A. S. B. Impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade feminina. **Rev. Enferm UFPE online.**, Recife, v. 11, supl. 6, p. 2533-2540, jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23421/19103>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- PAULA, J. C. P. *et al.* Hormonioterapia no tratamento de câncer de mama em pacientes do sexo feminino: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n.3, e26810313235, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13235/11974/174834>. Acesso em: 26 ago. 2022.

- PEREIRA, A. P. V. M. *et al.* Mastectomia e mamoplastia na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista Caderno de Medicina**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 38-52, 2019. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/viewFile/1294/575>. Acesso em: 25 ago. 2022
- PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: Motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8RRrdpFpqqkVGcpDNRYNzfsq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2022.
- RAMOS, B. de F. P. F.; FERNANDES, M. A. R. A radioterapia no câncer de mama e seus efeitos psicológicos. **Tekhne e Logos**, Botucatu, SP, v.11, n.3, p. 115-122, dez., 2020. Disponível em: <http://revista.fatecbt.edu.br/index.php/tl/article/view/714/431>. Acesso em: 09 dez. 2022.
- RAMOS, W. S. R. *et al.* Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama. **J Health Sci Inst.**, v. 30, n. 3, p. 241-248, 2012. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V30_n3_2012_p241a248.pdf. Acesso em: 26 ago. 2022.
- RAUPP, G. S. *et al.* Câncer de mama: diagnóstico e abordagem cirúrgica. **Acta med.**, Porto Alegre, v. 38, n. 7, 2017. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883238/ca-de-mama-finalb_rev.pdf. Acesso em: 15 mai. 2022.
- ROCHA, J. F. D. *et al.* Mastectomia: as cicatrizes na sexualidade feminina. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 10, n. 5, p. 4255-4263, nov. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11171>. Acesso em: 26 ago. 2022.
- SALA, D. C. P. *et al.* Breast cancer screening in Primary Health Care in Brazil: a systematic review. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 3, e20200995, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0995>. Acesso em: 26 ago. 2022.
- SALLES, C. A. C. C. *et al.* Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Rev. Bras. Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 263-272, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2001v47n3.2304>. Acesso em: 26 ago. 2022.
- SANTOS, I. D. L. *et al.* Câncer de mama: o apoio recebido no enfrentamento da doença. **Rev. Enferm. UFPE Online.**, Recife, v. 11, n. 8, p. 3222-3227, ago. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/110187/22071#:~:text=Foi%20poss%C3%ADvel%20identificar%20o%20apoio,predominante%20nos%20relatos%20das%20mulheres>. Acesso em: 26 ago. 2022.

- SARTORI, A. C. N.; BASSO, C. S. Câncer de mama: uma breve revisão de literatura. **Perspectiva**, Erechim, v. 43, n. 161, p. 07-13, mar. 2019. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/161_742.pdf. Acesso em: 26 ago. 2022.
- SILVA, G. F. et al. Mulheres submetidas à mastectomia: aspectos sentimentais e emocionais. **Rev. Enferm Contemp.**, Salvador, v. 7, n. 1, p. 72-80, abr. 2018. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1213>. Acesso em: 26 ago. 2022.
- SOUZA, A. M. F. **Informações, sentimentos e sentidos relacionados à reconstrução mamária**. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/3592/000221.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 26 ago. 2022.
- SOUSA, T. O. *et al.* O câncer de mama na mulher idosa: uma revisão de literatura. In: MOLIN, R. S. D. (Org.). **Saúde Em Foco: Temas Contemporâneos – Volume 3**. 1. ed. Guarujá: Científica Digital, 2020. p. 422-430.
- STANTON, A. L. *et al.* Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. **J Consult Clin Psychol**, v. 68, n. 5, p. 875-882, 2001. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.68.5.875>. Acesso em: 26 ago. 2022.
- VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 311-316, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200020>. Acesso em: 26 ago. 2022.

13. Direito da pessoa idosa aos alimentos e à dignidade

Luiz Felipe Barbosa de Souza¹
Milena de Oliveira Freitas²
Sérgio de Moraes Antunes³

“O Estatuto apresenta-se apenas como mais uma ferramenta, muito importante, de um processo voltado à construção de um espaço em que a dignidade da pessoa humana ocupe espaço em destaque e eminência.”

(BERTOLIN; VIECILI, 2014, p. 346).

Considerações iniciais

No decorrer dos anos, a população de pessoas idosas tem crescido continuamente, tendo em vista a melhoria na qualidade de vida da sociedade, bem como a vultosa diminuição nos números de nascimentos, fazendo com que a população se torne cada vez mais velha e mais vulnerável. Tal fato tem gerado

1 Graduando em Ciências Jurídicas pela Universidade Iguazu (UNIG)–campus V–Itaperuna. Atualmente é estagiário oficial na Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro junto à Vara de Família, da Infância, da Juventude e do Idoso da Comarca de Itaperuna–RJ. Monitor da disciplina de Direito Constitucional II. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4170872845225421>.

2 Graduanda em Ciências Jurídicas pela Universidade Iguazu (UNIG)–campus V–Itaperuna. Atualmente é estagiária oficial na Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6212864316570603>.

3 Especialista em Direito Público pela Universidade Iguazu (UNIG)–campus V – Itaperuna. Professor Universitário de Direito Processual Civil e Teoria do Processo da UNIG Campus V – Itaperuna. Instrutor da Escola de Administração Judiciária do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (ESAJ-RJ). Oficial de Justiça Avaliador. E-mail: antunessergiodemoraes@gmail.com.br.

alerta ao Estado, uma vez que cabe ao mesmo garantir e promover o melhor desenvolvimento social e a proteção dos direitos da sociedade.

Por ser parte vulnerável na sociedade contemporânea, é necessário que haja maior efetividade na garantia dos direitos dos idosos, fazendo com que esses possam desfrutar de sua velhice da forma mais digna possível, colocando em prática o princípio da equidade ao adaptar as regras e direitos, com o objetivo de atingir o ideal de justiça a este mais suscetível a intempéries.

Este trabalho possui o fito de discutir acerca dos direitos da população idosa, mais especificamente acerca da dignidade da pessoa idosa e do seu direito aos alimentos, sendo essas garantias previstas pelo ordenamento jurídico pátrio, possuindo sua matéria preconizada pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), pelo Código Civil de 2002 (BRASIL, 2002) e pelo Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741 de 2003 (BRASIL, 2003).

Dessa forma, é de extrema necessidade a abordagem do assunto a ser discutido no presente capítulo, tendo em vista a relevância do tema, bem como o constante envelhecimento da sociedade, sendo imprescindível a tutela e garantia dos direitos da população idosa.

Direito à dignidade conferido pelo Estatuto da pessoa idosa

Somente no ano de 2017, a população idosa do Brasil superou a marca de 30,2 milhões de pessoas, sendo tal população composta de forma majoritária por mulheres, ocupando a marca de 56% dos idosos brasileiros, enquanto os homens representando apenas o percentual de 44% (IBGE, 2017).

Importante mencionar que, de acordo com o levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2017), o número de pessoas idosas vem crescendo de forma contínua em todo o território nacional, o que deixa claro a significativa melhoria na condição de vida dessa população vulnerável.

Importante destacar que tal fenômeno vem se disseminando através de todo o globo em decorrência tanto da majoração da expectativa de vida da população pela evolução nas condições de saúdes, quanto pela diminuição da taxa de natalidade (ALONSO, 2021).

Neste diapasão, Mascaro (2004) advoga que com o considerável aumento na expectativa de vida e a contínua diminuição da taxa de natalidade, ensejando no crescimento quantitativo da população idosa no Brasil, a sociedade brasileira precisará, de forma mais urgente, organizar-se para que sejam solucionados os problemas relacionados aos idosos, principalmente os que se referem à área da saúde e da previdência, como forma de garantir melhor qualidade de vida no envelhecimento dos indivíduos.

Dessa maneira, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 230, trouxe inequívoca evolução ao ordenamento jurídico pátrio ao preconizar que é dever da família, da sociedade e do Estado amparar as pessoas idosas, assegurando-lhes a participação social, defendendo a dignidade, o bem-estar, e o direito à vida destes (BRASIL, 1988). Assim, “temos o dito Direito Constitucional do Idoso, onde a Lei Maior faz a proteção do idoso, das crianças e adolescentes, dos deficientes e da família numa série de dispositivos sem fazer separação. Ela protege os indivíduos em estado de vulnerabilidade” (CÁPUA; CAPUA; BARBOSA, 2018, p. 116).

Segundo Ferraz Filho (2016), a dignidade da pessoa humana consiste num atributo vital a todos os direitos fundamentais, sendo tal atributo considerado base de toda o ordenamento jurídico porque reconhece o ser humano como, além de sujeito de direitos, um ser individual e social de forma concomitante.

No ano de 2003, foi promulgada a Lei nº 10.741, também conhecida como Estatuto do Idoso e alterada em 2022 para Estatuto da pessoa idosa, com o fim precípua de regulamentar e proteger os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos que residem e que possuem domicílio no território nacional (ALONSO, 2021). De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Estatuto do Idoso é consequência do trabalho de várias entidades que se destinam à defesa dos direitos da população idosa brasileira, destacando-se entre eles a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Tal documento legislativo, além de trazer novos direitos dos já previstos na Lei nº 8.842/94 (Lei da Política Nacional do Idoso) e na Carta Magna, também se torna uma ferramenta importantíssima na defesa das pessoas dessa faixa etária, garantindo-lhes maior proteção para usufruir seus direitos e viverem com dignidade. (ALONSO, 2021). Assim, a referida Lei:

[...] discute os direitos fundamentais do idoso relacionados aos seguintes aspectos: à vida, à liberdade, ao

respeito e à dignidade, a alimentos, saúde, educação, cultura, esporte e lazer, profissionalização do trabalho, previdência social, assistência social, habitação e ao transporte. Além disso, discorre sobre medidas de proteção, política de atendimento ao idoso, acesso à justiça e crimes (RODRIGUES *et al.*, 2007, p. 540).

Para Bertolin e Viecili (2014), o Estatuto se apresenta como uma ferramenta de imensurável importância ao processo voltado à construção de uma realidade em que a dignidade da pessoa humana, atributo constitucionalmente previsto, ocupe espaço de destaque e eminência.

O artigo 9º, do Estatuto da pessoa idosa, preconiza como sendo obrigação estatal a garantia da proteção à vida e à saúde mediante políticas públicas, para que seja possibilitado o envelhecimento saudável e em condições dignas da população idosa. (BRASIL, 2003). No entanto, para Neves, da Silveira e Simão Filho (2020) não basta que se tenha garantido o direito à vida e ao respeito aos idosos para que seja concretizada a dignidade da pessoa humana. É imprescindível que todos os direitos fundamentais sejam de fato garantidos, para que o indivíduo tido como idoso possa exercer sua cidadania, possibilitando-se o exercício social do mesmo.

Diante disso, é possível concluir que a Lei nº 10.741 de 2003 (BRASIL, 2003) está intimamente relacionada ao princípio da dignidade humana, mais especificamente direcionada à população idosa, justamente por assegurar, através de seu conteúdo, direitos fundamentais as pessoas idosas, que são tidos como uma população extremamente vulnerável, fazendo-se imprescindível tal regulamentação para melhor qualidade de vida desses.

Direito aos alimentos como proteção da dignidade

De acordo com Rolf Madaleno (2020), a sobrevivência está entre os fundamentais direitos da pessoa humana, e o crédito alimentar é o meio adequado para alcançar os recursos necessários à subsistência de quem não consegue por si só prover sua manutenção pessoal em razão da idade, doença, incapacidade, impossibilidade ou ausência de trabalho. Os alimentos estão relacionados ao sagrado direito à vida e representam um dever de amparo dos parentes, cônjuges e conviventes, uns em relação aos outros, para suprir as ne-

cessidades e as adversidades da vida daqueles em situação social e econômica desfavorável. Como dever de amparo, os alimentos derivam da lei e têm sua origem em uma disposição legal.

Assim, os alimentos são fixados em razão do alimentando como sendo um direito estabelecido, de regra, *intuitu personae*. Dessa forma, visa preservar estritamente a vida do indivíduo, não podendo ser repassado esse direito a outrem como se fosse um negócio jurídico, embora a obrigação alimentar possa ser transmitida aos herdeiros do devedor (BRASIL, 2022). Segundo Nieves Martínez Rodríguez (2002, p. 156), a natureza essencialmente pessoal dos alimentos fica evidente tanto do ponto de vista daquele que deve proporcionar os alimentos como em relação ao destinatário da obrigação, devedor e credor respectivamente, pois são as suas particulares circunstâncias pessoais que determinam a existência da relação alimentar.

Consoante doutrina de Yussef Said Cahali (2013), a necessidade por alimentos inicia-se desde a concepção, acompanhando o indivíduo por toda a sua existência, inclusive na senilidade, motivo pelo qual tal necessidade é dotada de complexidade intrínseca, permeada pela mais variada ordem de princípios. Os alimentos possuem, portanto, a função de preservação do “viver de modo compatível com a sua condição social”. Percebe-se também que abrangem todas as necessidades ligadas à existência do ser humano: vestimenta, habitação e remédios em caso de eventuais moléstias. Do mesmo modo, ensina Cahali (2013) a diferença entre alimentos naturais e civis:

[...] quando se pretende identificar como alimentos aquilo que é estritamente necessário para a manutenção da vida de uma pessoa, compreendendo tão somente a alimentação, a cura, o vestuário, a habitação, nos limites assim do *necessarium vitae*, diz-se que são alimentos naturais; todavia, se abrangentes de outras necessidades, intelectuais e morais, inclusive recreação do beneficiário, compreendendo assim o *necessarium personae* e fixados segundo a qualidade do alimentando e os deveres da pessoa obrigada, diz-se que são alimentos civis (CAHALI, 2013, p. 18).

Na perspectiva dos alimentos devidos aos idosos, a multiparentalidade reconhece, pela redação do artigo 1.696 do Código Civil, que essa responsabilidade de prestação alimentícia é recíproca, podendo o filho ser requerido a prestar alimentos para os familiares, uma vez que existe o ônus da paren-

talidade (CASSETTARI, 2017). Assim, o Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2002) dispõe: “Art. 1.696. O direito à prestação de alimentos é recíproco entre pais e filhos, e extensivo a todos os ascendentes, recaindo a obrigação nos mais próximos em grau, uns em falta de outros”.

Nesse viés, o mesmo diploma traz no caput do artigo 1.694 a origem de tal obrigação:

Podem os parentes, os cônjuges ou companheiros pedir uns aos outros os alimentos de que necessitem para viver de modo compatível com a sua condição social, inclusive para atender às necessidades de sua educação.

§ 1º Os alimentos devem ser fixados na proporção das necessidades do reclamante e dos recursos da pessoa obrigada.

§ 2º Os alimentos serão apenas os indispensáveis à subsistência, quando a situação de necessidade resultar de culpa de quem os pleiteia (BRASIL, 2002).

Por sua vez, o artigo 229 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que reconhece a obrigação dos pais de ajudar, criar e educar os filhos menores, também fala do dever dos filhos maiores de auxiliar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade; assim, comprova-se que a natureza jurídica dos alimentos tem como origem a obrigação baseada na solidariedade familiar entre os parentes em linha reta que se prolonga até o quarto grau de parentesco alinhado como o direito sucessório (DIAS, 2017). No mesmo sentido, Maria Berenice Dias (2017) afirma que todos tem o direito de viver com dignidade e, dessa maneira, o direito aos alimentos surge como princípio da dignidade da pessoa humana presente na Constituição Federal.

No que tange à dignidade, Dias (2017) afirma, em um sentido mais vasto, que os alimentos devem atender a todas as necessidades vitais do necessitado, tendo como objetivo a manutenção deste princípio basilar. Por sua vez, Madaleno (2020 p. 1161) acrescenta que “expressamente disposto no artigo 1º, III da Constituição Federal, o princípio da dignidade da pessoa humana, macro princípio ou super princípio, é considerado o mais universal de todos, pois não existe ser humano sem dignidade”. Esse princípio, implica à valorização do indivíduo dentro das relações familiares, enaltecendo de maneira definitiva a

pessoa humana. Esse princípio é norteador para a fixação dos alimentos, pois eles são aferidos de acordo com as necessidades de quem os pleiteia e com as possibilidades de quem os cede (MADADENO, 2020).

Dessa forma, fica evidente que o dever de prestar alimentos decorre diretamente dos pais para os filhos e, caso seja necessário, poderá ser postulado de forma recíproca, devido ao princípio da solidariedade familiar e reciprocidade, concedendo, dessa forma, o mínimo existencial necessário à dignidade humana e a inviolabilidade dos demais direitos de personalidade, constitucionalmente previstos.

A pessoa idosa e os alimentos recíprocos

No tocante à reciprocidade, Madaleno (2020, p.1567) afirma que:

A reciprocidade não significa que duas pessoas devam alimentos entre si, mas tão somente que o devedor de hoje poderá ser o credor do futuro e tampouco se confunde com a reciprocidade das obrigações bilaterais derivadas de um contrato sinalagmático onde ambos são credores e devedor ao mesmo tempo, pois é impossível em uma relação alimentícia, que ao mesmo tempo recaia sobre as mesmas pessoas um dever e um direito de alimentos.

Nesse diapasão, para entender tal princípio, é necessário levar em conta o potencial que o sujeito tem para ser credor na relação obrigacional alimentar, também terá esse mesmo potencial para ser um possível devedor no futuro.

Entretanto, a reciprocidade apenas será invocável respeitando aspectos éticos. O credor só poderá invocá-la em seu favor uma vez que no passado não deixou de cumprir com suas obrigações em face do devedor que necessitava dos alimentos (DIAS, 2017). Assim, pais ausentes que deixarem de auxiliar os filhos menores, não cumprindo os deveres do poder familiar, não poderão invocar a reciprocidade da obrigação alimentar para exigir alimentos dos filhos caso necessitem. Por sua vez, a Lei nº 10.741/2003 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) regula os alimentos devidos ao idoso de forma diferenciada e prescreve no artigo 12 que a solidariedade da obrigação alimentar devida ao idoso é optativa desse.

Assim sendo, quando os alimentos a pessoa idosa possuírem caráter de urgência, se permite a escolha de um dentre os diversos devedores de alimentos, um único filho ou vários, para reclamar integralmente a pretensão alimentar (MADALENO, 2020). Nesse caso, a solidariedade é excepcional e é imposta por força do artigo 12 do Estatuto da pessoa idosa, o qual vincula como devedor qualquer dos parentes. Trata-se de uma mera faculdade do idoso que possibilita ao mesmo a escolha de mais de um dos diversos devedores, ou de buscar aquele que possui mais condições e que lhe dê maiores garantias de adimplemento do pagamento desses alimentos. Caso o devedor escolhido não possua condições de atender as necessidades integrais do idoso, pagará a parte que lhe corresponde e o credor irá acionar os outros devedores solidários para que atendam à integralidade de suas necessidades materiais (GONÇALVES, 2021).

Por conseguinte, evidente que, na tutela jurídica da pessoa idosa, os alimentos guardam fundamental importância para a sua integral proteção, não apenas na preservação da vida com a sua subsistência orgânica e material, mas, sobretudo, no fornecimento de uma vida digna e indene de qualquer forma de constrangimento ou opressão, sendo elementar para o idoso ser amparado com absoluta efetividade jurídica na sua velhice, pois tem menor expectativa de vida e não dispõe de tempo nem de condições físicas e mentais para se envolver com morosas pendengas judiciais (MADALENO, 2020, p. 167).

De acordo com Marinoni (2004, p. 208),

O direito à prestação jurisdicional é fundamental para a própria efetividade dos direitos, uma vez que esses últimos, diante das situações de ameaça ou agressão, sempre restam na dependência da sua plena realização. Não é por outro motivo que o direito à prestação jurisdicional efetiva já foi proclamado como o mais importante dos direitos, exatamente por constituir o direito a fazer valer os próprios direitos.

Dessa forma, fica evidente que a prestação alimentícia prevista no Estatuto da pessoa idosa está pautada no dever de solidariedade e reciprocidade, tendo em vista que, em fase mais avançada da vida, pessoas idosas encontram-se em situação de vulnerabilidade. Assim, as relações familiares, assim como a Lei dispõe, devem ser baseadas no sentimento, na solidariedade e no compromisso mútuo, valores estes estabelecidos na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Considerações finais

Por todo o exposto, fica evidente a necessidade de garantir as pessoas idosas o direito aos alimentos, tendo em vista que, no direito de família, esses significam valores, bens ou serviços destinados às necessidades existenciais da pessoa em virtude do vínculo de parentesco quando ela por si não pode prover sua subsistência. Assim, os alimentos possuem a função de preservação do viver de modo compatível com a condição social, proporcionando uma senilidade baseada no princípio da dignidade da pessoa humana, previsto constitucionalmente.

Nesse viés, o Estatuto da pessoa idosa (BRASIL, 2003) apresenta-se como uma ferramenta de imensurável importância ao processo voltado à construção de uma realidade baseada no bem-estar. O Estatuto destina um capítulo especial para tratar do tema alimento, estabelecendo que tal prestação tem caráter recíproco e solidário, ou seja, a pessoa idosa poderá escolher dentre seus familiares quem possui melhores condições de lhe prover alimentos, estando esses obrigados a prestá-los.

Por fim, é evidente que as legislações e jurisprudência pátria tem tomado posição acerca do tema em questão, atribuindo a importância necessária à proteção dos direitos dos idosos, principalmente em relação ao direito prestacional de receber alimentos, tendo em vista a reciprocidade e solidariedade da obrigação em relação aos familiares, com o objetivo de resguardar e proteger o mínimo existencial e a dignidade da pessoa humana.

Referências

- ALONSO, Eliana Nunes. **A proteção à dignidade e aos direitos do idoso**. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) – Universidade Santo Amaro – UNISA, Curso de Direito. São Paulo, 2021. Disponível em: <http://dspace.unisa.br/handle/123456789/743>. Acesso em: 06 mai. 2022.
- BERTOLIN, Giuliana; VIECILI, Mariza. Abandono Afetivo do Idoso: Reparação Civil ao Ato de (não) Amar? **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI, v. 5, n.1, p. 338-360, 1º trimestre de 2014. Disponível em: <https://www.univali.br/graduacao/direito-itajai/publicacoes/revista-de-iniciacao-cientifica-ricc/edicoes/Lists/Artigos/Attachments/996/Arquivo%2018.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRASIL. CNJ Serviço: saiba quais são os direitos dos idosos. **Conselho Nacional de Justiça, 2016.** *Online.* Disponível em: <https://cnj.jusbrasil.com.br/noticias/346295703/cnj-servico-saiba-quais-sao-os-direitos-dos-idosos#:~:text=Em%20linhas%20gerais%2C%20ele%20estabelece,dignidade%2C%20ao%20respeito%20e%20%C3%A0>. Acesso em: 06 mai. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 06 mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Brasília: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91577/codigo-civil-lei-10406-02>. Acesso em 05 mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 26 ago. 2022.

CAHALI, Yusef Said. **Dos alimentos.** 8. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

CÁPUA, Valdeci Ataíde; CAPUA, Tereza Cristina Ataíde; BARBOSA, Margareth Brandina. Um olhar sociológico sobre alguns pontos essenciais do processo de envelhecimento e da aposentadoria. *In:* ISTOE, Rosalee Santos Crespo; MANHÃES, Fernanda Castro; SOUZA, Carlos Henrique Medeiros de (Org.). **Envelhecimento humano em processo.** Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2018. p. 112-127. Disponível em: http://www.pgcl.uenf.br/arquivos/ebookenvelhecimentohumano_050320192114.pdf. Acesso em: 06 mai. 2022.

CASSETTARI, Christiano. **Multiparentalidade e parentalidade socioafetiva:** efeitos jurídicos. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

DIAS, Maria Berenice. **Manual do Direito das Famílias.** 12. ed. São Paulo: RT, 2017

FERRAZ FILHO, José Francisco Cunha. **Constituição Federal Interpretada:** artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Org.: Costa Machado. Coord.: Anna Candida da Cunha Ferraz. 7. ed. Barueri: Malone, 2016.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro, vol. 6:** direito de família. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017. *Online.* Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/agencianoticias/noticias/20980-numeri-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em 06 mai. 2022.

MADALENO, Rolf. **Curso de Direito de Família.** Rio de Janeiro: Forense, 2020.

MARINONI, Luiz Guilherme. O direito à tutela jurisdicional efetiva na perspectiva da teoria dos direitos fundamentais. **Revista peruana de derecho procesal**, n. 7, p. 199-258, 2004. Disponível em: <https://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/ane-xos/15441-15442-1-PB.pdf>. Acesso em 30 ago. 2022.

MASCARO. Sonia de Amorim. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

NEVES, Hayanna Bussoletti; DA SILVEIRA, Sebastião Sérgio; SIMÃO FILHO, Adalberto. Estatuto do Idoso e a Constituição Federal: uma análise da garantia do direito a dignidade humana como concreção da cidadania. **Revista Paradigma**, v. 29, n. 2, p. 130-145, 2020. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/2079>. Acesso em: 26 ago. 2022.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, set. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/hqnHhSfsQqQR-XCtL4rFFJvH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2022.

RODRÍGUEZ, Nieves Martínez. **La obligación legal de alimentos entre parentes**. Madrid: La Ley, 2002. 156 p.

14. Maus-tratos à pessoa idosa: abordagem preventiva, diagnóstico e intervenção

Anna Carolina Almeida Furtado de Cnop¹
Bianca Silva Carraro de Freitas²
Eliza Miranda Costa Caraline³

“Até onde você vai na vida depende de ser terno com os jovens, compadecido com os idosos, simpático com os esforçados e tolerante com os fracos e fortes. Porque em algum momento da vida, você vai descobrir que já foi tudo isso.”

(George Washington, c2022)

Considerações iniciais

A população idosa no Brasil cresceu muito nos últimos quarenta anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), haverá um aumento substancial de 23,5% da proporção de idosos no Brasil até 2039. Isso é um dos maiores desafios para sociedade, que necessita aprender como lidar com essa realidade, a fim de enfrentar novas adversidades. O cenário atual expõe que a conquista da longevidade trouxe consigo uma gama de problemas, dentre eles a violência contra a pessoa idosa, que além de ser uma

1 Universidade Iguazu – UNIG, Discente de Medicina, Itaperuna-RJ. E-mail: annacarolinafurtado@hotmail.com.

2 Universidade Iguazu – UNIG, Discente de Medicina, Itaperuna-RJ. E-mail: biancacarraro.freitas@gmail.com.

3 Universidade Iguazu – UNIG, Docente de Medicina, Itaperuna-RJ. E-mail: elizamirandacosta@hotmail.com.

questão de saúde pública grave (LOPES *et al*, 2018), também é uma violação aos direitos humanos (DE PAULA FALEIROS, 2014).

Segundo a OMS (SANCHES; LEBRAO; DUARTE, 2008), o “abuso de idosos” é um ato único ou repetitivo ou mesmo a omissão, podendo ser tanto intencional quanto não intencional, que cause danos, sofrimento ou angústia, praticado dentro ou fora do ambiente doméstico por algum familiar ou por pessoas que exerçam uma relação de poder à pessoa idosa. A violência praticada contra a pessoa idosa é multifatorial. Entre os fatores e causas dessa violência, elencamos alguns, como a desvalorização e a falta de respeito pela pessoa idosa, o desconhecimento da lei e dos direitos dos cidadãos mais velhos (BRASIL, 2020).

Vários obstáculos ainda existem, desde as diferenças na definição de abuso, falta de conhecimento da dimensão do problema, dificuldades no rastreamento e diagnóstico, subnotificação dos maus tratos até a falta de capacitação dos profissionais de saúde. Esses profissionais tem um papel relevante neste processo, por isso umas das estratégias a serem desenvolvidas é a qualificação dos mesmos (JÚDICE; SEQUEIRA, 2015).

O objetivo deste capítulo é fornecer subsídios para reconhecimento, diagnóstico e intervenção dos maus tratos a pessoa idosa. A metodologia utilizada foi uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, através de revisão bibliográfica de fontes em livros, sites e bibliografias de publicações clássicas (artigos em revistas e periódicos indexados no SCIELO e PUBMED), dados de fontes governamentais como Disque 100 em nível nacional, bem como documentos do Ministério da Família, da Mulher e dos Direitos Humanos relacionados à violência contra a pessoa idosa.

O que são maus-tratos e como preveni-los

De acordo com o dicionário online, maus-tratos significam crimes que consistem em submeter uma pessoa sob sua guarda ou dependência a castigos excessivos, a trabalhos exagerados ou a privação de comida e cuidados, prejudicando a saúde física e/ou mental dessa pessoa (DICIO, c2022). Ao longo do tempo, diferentes tentativas foram feitas para definir os maus-tratos à pessoa idosa, e tem sido tarefa difícil devido às variadas propostas de definição por parte de diferentes especialistas. A primeira menção surgiu em 1975,

no jornal “Modern Geriatrics”, sob a designação granny-battering, usada para definir violência física sobre as pessoas idosas (FUNDINHO; FERREIRA-ALVES, 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou em 2022 a Declaração de Toronto, documento que alertou para o problema dos maus-tratos contra os adultos idosos, buscando sensibilizar a população mundial para a magnitude do problema de violência interpessoal (AMARANTE, 2018).

O que diferencia abuso/maus-tratos de violência? Segundo Júdice e Sequeira (2011), é o contexto relacional em que ocorre. Geralmente é caracterizado abuso quando existe uma relação de confiança que é traída pelo agressor e violência quando há uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Existem diferentes classificações de maus-tratos a pessoa idosa: o físico, o psicológico/emocional e/ou verbal, o econômico/financeiro, o sexual, o abandono, a negligência e a autonegligência. Existem maus-tratos no contexto familiar e também no institucional. É de extrema necessidade que toda sociedade tenha consciência dessa realidade (MINAYO, 2017).

Kaplan e Berkman (2021a) abordam que os tipos mais comuns de maus-tratos a idosos são abuso físico e psicológico, negligência e abuso financeiro, e cada tipo pode ter tido intenção ou não. O abuso físico é quando há uso de força física, que produz injúria ferida, dor ou incapacidade, violência sexual de qualquer forma. Maus-tratos psicológicos são agressões verbais que tem o objetivo de causar terror, angústia, infantilizar, humilhar e rejeitar a vítima. Negligência é a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima, incluindo abandono. Abuso financeiro acontece quando há exploração imprópria, ilegal ou uso não concedido de seus recursos financeiros.

Minayo (2017) aponta que a violência contra a pessoa idosa manifesta-se de três formas principais: estrutural, institucional e intrafamiliar, como os tipos mais comuns no Brasil. Na forma estrutural, é devido à desigualdade social provocada pela pobreza e ocorre um processo de dominação e discriminação, principalmente sexual, pois muitas mulheres em idade mais avançada estão muito mais expostas à pobreza, solidão e viuvez com aposentadorias muito mais baixas; institucional pelas instituições de prestação de serviços, de assistência, previdência, instituições de longa permanência nas quais os idosos são maltratados, despersonalizados, negligenciados, carecendo de alimentação, higiene e cuidados médicos adequados; Intrafamiliar pelas interações e

relações do dia a dia, abusos e negligências, intercorrências pelo espaço físico nas residências, dificuldades econômicas, etc.

Os fatores de risco para maus tratos a pessoa idosa incluem isolamento social, doenças crônicas, funcionais e cognitivas. Para o agressor, geralmente é devido a transtornos psiquiátricos, abuso de substâncias tóxicas e álcool, estresse, histórico familiar de violência e dependência da pessoa idosa (KAPLAN; BERKMAN, 2021a).

A violência praticada contra pessoas idosas é multifatorial. As denúncias de violações contra pessoas idosas representam 30% do total de denúncias recebidas pelo Disque 100 em 2019. Ao longo deste mesmo ano, foram contabilizados 48,5 mil registros referentes a denúncias de violações de direitos das pessoas idosas. Esses números colocam os idosos na segunda colocação entre os grupos mais vulneráveis, atrás apenas de crianças e adolescentes, com 86,8 mil denúncias (55,8 do total) (BRASIL, 2020).

A prevenção dos maus tratos contra a pessoa idosa gira em torno de políticas públicas, questões sociais, institucionais e ambientais, em que ações estratégicas devem ser realizadas para beneficiar este grupo e também toda a população. Kaplan e Berkman (2021a) alertam que o médico, principalmente o de Família e Comunidade que tem contato contínuo com as famílias e os idosos, ou outro profissional de saúde, pode ser a única pessoa com quem a vítima de maus-tratos tem contato, devendo estar atento aos fatores de risco e aos sinais de abuso.

A prevenção primária começa pela identificação, monitorização e tentativa de modificação dos fatores de risco desse idoso, pois alguns desses fatores contribuem para que ele seja vítima de maus-tratos, como: idade avançada, multicomorbidades, limitação funcional, degeneração cognitiva, alterações psicológicas e de comportamento, dependência física e emocional da pessoa idosa com o responsável/cuidador, nível educacional e socioeconômico baixo, isolamento social, etc. Já os fatores de risco referentes ao responsável/cuidador podem ser: sobrecarga física e emocional, transtornos psiquiátricos, dependência de álcool ou drogas, relação conflituosa com o idoso, falta de apoio familiar e financeiro etc.

A prevenção secundária é pela identificação dos sinais de alerta e na execução de medidas que evitem a continuidade dos maus tratos. A atuação dos

profissionais de saúde na presença de maus tratos consumados ou ocultos tem o intuito de reduzir a prevalência pela detecção precoce, evitando consequências mais graves (COSTA *et al.*, 2009; AMARANTE, 2018).

“A ciência da prevenção do abuso de idosos está em sua infância” (TERESI *et al.*, 2016, p. 263), temos muito a progredir nesse sentido, em parte devido às escassas evidências existentes na prevenção do abuso, da violência doméstica e abuso infantil que possam informar o desenvolvimento de intervenções para prevenir o abuso de idosos. Entretanto, a prevenção deve ser de forma dicotômica (agressor e vítima), considerando as diversas formas de violência. As intervenções devem estar vinculadas a uma abordagem multidisciplinar, várias intervenções podem ser úteis na prevenção do abuso aos idosos, incluindo triagem de risco, treinamento, intervenções comportamentais, visitas domiciliares, linhas de ajuda e tecnologia (TERESI *et al.*, 2016).

Os sinais sugestivos de maus-tratos pessoas idosas, segundo Costa *et al.* (2009), são: hematomas, fraturas, lacerações não explicadas, lesões em vários estados de cura, higiene oral e higiene pessoal precárias, perda de peso, desidratação, desnutrição, apatia, depressão ou agravamento de demência, exames auxiliares de diagnóstico que não estão de acordo com a história relatada, fraca adesão ou resposta à terapêutica instituída, quedas frequentes, recorrência aos serviços de urgência por motivos diversos, demora na procura de cuidados de saúde em situações agudas, explicação não plausível para a lesão, disparidade na explicação dada para as lesões pela vítima e pelo suspeito do abuso e recusa do cuidador em deixar o idoso sozinho com o profissional de saúde.

As vítimas podem ativamente reduzir o risco de maus tratos, como, por exemplo, prevenir dependências, fazer triagem na contratação de responsáveis ou cuidadores e o treinamento dos mesmos, fazer manutenção de seus relacionamentos sociais e comunitários e procurar aconselhamento jurídico antes de assinar qualquer documento ou tomar decisões financeiras (KAPLAN; BERKMAN, 2021a). Os níveis de prevenção devem abranger toda a estrutura social, incluindo pessoas idosas e seus familiares, profissionais de saúde, organizações sanitárias e serviços sociais e jurídicos.

É possível diagnosticar maus-tratos em pessoas idosas?

A rede de atenção primária a saúde devidamente treinada e estruturada, situada próximo ao domicílio da pessoa idosa, funciona como porta de entrada para os serviços públicos de saúde, sendo uma importante estratégia na identificação de casos de maus-tratos em pessoas idosas e violência familiar. A abordagem familiar é um ótimo meio para acompanhar esses idosos, sua família e o ambiente em que vivem, fazendo com que os profissionais de saúde da atenção básica sejam peças fundamentais na prevenção, diagnóstico e intervenção de abusos contra pessoas idosas (VILELA, 2009).

O despreparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço se deve possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder frente a esses casos. Além disso, existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional. Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção (SALIBA *et al.*, 2007, p. 473).

O Brasil teve alguns avanços quanto à implementação de políticas públicas de combate à violência contra pessoas idosas. O Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa promove ações que fazem cumprir o Estatuto do Idoso e do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, tratando todas as formas de abuso contra essa população (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

De acordo com Júdice e Sequeira (2015), o diagnóstico de situações de maus-tratos a pessoa idosa implica obrigatoriamente no ajuntamento de informações de diferentes fontes: idoso, cuidador (familiar ou profissional), membros da família, vizinhos, entre outros (nomeadamente outros profissionais). Esse levantamento pode ser feito através da entrevista (semiestruturada), da observação e pedido de exames clínicos. Mas não é uma tarefa fácil detectar o abuso, porque muitos sinais são sutis e geralmente o idoso reluta ou não consegue falar sobre o abuso devido a vergonha, medo, represália e proteção ao

agressor. Muitas vezes os próprios profissionais de saúde rejeitam as reclamações como possíveis diagnósticos de confusão ou demência, fazendo com que muitos desses idosos se isolem socialmente e dificultando ainda mais a detecção do abuso (KAPLAN; BERKMAN, 2021a).

A American Medical Association (AMA) sugere algumas perguntas para rastreamento de maus tratos: Alguma das pessoas com quem vive já o magoou? Sente medo de alguma das pessoas com quem vive? Já foi ameaçado por alguém? Já foi obrigado a assinar algum documento que não compreendesse? Já o impediram de tomar decisões por si próprio? Já o tocaram sem o seu consentimento? Já o obrigaram a agir contra a sua vontade? Já lhe retiraram algo que lhe pertencesse sem a sua autorização? Passa muito tempo sozinho? (COSTA *et al.*, 2009).

O profissional de saúde que esteja suspeitando de abuso contra a pessoa idosa deve entrevistar o paciente, sozinho de preferência, juntando todas as informações pertinentes, tanto quanto as circunstâncias precipitantes quanto a natureza, o tempo, a frequência e a gravidade do abuso. O exame físico deve ser detalhado, procurando sinais de violência. Em relação ao comportamento: retraimento do paciente, infantilização do paciente pelo cuidador e insistência do cuidador em fornecer a história. Na aparência geral: pouca higiene (por exemplo, aparência despenteada e suja) e roupas inadequadas.

Em relação à pele e mucosas: precária turgidez da pele ou outro sinal de desidratação, contusões (principalmente múltiplas, em vários estágios de evolução), escaras de decúbito, cuidados deficientes de lesões cutâneas estabelecidas. Em cabeça e pescoço: alopecia traumática (diferenciada da alopecia com padrão masculino-feminino pela distribuição). Em tronco: contusões, vergões (a forma pode sugerir implementos – por exemplo, utensílio, vara, cinto). Na região geniturinária: sangramento retal, sangramento vaginal, escaras de decúbito e infestações. Em extremidades: lesões no punho ou no tornozelo sugerem o uso de restrições ou queimaduras de imersão (distribuição em forma de luva e meia). No sistema musculoesquelético: fratura anteriormente não diagnosticada, dor inexplicável, distúrbio de marcha inexplicável. E em saúde mental e emocional: sintomas depressivos e ansiedade.

O mini exame do estado mental deve ser feito para avaliar o estado cognitivo do idoso. O estado funcional de sua capacidade de vida diária deve ser avaliado para verificar limitações físicas que podem prejudicar sua autoproteção.

Doenças preexistentes também devem ser procuradas e exames laboratoriais devem ser feitos para documentar e identificar os abusos. Deve-se documentar e detalhar tudo no prontuário do paciente, sendo o mais específico possível (KAPLAN; BERKMAN, 2021a).

Júdice e Sequeira (2015) apresentam no quadro 1 um conjunto de indicadores que julgam importante para conhecer e usar na avaliação.

Quadro 1–Indicadores de abuso da pessoa idosa

Tipo de abuso	Indicadores
Físico	<p>Pessoa idosa: Contusões, queimaduras, fraturas/cicatrizes inexplicáveis, efeitos do uso de restrição física, úlceras de pressão, perda de massa muscular, efeitos da sub/sobremedicação.</p> <p>Cuidador: Cuidados bruscos sem informação ou preparação, imobilização injustificada, usar a restrição de alimentos como forma de castigo.</p>
Psicológico / emocional e/ou verbal	<p>Pessoa idosa: Desmoralização, sintomas depressivos, expressão de sentimentos de desamparo/desesperança, medo /ansiedade/, sentimentos ambivalentes face ao agressor (frequentemente o cuidador)</p> <p>Cuidador: linguagem insultuosa, desdém perante a vida sexual das pessoas idosas, Restrição da liberdade dentro de casa, do quarto ou permanência no cadeirão</p>
Econômico ou financeiro	<p>Pessoa idosa: Pertences / propriedades em falta, Não pagamento de faturas, Medo/preocupação quando se fala de dinheiro</p> <p>Cuidador: Roubos, exigência de compensações-extra, Obrigar a assinar documentos/procurações ou a fazer testamento a favor do agressor</p>
Sexual	<p>Pessoa idosa: Observar genitais, reto, seios, boca, perceber se existe dificuldade em andar ou estar sentado, se o idoso demonstra irritação/incomodo durante a higiene pessoal</p> <p>Cuidador: Comentários sexistas</p>
Negligência	<p>Pessoa idosa: Higiene pobre, desnutrição, roupa inadequada, falta de prótese cifandarielho, não recurso a serviços de saúde, abandono em casa/hospital</p> <p>Cuidador: Limitação da liberdade da pessoa por horários de visitas, de saídas, obrigação a participar em certas atividades, impedimento de prática religiosa, deixar ao idoso sujo durante longos períodos de tempo (exemplo: fraldas), falta de mobilização, não ter atenção às questões do pudor, brutalidade no anúncio do diagnóstico, impedir de sair para o exterior, abandono em hospital, dar contacto errado, ignorar situações em que o idoso se queixa de dores</p>

Fonte: Adaptado de Júdice e Sequeira (2015, p. 233).

Na visão de Thimsen (2020), os profissionais de saúde desempenham um papel crucial no diagnóstico de maus-tratos ao idoso, todavia destaca que há uma subnotificação, isso atribuído a um déficit na formação desses profissionais que se dá de forma inadequada, dificultando a identificação de idosos vítimas de abusos, por causa das alterações fisiológicas do envelhecimento e as comorbidades preexistentes. Dessa forma, os sinais de abuso muitas vezes não são considerados. Tudo isso, associado a baixa qualidade nos serviços prestados, perpetuam os maus-tratos aos idosos.

Como intervir?

Uma equipe multidisciplinar e intersetorial são de suma importância para abordagem e intervenção em casos de maus tratos a pessoa idosa. Os profissionais de saúde, como enfermeiros e médicos, geralmente estão em posição chave para diagnosticar e intervir, mas precisam ter conhecimento da existência do problema, dos fatores de risco, dos sinais e indicadores para serem assertivos na intervenção. O que se observa é que os profissionais não sabem a quem recorrer em casos de abuso, o que diminui o impacto da atenção prestada à saúde dessas vítimas. O problema dos maus-tratos a pessoa idosa é universal e a subnotificação ocorre mundialmente devido à dificuldade de denúncia do abuso e ao despreparo dos profissionais de saúde para investigar os casos, pois faltam capacitação e protocolos de investigação, somados a precariedade da infraestrutura de atendimento e a fragilidade das redes de apoio (JÚDICE; SEQUEIRA, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Segundo relatório de 2019 do Disque Diretos Humanos, a maior demanda do Disque 100 foram denúncias de violações de direitos humanos contra o grupo de pessoas idosas, contabilizando 48.446 denúncias. Esse número representa 30% do total de denúncias registradas no Disque 100. Nesse mesmo relatório, a negligência consiste na violação com maior volume para o grupo pessoa idosa, com 62.019 registros, representando 41% do total de violações registradas para esse grupo.

Outros tipos de violações sofridas por pessoas idosas com porcentagem considerável de denúncias foram: Violência Psicológica (24%); Abuso Financeiro (20%); Violência Física (12%); e Violência Institucional (2%). A maior porcentagem das ocorrências em relação ao local da violação contra a pessoa

idosa foi na casa da vítima, 81%, e somente 4% dos casos na casa do suspeito, enquanto que o registro em locais diversos (como rua, escola, entre outros) ocorre em 15% dos episódios de violação. Isso torna o referido canal de denúncia um instrumento importante para acompanhar as notificações, levando a população a ter coragem de usá-lo, principalmente por ser anônimo.

Na opinião de Fearing *et al.* (2017), os maus-tratos a pessoa idosa tem potencial suficiente para se tornar uma epidemia, pois mesmo diante dos desafios de identificação dos abusos, há um crescente no número de casos relatados. Sendo contundente que as intervenções devem ser baseadas em evidências capazes de abordar esse problema de saúde pública, destacando a abordagem multidisciplinar, com intervenções em psicoeducação envolvendo profissionais, idosos (vítimas) e possíveis agressores, atentando para a necessidade de intervenção por envolvimento da autoridade policial, intervenções psicológicas e, quando necessário, com visitas domiciliares.

Sherwood *et al.* (2005) chama a atenção para a saúde mental do cuidador, que devido ao esgotamento mental irá refletir na sua capacidade de atender às necessidades funcionais, cognitivas e neuropsiquiátricas dos receptores de cuidados. Minayo (2017) descreve que a maioria das pesquisas mostra sinergia entre familiares agressores e pessoas idosas agredidas. A caracterização dessa relação na maioria dos estudos é equivalente: agressor e vítima vivem na mesma casa, mas que os agressores só se tornariam violentos quando se isolam socialmente, ou tem algum comprometimento emocional, sofre de problemas psiquiátricos ou ele mesmo ter sido vítima de abuso.

Os cuidadores familiares são uma realidade no Brasil e no mundo, tanto devido a questões financeiras quanto ao desejo do idoso de ser cuidado por um familiar ou parente. Geralmente no contexto familiar, a mulher que se dedica a pessoa idosa dependente e os outros se omitem, e é preciso dedicar assistência e atenção à saúde dessa pessoa cuidadora para que não se transformem em um possível gerador de violência. Kaplan e Berkman (2021b) corroboram com isso ao dizer:

Embora cuidar possa ser muito gratificante, isso também pode ter efeitos negativos. Os cuidadores da família podem experimentar um nível considerável de estresse (a chamada sobrecarga do cuidador) e problemas de saúde posteriores, isolamento, cansaço e frustração, o que às vezes leva ao sentimento de desamparo e exaustão (cui-

dador esgotado) ou ao abuso de idosos. É provável que o impacto sobre o cuidador seja maior quando um idoso tem maior ônus da doença e incapacidade, e precisa de cuidados mais intensivos (KAPLAN; BERKAN, 2021b, s/p).

As intervenções aos maus-tratos a pessoa idosa devem ser adaptadas a cada situação. Kaplan e Berkman (2021a) descrevem algumas formas de intervenções como: assistência médica, orientações culturalmente sensíveis como, por exemplo, ajudar a vítima a elaborar um plano de segurança, suporte psicológico para traumas, aplicação da lei e intervenção legal, alojamento alternativo, encaminhamento para serviços que dão suporte básico, como alimentação e transporte, e diminuindo o isolamento social. Se a vítima estiver em perigo iminente, deve ser orientada com as opções e consequências de se considerar uma admissão hospitalar, intervenção policial ou mudar para um local seguro.

A Lei nº 10.741, art. 9, relata que é obrigatório que os profissionais de saúde façam notificação de maus-tratos a pessoa idosa ao constatar suspeita ou confirmação do abuso, pois somente assim o encaminhamento será feito de forma correta para resolução do problema (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Segundo Saliba *et al.* (2007, p. 474), o artigo 66 do Decreto-Lei nº 3.688 de 1941 “reconhece como contravenção penal a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento no seu trabalho”. Mesmo que os códigos de ética de algumas profissões não apresentem de forma clara a expressão violência doméstica, o profissional deve zelar pela saúde e dignidade de seus pacientes.

A notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, assistência e ainda permite o conhecimento da dinâmica da violência doméstica. Contudo, é fato que a conscientização da sua importância, a quebra de ideias pré-concebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar a quem for competente, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação (SALIBA *et al.*, 2007, p. 476).

A capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento do problema e o debate dos maus-tratos para criar propostas de intervenção com intuito

de melhorar o diagnóstico das ocorrências é tão importante quanto o aparato legal ao combate e disseminação da violência contra pessoa idosa. O Governo Federal, juntamente com os Governos Municipais e Estaduais, devem acrescentar ações de diferentes níveis e natureza para combater os maus tratos, visando prevenir a ocorrência de novos casos ou mesmo interromper casos já existentes. Com uma atuação intersetorial e em rede, é possível reduzir a ocorrência deste tão relevante problema (MORAES *et al.*, 2020).

Considerações finais

A longevidade é uma das grandes conquistas da humanidade, todavia também é um dos maiores problemas a ser superado mundialmente, no que tange principalmente à saúde pública. A pessoa idosa está mais propensa a fragilidade, isso a torna mais vulnerável e potencializa a exposição aos maus-tratos, que frequentemente ocorrem no contexto familiar, razão pela qual um número exorbitante de casos nem se quer são relatados.

A dimensão do problema faz com que sejam realizadas intervenções no meio clínico e social. Um dos maiores desafios da saúde pública é preparar equipes multidisciplinares capazes de reconhecer as diferenças entre senilidade, senescência e maus. Para que esses abusos sejam identificados o mais precocemente e sejam notificados, é de extrema importância uma rede de referência para apoio na resolutividade desse assunto. O profissional de saúde precisa estar atento, não somente a pessoa idosa que necessita de cuidados, mas, sobretudo, às necessidades do cuidador, que muitas vezes sobrecarregado acaba refletindo o seu desgaste emocional em maus-tratos a pessoa idosa. Profissionais bem preparados, sensíveis e atuantes promovem a prevenção de vários tipos de violência, através de ações multidisciplinares e intersetoriais. Para que isso ocorra, é preciso que tais profissionais reconheçam que sua atribuição tem escopo maior do que apenas a realização de uma intervenção técnica.

A literatura aponta limitações na formação dos profissionais voltados para a atenção ao idoso, especialmente no que diz respeito aos maus-tratos. Então, qual seria a ferramenta ideal para dar continuidade nesse processo de construção dos saberes em relação ao cuidado da pessoa idosa? Talvez uma educação continuada e permanente possa ser útil nesse contexto. De fato, é preciso aprender como lidar com todo o processo de envelhecimento.

Estratégias devem ser construídas coletivamente para que os serviços de saúde possam atuar com ações de prevenção de maus-tratos a idosos e promoção de saúde para essa população, minimizando assim o impacto negativo gerado por esses abusos. Há muito o que se aprender e, nesse contexto, faz-se necessário a fomentação de novas pesquisas que favoreçam a adoção de medidas assertivas de implementação de políticas públicas em ações conjuntas entre Estado, sociedade e comunidades.

Referências

- AMARANTE, Agostinho Tavares. **Maus tratos nos idosos**. 27 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, abr. 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/82771>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- BRASIL. **Disque Direitos Humanos**: Relatório 2019. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. ASCOM/MMFDH, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/disque-100/relatorio-2019_disque-100.pdf. Acesso em: 25 mai. 2022.
- BRASIL. Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Violência contra a pessoa idosa**: Vamos falar sobre isso? Perguntas mais frequentes sobre direitos das pessoas idosas. Campanha nacional de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. Brasília: Governo Federal, 2020. Disponível em: https://www.anpprev.org.br/redactor_data/20200710093611_cartilhacombateviolenciapessoaidosa.pdf. Acesso em: 30 mai. 2022.
- COSTA, Isabel *et al.* Maus tratos nos idosos-Abordagem nos cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 25, n. 5, p. 537-42, 2009. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10667>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- DE PAULA FALEIROS, Vicente. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. **Argumentum**, v. 6, n. 1, p. 6-21, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475547142002>. Acesso em 31 mai. 2022.
- DICIO. **Dicionário Online de Português**. 7 GRAUS, c2022. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/maus-tratos/>. Acesso em: 31 mai. 2022.
- FEARING, Gwendolyn *et al.* A systematic review on community-based interventions for elder abuse and neglect. **Journal of elder abuse & neglect**, v. 29, n. 2-3, p. 102-133, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08946566.2017.1308286>. Acesso em: 25 mai. 2022.

FUNDINHO, J. F.; FERREIRA-ALVES, J. Dos maus tratos ao bom cuidado. In: FELÍCIO, J. Augusto (Ed). **Gestão de Organizações e Empreendedorismo na Economia Social**. Lisboa: CAJIL, 2017. p. 341-354. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/54356>. Acesso em: 25 mai. 2022.

GROVER, Sandeep *et al.* Screening for Abuse of Older Adults: A Study Done at Primary Health Care Level in Punjab, India. **Indian Journal of Psychological Medicine**. v. 43, n. 4, p. 312-318, 2020. Disponível em: doi:10.1177/0253717620928782. Acesso em: 24 mai. 2022.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016/IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

JÚDICE, Helena; SEQUEIRA, Carlos. Rastreo e diagnóstico de abuso de pessoas idosas - teoria do comportamento planeado. **Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS)**. E-book – IV Congresso Internacional ASPESM, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/275337017>. Acesso em: 31 mai. 2022

KAPLAN, Daniel B; BERKMAN, Barbara J. Abuso ao idoso (Maus-tratos de idosos). **Manual MSD**: versão para profissionais de saúde, fev. 2021a. *Online*. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/geriatria/abuso-ao-idoso/abuso-ao-idoso>. Acesso em 30 mai. 2022

KAPLAN, Daniel B; BERKMAN, Barbara J. Cuidadores da família para idosos. **Manual MSD**: versão para profissionais de saúde, mar. 2021b. *Online*. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/geriatria/quest%C3%B5es-sociais-em-idosos/cuidadores-da-fam%C3%ADlia-para-idosos>. Acesso em: 30 mai. 2022.

LOPES, Emmanuel Dias de Sousa *et al.* Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 628-638, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/yZMz5GFsGKmpB-3QFXmR7hcg/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20a%20presente%20revis%C3%A3o%20integrativa,tratos%20foi%20na%20pr%C3%B3pria%20resid%C3%A4ncia>. Acesso em: 30 mai. 2022.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Violência contra a pessoa idosa/Castigo do corpo e mortificação do eu. In: FREITAS, Elizabete Viana. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 122, p. 2996-3015.

MORAES, Claudia Leite de *et al.* Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 4177-4184, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.27662020>. Acesso em: 30 mai. 2022

- OLIVEIRA, Kênnia Stephanie Morais *et al.* Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e57462, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/dzh8dhSnkJDTfrxvtqCrff/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2022
- SALIBA, Orlando *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 472-477, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vyyWBzvFJJyhnHqC4CcCRdn/#:~:text=CONSIDERA%20C3%87%20C3%95ES%20FINAIS-,O%20profissional%20de%20sa%20C3%BAde%20tem%20o%20dever%20de%20notificar%20os,dom%20C3%A9s-tica%20C%20podendo%20responder%20pela%20omiss%C3%A3o.> Acesso em: 29 ago. 2022.
- SANCHES, Ana Paula R. Amadio; LEBRAO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 90-100, set. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3yKxSvqxGSBvMzGsMjLp5Ys/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- SHERWOOD, Paula R. *et al.* Caregiver burden and depressive symptoms: Analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. **Journal of aging and health**, v. 17, n. 2, p. 125-147, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0898264304274179>. Acesso em 25 mai. 2022.
- TERESI, Jeanne A. *et al.* State of the science on prevention of elder abuse and lessons learned from child abuse and domestic violence prevention: Toward a conceptual framework for research. **Journal of elder abuse & neglect**, v. 28, n. 4-5, p. 263-300, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/08946566.2016.1240053>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- THIMSEN, Kathleen. Interpersonal violence and the elderly. In: CARNEY, Amy (Ed). **Elder Abuse: Forensic, Legal and Medical Aspects**. Academic Press, 2020. p. 85-105.
- VILELA, Kenia Pereira. **Violência contra os idosos na perspectiva dos profissionais do Programa de Saúde da Família em Uberlândia-MG**. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/12661>. Acesso em 31 mai. 2022.
- WASHINGTON, George. Pensador, c2022. Online. Disponível em: https://www.pensador.com/autor/george_washington/. Acesso em: 29 de ago. 2022.

15. Desmistificando a geriatria: só pessoas idosas vão ao geriatra? Quando é hora de procurá-lo?

Roberta Cheroto Machado dos Santos¹

Valéria Sarmiento da Costa Boschetti²

Considerações iniciais

Os questionamentos propostos no título do presente capítulo são muito frequentes e comuns dentro da população adulta-jovem. Muitos pensam que o geriatra é médico apenas da pessoa idosa, contudo isso não é real, tendo em vista que este profissional da saúde estuda o processo de envelhecimento como um todo, podendo, dessa forma, orientar tratamentos e hábitos relacionados à longevidade saudável e autônoma. Além disso, o acompanhamento por esse especialista é uma boa opção para aqueles que são tratados por diversos médicos de várias especialidades e acabam se confundindo com tantos remédios e exames.

A consulta geriátrica envolve uma abordagem do indivíduo em sua totalidade, avaliando não apenas as questões biológicas, mas também as sociais, psicológicas e nutricionais, adequando o cuidado às individualidades. Essa abordagem inclui a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que é um processo diagnóstico multidimensional, geralmente interdisciplinar, para determinar as deficiências e incapacidades, ajudando no planejamento do cuidado e assistência a médio e longo prazos. Isso acaba tornando a consulta geriátrica mais demorada, pois inclui a realização de testes para a avaliação da funcionalida-

1 Acadêmica de Medicina UNIG.

2 Pós Graduação em Geriatria e Gerontologia pela UFF e em Geriatria pela PUC-ES. Título de Geriatria pela SBGG. Residência Médica em Clínica Médica pela UFF. Médica formada pela Universidade Federal Fluminense (1993).

de, da cognição, do humor, sensoriais (audição e visão), da mobilidade e riscos de queda, do estado nutricional e do suporte social.

O médico geriatra é capaz de compreender as alterações na estrutura do corpo e o metabolismo do organismo relacionados ao envelhecimento, sabendo os remédios e doses que são apropriados ou não para a faixa etária de cada paciente, revisando as medicações em uso e identificando as que podem ser interrompidas sem danos, evitando a polifarmácia e a cascata de iatrogenias (FREITAS; MIRANDA, 2006).

Dessa forma, poderá se consultar com o geriatra tanto o adulto saudável que deseja orientações para a prevenção de doenças e o envelhecimento saudável e bem-sucedido, como também aquele idoso que já está fragilizado e/ou com sequelas, acamados ou sem reconhecer as pessoas ao redor, pois esse especialista poderá auxiliá-los em ajustes para a melhoria na qualidade de vida. As consultas podem ser realizadas em consultório, domicílio, instituições de longa permanência de idosos (ILPI), assim como em hospitais.

O outro questionamento é de quando procurar um geriatra. O acompanhamento especializado não tem uma regra fixa, podendo até mesmo começar entre os 40 e 50 anos, sendo essa uma maneira de promover o envelhecimento com saúde, a longevidade com qualidade e, também, a prevenir doenças na terceira idade. Há, na nossa sociedade atual, uma dificuldade tremenda em lidar com o envelhecimento e a finitude, sendo esses grandes tabus sociais que levam a pensamentos e comentários preconceituosos, o que chamamos hoje de idadismo, ou etarismo, ou ageísmo, que é a discriminação e a não aceitação das pessoas na terceira idade ou chegando perto dessa faixa etária. Acabam incorporando o preconceito etário e culpando a idade por tudo, o que piora ainda mais a saúde física e mental dos idosos, além de tornar mais difícil a aceitação e acentuar a negação da velhice.

Por conseguinte, precisamos começar a entender a importância e a eficácia do acompanhamento como prevenção e promoção à saúde. O geriatra atua como um grande “maestro” na vida de seu paciente, ponderando as necessidades e também as especialidades fundamentais para junto com ele desenvolver um trabalho multidisciplinar na saúde, viabilizando qualidade de vida.

Segundo Paradella (2018), a população com 60 anos ou mais em 2012 era de 25,4 milhões. Em 2017, ou seja, cinco anos depois, ocorreu um aumento de 18% desse grupo etário, o qual tem se tornado cada vez mais representativo no

país. Portanto, a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento nos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de pessoas idosas em cinco anos, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contudo, no Brasil, a demografia nos mostra a necessidade de atualizações na atenção à saúde da população idosa. Com o aumento da expectativa de vida, faz-se necessário investir em projetos que se adequem às mudanças envolvidas com o novo cenário social e que possibilitem um envelhecimento com qualidade, minimizando impactos relacionados à nova realidade (VERAS; LOURENÇO, 2008).

Ademais, um tema de muita importância a ser discutido, principalmente na saúde da pessoa idosa, é a iatrogenia. A iatrogenia é o termo utilizado para manifestações clínicas, efeitos adversos ou complicações que não são consequências naturais da patologia do paciente, sendo então provocadas pelo ato médico ou pela equipe de saúde. A saúde da pessoa idosa fica comprometida pela iatrogenia médica com frequência, visto que é uma área em que, muitas vezes, é preciso encarar mais de uma doença crônica (LOPES *et al.*, 2017).

A preocupação de iatrogenia em pessoas idosas é crescente, pois as doenças crônicas levam à maior demanda do uso simultâneo e contínuo de medicamentos. Isso contribui para a ocorrência de erros na indicação do tratamento farmacológico, prescrição de medicamentos errados e para a polifarmácia (COSTA *et al.*, 2019).

A mudança no perfil etário da população exige, portanto, que a sociedade elabore um novo plano de cuidados para o paciente idoso, em que a manutenção da capacidade funcional, ou seja, a preservação das habilidades físicas e mentais seja prioridade, a fim de que pessoas idosas mantenham sua independência e autonomia (LOPES *et al.*, 2017). Assim, a visita ao geriatra é importante para que o médico trabalhe com o intuito de minimizar os efeitos adversos, evitar interações medicamentosas e garantir o controle da doença, assim promovendo melhor qualidade de vida ao paciente idoso.

Diante de um cenário mundial marcado pelo crescimento da população de pessoas idosas, também se observa considerável avanço na inovação tecnológica no desenvolvimento de vacinas. Vinte e seis diferentes doenças infecciosas podem ser prevenidas através da realização de campanhas de imunização. Atualmente, diferentes tipos de vacinas têm sido desenvolvidos, cada qual com suas vantagens e, sobretudo, com características específicas (HERNDLER-BRANDSTETTER; CIOCA; GRUBECK-LOEBENSTEIN, 2006 apud

MALAFIA, 2008). As vacinas, rotineiramente utilizadas no mundo todo, representam grande avanço da medicina no que tange à prevenção de inúmeras doenças infecciosas e ao aumento da expectativa de vida das pessoas.

Além do acometimento de doenças, tais como aterosclerose, doença de Alzheimer, diabetes mellitus e osteoporose, resultado da gama de alterações que o sistema imune sofre durante o envelhecimento, a população de pessoas idosas sofre com os níveis baixos de proteção de inúmeras vacinas, o que faz com que atenção especial seja requerida em relação aos aspectos imunológicos típicos da imunossenescência e à necessidade de estratégias de vacinação que melhoram a eficiência das vacinas (MALAGUARNERA *et al.*, 2001 apud MALAFIA, 2008).

Quanto à metodologia, o estudo substancia-se na revisão narrativa de literatura, a qual pode ser definida como uma pesquisa bibliográfica abrangente, apropriada para descrever, discutir e analisar o desenvolvimento de um determinado objeto de estudo na literatura. Para tanto, foi realizada busca em artigos científicos publicados em periódicos indexados em bases de dados como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), além de outras fontes (internet), como *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *Revista Kairós: Gerontologia*, inclusive livros, bem como artigos originais, repositórios universitários, dissertações e teses.

Na trilha desses apontamentos iniciais, o presente capítulo tem por objetivo tecer uma abordagem descritivo-analítica sobre o real papel da Geriatria na contemporaneidade, em que essa especialidade é utilizada cada vez mais por indivíduos mais novos que desejam retardar o processo de envelhecimento. De fato, a qualidade de vida trata-se de assunto e preocupação prementes nos dias atuais. O cuidado com a prevenção de doenças e suas complicações futuras vêm aumentando significativamente a importância e a necessidade da Geriatria e da medicina preventiva. Fato esse em que se pauta a relevância da proposta neste capítulo.

Pilares fundamentais para o envelhecimento saudável

O envelhecimento caracteriza-se como um processo natural e biológico, no qual ocorrem várias alterações fisiológicas e funcionais, mudanças no metabolismo e no estado nutricional, acarretando não só alteração na

composição corporal, mas tornando o idoso mais vulnerável às doenças crônicas. O estilo de vida adotado irá definir a qualidade do envelhecimento, dessa forma, a realização de uma alimentação adequada e o tempo gasto com atividades físicas, sociais e pessoais influencia de forma positiva tanto no funcionamento físico como no mental do indivíduo (AIRES *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, os autores supracitados, avaliando a dieta de 1.250 pessoas idosas, verificaram que a qualidade na alimentação se mostrou melhor em idosos ativos, acima de 80 anos, evangélicos e diabéticos, e pior qualidade entre os idosos residentes em domicílios com três ou mais pessoas, tabagistas e os que relataram predileção por refrigerantes e bebidas alcoólicas, mostrando que é necessária uma melhoria na dieta dos idosos em geral, principalmente para aqueles que ainda adotam hábitos não saudáveis.

O consumo de frutas e vegetais diariamente é importante, pois estes alimentos são fontes de fibras que atuam na melhoria do trânsito gastrointestinal, além de reduzir a probabilidade de desenvolvimento de doença coronariana, hipertensão, diabetes, obesidade e câncer de colôn. Outro fator que pode estar relacionado à alimentação de pessoas idosas é a socialização com os familiares durante a refeição. Grande parte das pessoas idosas incluídos no referido estudo não estavam satisfeitos com a própria alimentação devido à solidão, visto que 60% deles referiram sentir vontade de comer quando estão acompanhados (AIRES *et al.*, 2019).

Segundo Miranda *et al.* (2017), a orientação nutricional deve ser um dos componentes da atenção à saúde da pessoa idosa, já que a adoção de hábitos alimentares saudáveis pode atuar como forma de prevenção e controle de doenças. Além disso, faz-se necessário um maior engajamento dos órgãos governamentais como incentivadores da adoção de práticas saudáveis (ZAGO, 2010; MIRANDA *et al.*, 2017 apud AIRES *et al.*, 2019). Essa necessidade já foi evidenciada no estudo de que àquela época observaram que os idosos, apesar do conhecimento sobre condutas adequadas a seguir, não as seguiam, revelando a necessidade de ações educativas em saúde voltadas para essa parcela da população (FONTELES; FONTES; SILVA, 2009 apud AIRES *et al.*, 2019). Essas recomendações têm, em grande medida, sido baseadas em achados de estudos epidemiológicos que têm mostrado associações inversas entre alto consumo de frutas e hortaliças e risco de certos cânceres, doença cardíaca coronariana e derrame.

Fadnes *et al.* (2022) relataram que uma mudança alimentar sustentada pode dar ganhos substanciais à saúde de pessoas de todas as idades, tanto para mudanças otimizadas quanto viáveis. Prevê-se que os ganhos sejam maiores quanto mais cedo as mudanças alimentares forem iniciadas na vida. Um aumento no consumo de leguminosas, grãos integrais e nozes, e uma redução no consumo de carne vermelha e carnes processadas, contribuíram mais para esses ganhos. Frutas e hortaliças também têm um impacto positivo para a saúde, mas para esses grupos alimentares, o consumo em uma dieta típica ocidental está mais próximo da ingestão ideal do que para os outros grupos alimentares.

Segundo Malafaia e Buglia (2019), o processo de envelhecimento está relacionado com as alterações físicas, fisiológicas psicológicas e sociais, associando-se também ao surgimento de doenças crônico-degenerativas, as quais são provenientes de hábitos de vida inadequados e que podem acarretar na redução da autonomia e diminuição da capacidade de realizar as atividades do dia a dia. Destarte, a atividade física é um fator que traz múltiplos benefícios para a população idosa, pois reduz o risco de doenças crônicas, além de melhorar a manutenção da força muscular e cognitiva.

Segundo Petroianu *et al.* (2010), um estudo feito mostrou associação entre a prática de atividades físicas e mentais e diminuição da perda cognitiva, reduzindo, conseqüentemente, o risco do desenvolvimento de demência. Entretanto, a prática isolada de atividade mental foi o fator mais eficaz em minimizar o déficit cognitivo do que a de atividade física. Estudos epidemiológicos já demonstraram que há uma associação entre altos índices de atividades de lazer, principalmente envolvendo atividades mentais (como leitura e jogos de tabuleiro), e redução no declínio cognitivo em pessoas idosas, exercendo influência no risco de demência. Alguns autores evidenciaram que altos níveis de atividades físicas, mentais e sociais associam-se igualmente a um risco de demência reduzido e que a prática simultânea de dois ou dos três componentes exercem efeitos ainda mais pronunciados na redução do risco (PETROIANU *et al.*, 2010).

Oliveira *et al.* (2019) sugerem que pessoas moderadamente ativas têm menor risco de serem acometidas por desordens mentais do que as sedentárias. Posto isso, a participação em programas de exercícios físicos resulta em muitos benefícios no psicológico e fisiológico da pessoa idosa, e ainda, os dados epidemiológicos sugerem que indivíduos fisicamente ativos provavelmente possuem um processamento cognitivo mais rápido. Como sublinha os autores acima referenciados, os mecanismos que agem diretamente aumentado a ve-

locidade do processamento cognitivo seriam a melhora na circulação cerebral e alteração na síntese e degradação de neurotransmissores. Além disso, outros mecanismos como: diminuição da pressão arterial, decréscimo dos níveis de LDL e triglicérides no plasma, e inibição da agregação plaquetária podem agir indiretamente melhorando as funções cognitivas e também a capacidade funcional geral, logo, refletindo-se no aumento da qualidade de vida.

Portanto, a prática de atividade física resulta em muitas vantagens ao paciente idoso, pois promove a melhora da composição corporal, o aumento da densidade mineral óssea, a melhor utilização de glicose, a melhora do perfil lipídico, a melhora de força e de flexibilidade, previne ou retarda o declínio intelectual através de uma melhora no humor, na memória, na função psicológica e através de uma redução no estresse e na depressão, com consequente manutenção do bem-estar.

O sono, é igualmente importante para a saúde e qualidade de vida. Assim como as alterações físicas, o sono também faz parte do processo de envelhecimento e também está sujeito a passar por mudanças, como: diminuição da duração, da eficiência e dos estágios predominantes. O sono contribui para processos fisiológicos, regulação emocional, desempenho cognitivo, entre outros. Assim, esse assunto é relevante dentro da saúde da pessoa idosa, visto que 50% dessa população apresenta sintomas relacionados ao sono. Dito isso, a qualidade ruim do sono pode trazer como consequências as alterações na cognição, complicações como doenças físicas (obesidade, hipertensão) e mentais (depressão, ansiedade), e pode aumentar os custos com saúde e taxas de mortalidade. Ademais, o sono tem grande importância no humor, pois a baixa qualidade do sono pode gerar estresse, irritabilidade, cansaço, indisposição, entre outros (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

As perturbações do sono no adulto ou na pessoa idosa devem ser avaliadas com base nos hábitos de vida, presença de patologias e outros fatores externos que podem contribuir para o aparecimento de alterações do sono. A prevenção e tratamento das alterações do sono devem incluir medidas não farmacológicas, alternativas e criativas, das quais se destaca uma adequada higiene do sono, mudança ou a organização de hábitos e atividades, buscando a melhor indução e qualidade do sono (GEIB *et al.*, 2003).

Ainda, outro pilar essencial para o envelhecimento salutar é a gestão do estresse. Nesse sentido, Abreu *et al.* (2021) relatam que manejar o estresse

do cotidiano é essencial, principalmente durante o envelhecimento. Hoje, existem estratégias, estilos de vida e métodos eficazes para prevenção, redução e controle do estresse; podemos citar os tratamentos psicoterápicos e as atividades físicas.

Dentre os tratamentos psicoterápicos, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido bastante recomendada para auxiliar no enfrentamento ao estresse devido a sua metodologia e terapia diretiva, que leva em consideração as queixas atuais apresentadas pelo paciente, além de ter uma estrutura educativa e organizada que permite ao paciente participação ativa no processo de mudança cognitivo-comportamental (SILVA; SERRA, 2004).

A atividade física também tem sido grande aliada ao combate e redução do nível de estresse durante o período do envelhecimento. Ela se apresenta como uma distração e uma forma de afastar pensamentos negativos e gerar bem-estar, além de se ter a convivência com outras pessoas, aumentando a interação social. Além disso, causa alteração na concentração de endorfinas e monomaniás, que podem agir sobre a depressão, diminuindo a ansiedade, a tensão e o estresse.

Cuidados essenciais: para manutenção da qualidade de vida

Wolff (2016) disserta que o envelhecimento nos traz, como uma de suas consequências o aumento do aparecimento de problemas de saúde que são característicos do idoso, situação essa que se agrava quando é feito uso de algum tipo de droga, sejam elas lícitas ou ilícitas. A dependência da nicotina está relacionada ao aumento do consumo de álcool e de outras substâncias. Os indivíduos fumantes são mais propensos a consumir bebidas alcoólicas, assim como os indivíduos consumidores de álcool são mais propensos a fumar. Portanto, existe uma alta associação entre dependência de álcool e dependência da nicotina (MALBERGIER; OLIVEIRA JR, 2005).

Segundo Cardoso *et al.* (2021), as medicações são usadas para tratar e reduzir a morbidade associada a diversas doenças. Porém, se houver o uso indiscriminado e em excesso dessas drogas, pode expor o paciente a efeitos colaterais desnecessários e interações potencialmente perigosas. Pessoas idosas são pacientes que merecem atenção redobrada, porque são mais vulne-

ráveis aos efeitos adversos de medicamentos, e são esses indivíduos que mais consomem remédios. Os psicotrópicos são substâncias químicas que atuam sobre a função psicológica e alteram o estado mental, sendo eles os medicamentos com ações antidepressiva, alucinógena e/ou tranquilizante.

Os benzodiazepínicos são as drogas que recebem maior número de prescrições. Por isso, é importante que os pacientes sob prescrições crônicas de benzodiazepínicos sejam monitorados de forma mais sistemática, a fim de diminuir riscos. Pessoas idosas submetidas à polifarmácia merecem atenção diferenciada quanto ao tipo de psicotrópico, com vistas à minimização dos desfechos adversos a que estão sujeitos (CARDOSO *et al.*, 2021).

A prática da polifarmácia, somada à presença de várias doenças, alterações fisiológicas e atendimento por diversos médicos, torna as pessoas idosas o principal grupo de risco para utilizar medicamentos inapropriados, além de provocar interações medicamentosas e reações adversas a esses medicamentos. Tornam-se indispensáveis orientações adequadas sobre a conduta do médico mediante as medicações prescritas, dosagens e intervalos das mesmas, porque é dessa maneira que se manterá a manutenção de qualidade na vida da pessoa idosa.

Assim, constrói-se um tratamento personalizado, prescrevendo de maneira exclusiva as medicações de real necessidade para controlar as doenças em questão, de acordo com a gravidade, incômodo e prioridade vistas pelo médico geriatra que está em atendimento. Permitindo identificar de maneira eficaz os efeitos colaterais e também minimizando os custos do tratamento, ou seja, o acompanhamento de perto e orientações adequadas aos pacientes e aqueles que estão junto deles são fundamentais para melhor qualidade de vida e tratamento de sucesso, além de contribuir para não agravar os fatores de risco possíveis (RIBAS; OLIVEIRA, 2014).

“Ter uma vida saudável!”. Esta é a resposta para que a velhice seja realmente a melhor idade. Quando falamos sobre vida saudável, não é pensando apenas em exercícios e alimentação. É também de grande importância preocupar-se com as relações sociais e com os fatores psicológicos. A relação social tem papel fundamental para as nossas vidas, principalmente na vida dos idosos, pois podem agregar mais diversão e sorrisos, independente da sua idade. Afinal, quando nós sorrimos, o nosso organismo libera endorfina, hormônio este responsável pela sensação de prazer, felicidade e bem-estar, capaz também de ativar o sistema imunológico, combater o estresse, a ansiedade e a

depressão, relaxar o organismo, aliviar dores, regular o sono, retardar o desenvolvimento de rugas e doenças cardíacas.

O estudo de desenvolvimento adulto, de Harvard, fala sobre a vida adulta em que 724 homens são acompanhados por 75 anos, através de questionários anuais sobre suas profissões, saúde (exames de sangue, exames de imagem cerebral), vida domiciliar. Desde 1938, acompanha-se a vida de dois grupos de homens, sendo que o primeiro grupo estudado começou quando estavam no segundo ano da Universidade de Harvard. O segundo era um grupo de garotos dos bairros mais pobres de Boston, a maioria morava em prédios populares, sem água corrente. Ficou claro que a melhor qualidade de vida está associada aos relacionamentos saudáveis que são mantidos durante toda a vida. A mensagem que tiramos deste estudo de 75 anos é: “Bons relacionamentos nos mantêm mais felizes e saudáveis.”

Os chamados grupos de convivência são uma opção muito satisfatória para os idosos, porque nos encontros eles têm a oportunidade de compartilhar experiências, sentimentos, tristezas, alegrias, angústias, falam sobre depressão, a perda de entes queridos ou, até mesmo, de afastamento de familiares.

O Residencial Casa da Vila Mariana, em São Paulo, possui estes grupos de convivência com a supervisão de Psicóloga Eliza Cunha, que destaca:

A importância de se manter em comunhão, dividindo experiências de vida e compartilhando momentos em comum. Além disso, conhecer a história de outras pessoas nos faz valorizar ainda mais a vida como um todo, pois entendemos que cada história é única e por isso, devemos valorizar a nossa. (Informação oral).

Quando falamos de relacionamentos saudáveis, não só estamos nos referindo a relação entre homem e mulher, mas a todo tipo de relação que envolvam pessoas.

Sabemos que o envelhecimento é um processo complexo, gradual e irreversível, comum a todos os seres vivos, em que ocorre deterioração endógena das capacidades funcionais do organismo. Esse processo é dinâmico e progressivo, levando a alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002 apud AZEVEDO, 2015), há uma tendência de aumento na proporção de idosos comparado aos jovens de tal maneira que, em 2050, o número de pessoas idosas será equivalente a

dois bilhões (20% da população mundial), e superará a população menor de 15 anos. Os avanços técnicos e científicos possibilitam o aumento da esperança média de vida, porém acarretam um aumento da prevalência de doenças crônicas, constituindo um grande desafio no desenvolvimento de estratégias que permitam um envelhecimento com saúde e bem-estar.

Existem estudos que comprovam o aumento do risco de hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade e, também, por maus hábitos como tabagismo, sedentarismo, má alimentação. Assim, torna-se imprescindível a adoção de medidas preventivas de doença para um envelhecimento de qualidade (AZEVEDO, 2015).

Considerações finais

“Prolongar a juventude é desejo de todos, desfrutar de uma velhice sadia é sabedoria de poucos.”

(Aline Saab)

O fechamento no capítulo é baseado na literatura revisada, de acordo com o tema abordado no decorrer do texto, busca apontar o papel e a importância da Geriatria na sociedade contemporânea para o enfrentamento dos desafios de uma população em processo de envelhecimento, partindo-se do pressuposto de que a saúde deve ser entendida a partir de uma concepção ampla, que promova modos de vida saudáveis em todas as idades.

O perfil de paciente que deve ou já frequenta o médico geriatra não é somente o de pessoas idosas (considerado a partir dos 60 anos), mas também engloba o público adulto-jovem, ou seja, pacientes a partir dos 40 anos em média. Apesar de não ser regra iniciar acompanhamento geriátrico nessa faixa etária, existem aqueles pacientes que desejam ter conhecimento de como o nosso organismo funciona com a senescência, as alterações que ele sofre como consequência dos nossos hábitos, e este é o momento, ainda na juventude, afinal essa especialidade trata o envelhecimento humano.

A geriatria tem o objetivo de promoção e prevenção da saúde através da realização de exames periódicos, rastreamento para doenças infectocontagiosas, autoexame e intervenções precoces que são de extrema importância para

o controle da saúde do paciente de forma a dificultar novos acometimentos e ainda promover qualidade de vida e bem-estar. Além disto, também faz menção a importância de o adulto ter o calendário vacinal em dia, trata de doenças já existentes, proporciona a reabilitação funcional do idoso e fornece cuidados paliativos quando necessário.

Desse modo, o Geriatra será literalmente o “maestro” na vida de seu paciente, das diversas patologias e condições de saúde. Cuida do indivíduo como um todo, toma conhecimento da história patológica e familiar, orienta e investiga a possibilidade de desenvolver neoplasias, doenças de alta prevalência com potencial de complicações como hipertensão, obesidade, diabetes e dislipidemias. Portanto, quanto mais cedo procurá-lo, a chance de ter tratamento eficaz e cura é maior, além do aumento da sobrevida, uma vez que possibilita a intervenção antes do desenvolvimento da doença e, conseqüentemente, colabora para se chegar à maturidade ativa com disposição.

Vale ressaltar que não se deve esperar os sinais da velhice ou a doença aparecerem, quanto mais cedo compreender o que está acontecendo e vai acontecer com o nosso corpo, mais preparados estaremos para enfrentar as mudanças. A maioria das pessoas que chegam na terceira idade sem saúde é porque não se cuidaram quando jovens. Lembrar sempre que a prevenção é muito mais fácil do que o tratamento.

Ademais, atribui-se às políticas de saúde concorrer para que mais indivíduos alcancem idades avançadas com as melhores condições de saúde possíveis, ou seja, políticas públicas que proporcionem o favorecimento de cuidados fundamentais à saúde, atividades físicas, lazer, prevenção às situações de violência familiar e urbana, acesso a alimentos saudáveis, entre outros. Medidas essas que garantirão o alcance de um envelhecimento sustentado por igualdade de oportunidades.

Em síntese, faz-se necessário que estudos e investimentos sejam empreendidos neste campo para melhora e manutenção da saúde e qualidade de vida, pois ainda é grande a desinformação sobre a pessoa idosa, as particularidades e os desafios na área da saúde pública no contexto social brasileiro.

Referências

- ABREU, Marcilene Nunes *et al.* A importância de estratégias de enfrentamento ao estresse na terceira idade. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22400>. Acesso em: 25 abr. 2022.
- AIRES, Isabel Oliveira *et al.* Consumo alimentar, estilo de vida e sua influência no processo de envelhecimento. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 11, p. e098111437-e098111437, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5606/560662202009/560662202009.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- AZEVEDO, Marta Sofia Adães. **O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa**. 2015. 91 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2015. Disponível em: <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%202020%20de%20abril%20-%20tese%20final%20-%20pdf.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.
- CARDOSO, A. G. A. *et al.* Analysis of the effect of long-term use of benzodiazepines by the elderly: a systematic literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 12, p. e01101220022, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i12.20022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20022>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- COSTA, Andrielle Valentim da *et al.* Iatrogenia medicamentosa em idosos hospitalizados no interior do Amazonas. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 99-111, 30 set. 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/46785>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- FADNES, Lars T. *et al.* Estimating impact of food choices on life expectancy: A modeling study. **PLoS medicine**, v. 19, n. 2, p. e1003889, 2022. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003889>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- FREITAS, Elizabete Viana de; MIRANDA, R. D. . Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla 2006. In: FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* (Org.). **Traçado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 900-909.
- GEIB, Lorena Teresinha Consalter *et al.* Sono e envelhecimento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 3, p. 453-465, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/6g7HCGhWtMd5Fd9LvHbXgSz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- HERNDLER-BRANDSTETTER, Dietmar; CIOCA, Daniel P.; GRUBECK-LOEBENSTEIN, Beatrix. Immunizations in the elderly: do they live up to their promise? **Wiener medizinische Wochenschrift**, v. 156, n. 5, p. 130-141, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7088340/>. Acesso em: 29 ago. 2022.

LOPES, Pedro de Castro *et al.* Estilo de vida e intervenções não farmacológicas no tratamento e na prevenção das síndromes geriátricas: uma revisão integrativa. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 375-397, 30 jun. 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i2p375-398>. Acesso em: 29 ago. 2022.

PARADELLA, Rodrigo. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. **Agência IBGE Notícias**, 26 abr. 2018. *Online*. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 20 maio 2022.

PETROIANU, Andy *et al.* Atividade física e mental no risco de demência em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 302-307, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/jMwkPnP9FkC7Zd6LwPgkGyq/?lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2022.

MALAFAIA, Guilherme. Implicações da imunossenescência na vacinação de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, p. 433-441, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/cvByxVWZzFwzPjh6bjT5jCw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2022.

MALAFAIA, Felipe Lopes; BUGLIA, Susimeire. Prescrição de atividade física em idosos: nunca é tarde demais para combatermos o sedentarismo. **Revista do DERC**, v. 25, n. 1, p. 14-18, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049319>. Acesso em: 29 ago. 2022.

MALAGUARNERA, L. *et al.* Immunosenescence: a review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 32, n. 1, p. 1-14, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11251234/>. Acesso em: 29 ago. 2022.

MALBERGIER, André; OLIVEIRA JR, Hercílio Pereira da. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 32, p. 276-282, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tpc/a/DfYgYZPbdfr6hvmL3KGwYs/?lang=pt#:~:text=Fumar%20%C3%A9%20associado%20a%20um,o%20tabagismo%20e%20comorbidades%20psiqui%C3%A1tricas>. Acesso em: 29 ago. 2022.

MIRANDA, R. N. A. *et al.* Conhecendo a saúde Nutricional de idosos atendidos em uma Organização não Governamental, Benevides/PA. **Revista Conexão**, v. 13, n. 3, 2017. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/conexao/article/view/9447>. Acesso em: 29 ago. 2022.

- OLIVEIRA, Daniel Vicentini de *et al.* O nível de atividade física como um fator interveniente no estado cognitivo de idosos da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4163-4170, 2019. Disponível em:
- SILVA, Cláudio Jerônimo da; SERRA, Ana Maria. Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 26, n. 1, p. 33-39, 2004. Disponível em:
- VERAS, Renato; LOURENÇO, Roberto. Do mito da cura à preservação da função: a contemporaneidade da jovem Geriatria. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, p. 303-305, 2008. Disponível em:
- ZAGO, A. S. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 153-158, 2010. Disponível em: [210](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a16v13n1.pdf. Acesso em: 09 out. 2016.</p></div><div data-bbox=)

Estudar o envelhecimento enfatizando não só suas potencialidades, mas, sobretudo, suas fragilidades é uma iniciativa corajosa, uma vez que a abordagem utilizada orienta para as problemáticas do processo de envelhecer e como os profissionais devem lidar com essas questões no campo prático. [...] Essa produção não contém somente subsídios para a compreensão do processo de envelhecimento e saúde da pessoa idosa, mas é um verdadeiro tesouro, especialmente por nos apresentar temas profundos, atuais e relevantes, levando em consideração a ampla dimensão deste processo e o impacto do envelhecer na saúde da pessoa idosa. Conhecimentos imprescindíveis para o exercício profissional, que direciona a pensar o envelhecimento como um campo de trabalho em que possamos contribuir com as especificidades multiprofissionais em uma relação direta. Encerro minha leitura com enorme satisfação, constatando que os assuntos aqui abordados, escritos por profissionais capacitados e imersos neste contexto, foram utilizados de forma a gerar material de referência, bem fundamentado e direcionado a todos que estejam interessados em conhecer e compreender a saúde da pessoa idosa e as necessidades implicadas no processo de envelhecer.

Uma prazerosa leitura a todos!

Simone de Cássia Freitas Manzano

Psicóloga CRP 06/117702, pós-graduada em Gerontologia

Aperfeiçoamento em atenção domiciliar, Capacitação em saúde da pessoa idosa,
Capacitação em doença de Alzheimer e condições similares.

UNIG
UNIVERSIDADE IGUAÇU



encontrografia

encontrografia.com
www.facebook.com/Encontrografia-Editora
www.instagram.com/encontrografiaeditora
www.twitter.com/encontrografia