

# **UM NOVO ENVELHECER: TEMPO DE SER FELIZ**



**LEANDRO MINOZZO**

**UM NOVO ENVELHECER:  
TEMPO DE SER FELIZ**



Porto Alegre

2012

© Todos os direitos reservados para Leandro Minozzo  
Capa: Gustavo Demarchi (G2D Soluções Visuais)  
Revisão: Maria de Lourdes Vernet Machado  
Editor: Walmor Santos

978-85-7599-146-6, Um novo envelhecer: tempo de ser feliz, de Leandro Minozzo  
formato 16 X 23  
Vol 9, crônicas

**COPIAR É CRIME.**

Lei do Direito Autoral nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.



Walmor Souza dos Santos  
CNPJ 02.455.818/0001-24  
Insc. Est.: 096/2691097

Rua Disnard, 62 / Bairro Santa Tereza  
90850-030 – Porto Alegre – RS  
Fone: 51 3029 7018 / 7028 / 7461

Visite: <http://www.wseditor.com.br>

E-mail: [wseditor@wseditor.com.br](mailto:wseditor@wseditor.com.br)

[vendas@wseditor.com.br](mailto:vendas@wseditor.com.br)

[projetoautor@wseditor.com.br](mailto:projetoautor@wseditor.com.br)

*Em vez de possibilidades, realidades é o que tenho no meu passado, não apenas a realidade do trabalho realizado e do amor vivido, mas também a realidade dos sofrimentos suportados com bravura. Esses sofrimentos são até mesmo as coisas das quais me orgulho mais, embora não sejam coisas que possam causar inveja.*  
(Viktor Frankl)

*A vida é a soma de todas as suas escolhas.*  
(Albert Camus)

*Não faças da tua vida um rascunho.  
Poderás não ter tempo de passá-la a limpo.*  
(Mário Quintana)

*Já não sou jovem o suficiente para saber de tudo.*  
(Oscar Wilde)

*Além de Deus, precisamos dos idosos.*  
(provérbio abecásio)

*A educação é um processo social, é desenvolvimento.  
Não é a preparação para a vida, é a própria vida.*  
(John Dewey)



## SUMÁRIO

- Prefácio, pelo senador Paulo Paim / 9
- Felicidade / 13
- O envelhecimento bem-sucedido / 16
- Inteligência Emocional e saúde / 19
- Depressão e Terceira Idade / 23
- Solidão, que nada! / 29
- Medicamentos e Terceira Idade: Olhos bem abertos! / 32
- Surpreenda seu netinho / 37
- Perda de massa muscular na Terceira Idade: Tem jeito? / 40
- Dr. David Servan-Schreiber / 42
- Como abordar familiares de idosos com depressão? / 43
- Doença de Alzheimer: Uma crise social (e familiar) / 45
- O verão chegou: Cuidado com a desidratação em idosos! / 47
- Sono: Por onde a saúde começa! / 50
- Andropausa? Saiba mais / 55
- A águia / 57
- O que fazer para aumentar o colesterol bom (HDL)? / 59
- A grande vilã da saúde: A inflamação crônica / 61
- Viktor Frankl e a questão do sentido da vida / 65
- Doença de Alzheimer: Troque o medo pelas atitudes! / 67
- Acompanhamento médico: Como deve ser? / 69
- As “doenças ninjas”: Silenciosas e mortais / 72
- Quedas: Ninguém está imune / 74
- O sopro da vida: Espiritualidade e saúde / 77
- Asilo: Quando? Ou nunca? / 82
- Vitamina D: Novas descobertas sobre uma antiga deficiência / 85
- A famosa consulta de "check-up" / 87
- Ajude seu médico a lhe ajudar! / 90

Voluntariado / 93

Universidade Aberta da Terceira Idade: Fábrica de sorrisos / 95

Autoeficácia: Crenças e saúde / 98

Esteatose hepática: Não banque o pato (ou o ganso) / 100

Esse amor não se esquece / 103

O humano na morte. A vida na humanidade / 105

Sexualidade na Terceira Idade: Pelo fim do silêncio / 109

Envelhecer com dignidade / 111

As capacidades na Terceira Idade / 115

A dieta mediterrânea a sua mesa / 119

Como venceram a depressão / 122

Sobre o autor / 127

## Prefácio

Um novo envelhecer: tempo de ser feliz, foi uma leitura muito prazerosa e de grande envolvimento. Leandro conseguiu juntar neste exemplar um compêndio para melhor orientar esse momento da vida que é a velhice. Ele traz informações para todos aqueles que almejam usufruir com saúde a maturidade.

Nessa mesma linha, o próprio título nos lembra e nos leva a refletir sobre o quanto o envelhecer pode ser muito natural e feliz, uma vez que o processo de envelhecimento nos acompanha desde a nossa concepção, no ventre materno.

Com o passar dos anos vamos vivendo as diversas fases da vida e cada uma se diferencia da outra, por várias razões, uma delas é a idade, que traz acontecimentos e experiências, comuns e singulares, da infância, da juventude e da vida adulta.

Sinto no meu dia a dia que a idade nos impõe limitações e permissões diferenciadas. Como as crianças que, na fase de brincar, tanto meninas, como meninos, precisam usar os brinquedos adequados à sua faixa etária, pois não teriam nem condições nem habilidades para manusear certos mecanismos e precisam, assim, lidar com as suas limitações e até mesmo frustrações.

A idade mais avançada, a velhice, também nos impõe limitações e frustrações, e são com essas questões que, a meu ver, precisamos aprender a lidar ao longo de nossa vida.

Temos que procurar viver bem cada fase, curtindo e aproveitando cada momento. Sendo feliz e tirando o melhor de cada idade, não transformando a velhice na melhor idade, e sim re-

conhecendo que a nossa vida toda teve ótimas idades, com prazeres diferentes.

Porém, para isso, é preciso entender essa passagem de uma fase para outra fase da vida, superando as dificuldades e principalmente aceitando as suas transformações. Como Erico Veríssimo nos diz, “Envelhecer é o preço que todos temos de pagar se quisermos continuar vivos.”

Meu amigo Leandro, na sua linguagem simples e de fácil acesso para todos, como sempre foi o seu objetivo, consegue, sem máscaras, traduzir conceitos que mostram a realidade do envelhecimento humano, com as deficiências a que todos devemos estar atentos, e alertar para a capacidade que cada um tem nas mãos de cuidar bem do seu corpo, mente e espírito. Faz, assim, dessa tríade um casamento perfeito para chegar a um envelhecimento bem sucedido, saudável e ativo.

Tenho orgulho de dizer que dediquei grande parte da minha vida política aos idosos, aposentados, pensionistas ou não, e foi assim que apresentei, e foram aprovados, o Estatuto do Idoso, a política do salário mínimo e tantas outras políticas públicas que amparam, protegem e atendem a essa parcela insubstituível da população, pois tenho consciência que são eles que podem transmitir aos mais jovens a sabedoria que só a vida nos ensina.

O teu livro Leandro, é de um conteúdo tão profundo que me sinto orgulhoso por ter sido convidado para fazer esta singela apresentação, marcando o início da tua carreira como escritor. Tenho certeza que tu e eles, os idosos, merecem. Tudo que aqui escrevi foi de coração, de alma e com muito sentimento.

Um forte abraço

Senador Paulo Paim

# **UM NOVO ENVELHECER: TEMPO DE SER FELIZ**



## Felicidade

*Não existe um caminho para a felicidade.*

*A felicidade é o caminho.*

(Mahatma Gandhi)

Sobre as capacidades das pessoas, quando chegam à terceira idade, as que se relacionam com a felicidade, merecem um destaque especial. Ao contrário do que muitos ainda pensam, os resultados de vários estudos surpreendem ao apontar que tristeza e velhice não caminham juntas! Eles são unânimes ao afirmar que na terceira idade, as pessoas tendem a ser mais felizes do que em outras fases da vida.

Uma pesquisa feita na Inglaterra e na Alemanha mostrou que, a partir da adolescência até aos 40 anos de idade, o nível de felicidade tende a cair. No entanto, após os 40 anos a pessoa passa a aumentar seu índice de felicidade, tendo um nível máximo aos 74 anos! Outra pesquisa, dessa vez realizada nos Estados Unidos, com 340 mil pessoas mostrou resultados semelhantes. Segundo ela, a partir dos 50 anos as pessoas começaram a ter os níveis de felicidade cada vez maiores. Aos 85 anos, elas estão mais satisfeitas consigo do que quando estavam com 18 anos.

O grande Ayrton Senna, piloto de fórmula-1, ídolo dos brasileiros, parece que já previa o resultado dessas pesquisas ao dizer: “Eu sou feliz. Serei plenamente feliz, talvez, se chegar com sabedoria aos 60 anos. De qualquer forma, ainda tenho muita vida pela frente.”

Costumo apresentar essas pesquisas durante palestras, quando quero desmitificar o envelhecimento. Algumas vezes,

ouvi da plateia a reclamação de que essas pesquisas foram realizadas em países ricos, onde os idosos têm melhores condições de vida. Acontecia que eu concordava com a pessoa que fazia esse contraponto e, para evitar que as ideias ruins sobre a velhice tomassem conta do auditório, eu logo mudava de assunto e continuava a palestra. Incomodei-me com isso e fui atrás de outras pesquisas sobre felicidade em idosos. Acabei encontrando que independe da classe social e do lugar onde as pessoas vivem, as pesquisas continuam mostrando que na terceira idade se é mais feliz do que em outras fases da vida! No final de 2011, foi apresentado um estudo realizado em Porto Alegre, feito pela Universidade Federal e pela UNIMED. Os resultados foram os mesmos daqueles feitos na Inglaterra, Alemanha e Estados Unidos.

A explicação para esses resultados é, até certo ponto, bem simples. Na adolescência e começo da vida adulta, nos preocupamos com muitos aspectos da vida. Entender o mundo, conhecer a nós mesmos, escolher uma profissão e batalhar por ela, encontrar um companheiro, começar uma família.. e por aí vai. Na velhice, os filhos estão criados, as escolhas profissionais foram feitas e os atalhos da vida já foram descobertos... é natural que a sensação de bem-estar, de felicidade seja maior. Principalmente quando se construiu uma vida boa, com relacionamentos saudáveis, atitudes corajosas e dignas.

Você pode até estar se questionando sobre esse excesso de notícias positivas sobre o envelhecimento. Não estaria eu exagerando? Ou mesmo, onde quero chegar com tanto otimismo? Trago essas informações, um tanto quanto positivas em relação ao envelhecimento, para te ajudar a acabar com qualquer dúvida sobre o poder de realização pessoal que se pode atingir na terceira idade. Com certeza existe um número imenso de

idosos infelizes, com incapacidades físicas e também mentais. Mas não podemos tê-los como modelos de envelhecimento. E comparando com outras fases da vida, repare bem como andam os adolescentes e adultos jovens por aí... Trago os resultados dessas pesquisas para motivar a busca da saúde e da felicidade. Para isso, um primeiro passo é construirmos uma ideia positiva em relação ao envelhecimento, já que isso influi muito na forma como encaramos a vida, o que também é comprovado cientificamente.

A norte-americana Dra. Becca Levy concluiu que mesmo que não se perceba, os pensamentos negativos sobre envelhecimento, disseminados pela sociedade, são capazes de minar a saúde e ter consequências desastrosas. No estudo, um grande número de pessoas de meia-idade foi entrevistado seis vezes ao longo de vinte anos. Perguntou-se a elas se concordavam com afirmações como “à medida que você envelhece, torna-se menos útil.” De maneira impressionante, constatou-se que a visão das pessoas sobre o envelhecimento teve maior impacto sobre seu tempo de vida do que a pressão sanguínea, o nível de colesterol, o hábito de fumar ou fazer exercícios.

Aquelas que manifestaram uma visão positiva sobre o envelhecimento viveram em média 7,5 anos a mais do que as que alimentavam imagens negativas sobre a velhice! Os participantes com percepção negativa do envelhecimento eram mais propensos a considerar a vida sem valor, vazia e sem esperança. Por outro lado, os que tinham a percepção mais positiva viam a vida como satisfatória e promissora.

Envelhecimento não tem a ver com tristeza. Tem a ver com felicidade.

## O envelhecimento bem-sucedido

*Somente os idiotas se lamentam de envelhecer.*  
(Cícero, 44 a.C.)

Existem alguns conceitos que são próprios da gerontologia, um que vale a pena explorarmos é o de envelhecimento bem-sucedido. O que significa? Seria envelhecer e ser bem-sucedido financeiramente, ser rico? A questão financeira até está envolvida, ajuda a atingirmos esse status, porém não é bem disso que se trata. Então, como posso avaliar se eu vivencio um envelhecimento considerado bem-sucedido? Contrapondo o envelhecimento típico, surgiu, na década de 1960, o termo envelhecimento bem-sucedido, para diferenciar aquele indivíduo com características fisiológicas (do corpo) e psicossociais consideradas acima da média. Ou seja, pessoas que, ao chegarem à terceira idade, encontram-se em melhores condições do que a maioria daquelas em sua comunidade. Por exemplo, você ao estar lendo este livro, contrariando a maioria dos idosos que estão assistindo passivamente programas de televisão, está indo em direção a um envelhecimento bem-sucedido. O mesmo vale quando se pratica exercício físico, ou se participa de grupos de idosos.

Relacionam-se com o envelhecimento bem-sucedido:

- Satisfação com a vida;
- Longevidade;
- Ausência de incapacidade (limitações físicas e mentais);

• Domínio/crescimento (saber que somos responsáveis pela nossa vida e que mesmo na velhice podemos crescer como pessoas);

- Participação social ativa;
- Alta capacidade funcional/ independência;
- Adaptação positiva a circunstâncias da vida.

Se você possui algumas dessas características, você pode dizer que vive um envelhecimento bem-sucedido. Para manter-se assim, ou para quem pretende chegar à velhice com esse status, recomenda-se:

- Manter nível educacional elevado;
- Praticar atividade física regular;
- Preservar um elevado senso de autoeficácia (ter autoconfiança na capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia);
- Manter uma participação social;
- Tentar livrar-se de doenças crônicas ou tratá-las corretamente. (Neri e Teixeira, 2008)

Além do conceito de envelhecimento bem-sucedido, é muito comum também ouvirmos falar em envelhecimento saudável e envelhecimento ativo. O primeiro conceito é bem simples e diz sobre envelhecer e ser saudável; o último é muito parecido ao envelhecimento bem-sucedido, com uma ênfase na participação social ativa – é um termo mais atual.

O psiquiatra americano George Vaillant escreveu o livro “Aging Well” (em português: Envelhecer bem). Ele foi o chefe de uma das maiores pesquisas sobre envelhecimento humano, na Universidade de Harvard. Trata-se de um estudo que acompanha pessoas há 60 anos! O autor observou sete fatores presentes nas pessoas, antes de chegarem aos 50 anos, que estão associados ao envelhecimento saudável:

- Não ser fumante ou ter abandonado o fumo quando jovem;
- Ter estratégias de enfrentamento adaptadas, ou seja, conseguir assimilar e se portar bem frente aos problemas que surgem na vida;
  - Inexistência de problemas com bebidas alcoólicas;
  - Ausência de excesso de peso ou obesidade;
  - Casamento estável;
  - Prática de atividade física;
  - Anos de educação.

Talvez as duas palavras que mais se relacionam ao envelhecimento bem-sucedido, e ativo, sejam independência e autonomia. Elas são fundamentais para que vivamos bem, pois independência relaciona-se com nossa capacidade de ir e vir, de realizar as nossas atividades sem depender de ninguém e autonomia tem a ver com nossa capacidade de tomar decisões, fazer nossas próprias escolhas.

O que você está fazendo para garantir seu envelhecimento bem-sucedido?

Pense nisso.

## Inteligência Emocional e saúde

*Qualquer um pode zangar-se – isso é fácil.  
Mas zangar-se com a pessoa certa, na medida certa,  
na hora certa, pelo motivo certo  
e da maneira certa – não é fácil.*  
(Aristóteles)

Até pouco tempo atrás, o conceito de inteligência, dominante, era um tanto quanto limitado. Considerava-se como dotada de inteligência aquela pessoa que fosse boa, principalmente em domínios de lógica, como matemática, física e também com boa memória. A medição da inteligência era baseada no quociente de inteligência (o famoso Q.I.). No entanto, percebeu-se que apenas isso não bastava para determinar o grau de sucesso e a inteligência mais ampla de uma pessoa. Foi quando ressurgiu com Howard Gardner, e com a publicação do best-seller de Daniel Goleman sobre o assunto, o conceito de Inteligência Emocional. Digo ressurgiu, porque na antiguidade, Platão, em 400 a.C, já falava em educação emocional.

“A Inteligência Emocional envolve a capacidade de perceber acuradamente, de avaliar e de expressar emoções; a capacidade de perceber e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional; e a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual”. (Mayer & Salovey, 1997)

“O mais poderoso indicador de sucesso como adultos não foi o Q.I. Foi sua habilidade, durante uma infância difícil,

em governar emoções, lidar com suas frustrações e cooperar com os outros.” (Goleman)

Classicamente, a Inteligência Emocional envolve quatro domínios. Juntos, eles formam o quociente emocional (QE):

- 1) A capacidade de identificar nosso estado emocional e o dos outros.
- 2) A habilidade de captar o curso natural das emoções.
- 3) A habilidade de pensar sobre nossas próprias emoções e as dos outros.
- 4) A habilidade de controlar nossas emoções e as dos outros.

Segundo o médico psiquiatra francês David Servan-Schreiber, essas quatro aptidões fornecem a base para o auto-domínio e para o sucesso social. Incluo também uma quinta aptidão, que é a capacidade de se automotivar.

Impressiono-me ao escrever esse artigo, pois ao rever uma apresentação que fiz para um grupo de casais de uma igreja perto de casa, vi que, em maio de 2009, havia 2.451 trabalhos publicados no catálogo virtual chamado PubMed (o mais conceituado em artigos científicos da área médica) sobre Inteligência Emocional. Hoje, em abril de 2012, são 55.838 trabalhos publicados tratando do assunto. Em três anos, o número de publicações cresceu 20 vezes! Poucos assuntos da área da saúde cresceram tanto em tão pouco tempo.

A cada dia, associações são comprovadas entre pessoas com uma Inteligência Emocional desenvolvida e aspectos positivos de saúde: melhor controle da diabetes, da pressão arterial, menos depressão e demências, entre tantos outros.

Durante uma aula na universidade da terceira idade, quando falava sobre Inteligência Emocional, fiz uma pergunta aberta ao grupo: com o passar dos anos, como passei a lidar com as emoções? Foi uma daquelas perguntas que se eu tivesse feito no começo, ficaria os 90 minutos da aula ouvindo comentários dos alunos, tamanho foi o interesse e o volume de experiências que desejavam compartilhar. Os comentários eram parecidos e demonstravam que os 50 alunos ali presentes beneficiaram-se muito, emocionalmente, com o envelhecimento. Relataram sofrer menos, gastar menos energia com emoções em vão, e a ponderar seus posicionamentos. Sentem-se mais tranquilos e satisfeitos com essas capacidades.

Como desenvolver a Inteligência Emocional?

- Rotule seus sentimentos, ao invés de rotular as pessoas e as situações;
- Observe como você reage às pessoas e às situações estressantes;
- Diferencie pensamentos de emoções;
- Assuma a responsabilidade por seus sentimentos;
- Faça auto-avaliações;
- Mostre respeito pelos sentimentos alheios;
- Dê chance ao tempo e a uma boa noite de sono;
- Pratique descobrir o lado bom de uma emoção;
- Evite pessoas que o reprimam.

Além disso, qual outra forma para melhorar a Inteligência Emocional? Adivinhe: exercício físico. Movimentando o corpo, condicionamos também nosso cérebro emocional. Segundo o estudo “Relações entre exercício como estratégia de regulação do humor e de traços de Inteligência Emocional”, dos pesquisadores britânicos Dharmendra Solanki e Andrew M.

Lane, a prática de atividade física correlacionou-se com melhor desempenho em testes de Inteligência Emocional, num grupo de 315 adultos.

Como será que anda a sua Inteligência Emocional?

Vale a pena refletir!

## Depressão e Terceira Idade

A depressão, em seus variados níveis, acomete o ser humano em quase todas as fases da vida e não poderia ser diferente na terceira idade. Muitas pessoas, inclusive profissionais da saúde, atribuíam, e alguns ainda atribuem, a depressão ao envelhecimento normal. Ser triste seria, então, parte da velhice normal, principalmente quando há a viuvez. No entanto, eu e você sabemos que isso é completamente errado e que a tristeza constante e a depressão estão longe de fazer parte do envelhecimento normal e saudável! É importante falarmos de depressão justamente por isso, para que se acabe com qualquer dúvida e que ela não seja considerada normal.

Os estudos sobre a quantidade de idosos com depressão variam em seus resultados, mas se acredita que entre 10-15% dos idosos tenha a doença em sua forma mais grave, e um número ainda maior tenha formas mais leves de depressão. Esses números são bastante significativos. Durante aulas ou palestras, para mostrar o impacto da doença na população, geralmente transformo essas estatísticas em números relacionados com a cidade em que estou falando. No caso, a cidade em que moro, Canoas, no Rio Grande do Sul, cuja população é de aproximadamente 360 mil pessoas. Em poucos anos, a população idosa da cidade será de 60 mil. Isso quer dizer que só em Canoas haverá, nos próximos anos, quase 9 mil idosos com depressão. Um número gigantesco! Se você não chegou a se impressionar com esse número, no Brasil a estimativa é que existam entre 2,5 a 3 milhões de idosos deprimidos! É muita gente mesmo!

Como mencionei antes, grande parte dessas pessoas

acaba não recebendo o diagnóstico da doença e, em consequência, não recebe também o tratamento. Acaba tendo uma vida muito ruim, um número maior de doenças e muitos passam os dias, as semanas e os anos todos em casa, isolados do convívio social.

Mas o que é mesmo depressão? É o mesmo que tristeza? Não. A depressão é uma doença caracterizada pelo predomínio do humor entristecido e perda de vontade de fazer as coisas, em que a pessoa acaba tendo seu dia-a-dia, sua funcionalidade, prejudicada. Tristeszas fazem sim parte da vida, e nem toda tristeza significa depressão. A doença acontece quando essa “fase” perdura e a pessoa passa a ter suas capacidades prejudicadas (trabalho e atividades de lazer, relações pessoais) e tende a se isolar dos outros.

Também chamada de “doença do século”, a depressão costuma despertar interesse das pessoas por ser uma das doenças que mais traz transtornos e piora a qualidade de vida. Quem tem depressão acaba tendo uma piora em outras doenças, como insuficiência cardíaca, por exemplo. O deprimido procura muito mais os serviços de saúde, como as emergências médicas. Há um descuido na aparência e nos demais cuidados, inclusive na hora de tomar as medicações. Fora isso, há também um risco muito maior de suicídio, o que é ainda mais presente em idosos homens.

Mas, afinal, o que causa essa doença tão complicada? São diversas as causas de depressão. Muitos cientistas tentam propor modelos que explicam a instalação da doença, como a falta de substâncias no cérebro (neurotransmissores) ou mesmo a falta de sentido na vida. Nos idosos, acredito na soma de diversos fatores como causa da depressão, em especial o estresse. Aqui, mencionamos alguns fatores de risco que acentuam as chances de aparecimento da doença:

- Eventos de vida negativos;
- Doença física;
- Perda do(a) companheiro(a) e de entes queridos;
- Suporte social inadequado;
- Isolamento social;
- Baixa renda;
- Uso indevido de algumas medicações;
- Baixo nível de escolaridade.

O que me preocupa é o fato de que esses fatores de risco estão cada vez mais presentes nos idosos. Com exceção do nível educacional, que tende a melhorar nas próximas gerações, nos outros fatores de risco a tendência de crescimento é muito forte. Por exemplo, cada vez teremos mais idosos tornando-se viúvos ou então com perdas de filhos. Os dados apontam que, num curto espaço de tempo, os números da depressão na terceira idade serão ainda mais significativos.

Quanto à forma que a doença se manifesta nos idosos, cabe ressaltar que é diferente do que ocorre com adultos jovens. A depressão na terceira idade costuma se manifestar indiretamente, através de queixas não tão claras, como dores, cansaço, insônia ou mesmo uma irritação sem motivo aparente. São sintomas (manifestações) da depressão em idosos:

- Energia e concentração reduzidas;
- Problemas de sono, de apetite;
- Hipocondria e somatização(achar que está doente, mesmo não estando e sentir dores sem causas físicas aparentes);
- Baixa autoestima;
- Sentimento de inutilidade;
- Ideação paranóide (ideia de perseguição, de que os outros o querem prejudicar) e suicida;

- Prejuízo cognitivo (dificuldade de concentração e redução da memória).

O diagnóstico de depressão nos idosos deve ser feito pelo médico. Digo isso porque o idoso deve ser avaliado com calma e exames devem ser solicitados. Na avaliação, o idoso é visto como um todo, seu histórico psicológico é levantado, assim como as medicações que utiliza. São muitas as doenças que acometem os idosos e que simulam um quadro depressivo. Um exemplo mais comum são as doenças da tireóide. O mesmo acontece com o uso de medicamentos, diversos deles podem provocar queixas depressivas em idosos, como propranolol e medicações para labirintite.

Um dos testes mais usados para fazer o rastreio da depressão em idosos é a Escala de Depressão Geriátrica. Não se trata de uma ferramenta que estabelece o diagnóstico de depressão, apenas dá um valioso indicativo que há um risco maior de se estar vivenciando um quadro depressivo.

Faça o teste e veja se você está em risco.

Pense na forma como tem passado as últimas duas semanas e responda:

1) Você está satisfeito com a sua vida?

( ) Sim ( ) Não\*

2) Você deixou de lado muito de suas atividades e interesses?

( ) Sim\* ( ) Não

3) Você sente que sua vida está vazia?

( ) Sim\* ( ) Não

4) Você sente-se aborrecido com frequência?

( ) Sim\* ( ) Não

5) Está você de bom humor na maioria das vezes?

( ) Sim ( ) Não\*

- 6) Você teme que algo de ruim lhe aconteça?  
( ) Sim\* ( ) Não
- 7) Você se sente feliz na maioria das vezes?  
( ) Sim ( ) Não\*
- 8) Você se sente frequentemente desamparado?  
( ) Sim\* ( ) Não
- 9) Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?  
( ) Sim\* ( ) Não
- 10) Você sente que tem mais problemas de memória que antes?  
( ) Sim\* ( ) Não
- 11) Você pensa que é maravilhoso estar vivo?  
( ) Sim ( ) Não\*
- 12) Você se sente inútil?  
( ) Sim\* ( ) Não
- 13) Você se sente cheio de energia?  
( ) Sim ( ) Não\*
- 14) Você sente que sua situação é sem esperança?  
( ) Sim\* ( ) Não
- 15) Você pensa que a maioria das pessoas estão melhores do que você?  
( ) Sim\* ( ) Não
- Total de resposta com (\*):\_\_\_\_\_

Caso o resultado seja igual ou maior do que 5, há riscos de depressão.

Fique atento!

O tratamento para depressão é baseado em psicoterapia, com médicos ou psicólogos. Muitas vezes, é necessário o uso

de medicações por determinado tempo, os chamados antidepressivos. Ao contrário do que muitos pensam, essa classe de medicamentos não vicia, não causa dependência. No entanto, a escolha da medicação adequada deve ser feita por médico com bons conhecimentos em geriatria – isso porque alguns antidepressivos são mais adequados do que os outros. O início e a retirada dessas medicações deve ser feita sob supervisão rigorosa do médico, de maneira gradual, para evitar efeitos adversos ou mal-entendidos que possam comprometer o tratamento.

Dicas para prevenção da depressão na terceira idade:

- Participe de atividades sociais (grupos, igrejas, esportes);
- Corra atrás de objetivos que sempre pensou em alcançar (aprender idiomas, informática, viajar);
- Faça atividade física regularmente;
- Coma peixe pelo menos 2 vezes por semana;
- Pratique atividades de voluntariado;
- Desenvolva sua Inteligência Emocional e evite acumular e reprimir suas emoções negativas;
- Reconheça o papel importante que as pessoas a sua volta têm na sua vida;
- Escute suas músicas preferidas;
- Disponibilize-se para ajudar seus filhos e netos;
- Durma bem;
- Veja menos televisão.

Cuide-se bem!

## Solidão, que nada!

Parece do senso comum. Parece até meio, água com açúcar, mais um “papinho” do mesmo. Digo isso, pensando numa situação que me deparo com uma frequência crescente, e para a qual minha capacidade de ajuda, como médico, torna-se limitada. Acredito que centenas, ou milhares de profissionais, por aí, também se preocupem, afinal, os números da solidão disparam em todos os locais. Tudo bem. Levando em consideração as características da nossa sociedade, como a fluidez das relações, e a generalizada competição canibal, sabe-se que elas são francamente individualistas, e mudar isso não é a questão em si.

O papinho água com açúcar de onde iniciei o relato do que me incomoda, é justamente que não somos feitos para ficarmos ou vivermos sós. Reconheço, como um apreciador de momentos de silêncio e paz, que, às vezes, ficar só é sim, importante, e pode ser bem agradável e produtivo. Sabe-se que a criatividade, por exemplo, costuma brotar em momentos como esses. Porém, a solidão – que é o sentir-se só – e o morar sozinho, não fazem bem a ninguém. E, falando especificamente sobre pessoas na meia, ou terceira idade, isso pode representar um passo muito firme rumo a alguma doença.

Apesar de ser uma questão, até certo ponto, negligenciada pela medicina, os números da solidão impressionam. Segundo o IBGE, são mais de três milhões de idosos morando sozinhos no Brasil. Número que representa 14% do total, e que vem crescendo nos últimos levantamentos.

Mas, por que estou sendo tão enfático nessa relação, solidão e doença? A quais riscos, por exemplo, esses milhões de

idosos estão expostos, simplesmente por não dividir o teto com alguém?

Segundo o levantamento que realizei na última semana, quando li mais de trinta resumos de pesquisas sobre o assunto, a solidão está comprovadamente relacionada a um aumento de mortalidade, à depressão, à piora cognitiva e ao risco de desenvolver doença de Alzheimer, à deficiência do sistema imunológico, ao estresse e à compulsão alimentar. Além disso, sentir-se só, diminui, e muito, a qualidade do sono. O impacto é tão significativo, em termos fisiológicos, que há um desequilíbrio no importante eixo hipotálamo-hipófise-adrenal – que é um circuito neuroendócrino que controla, principalmente, como reagimos a um fato que nos causa estresse, liberando o hormônio cortisol. As pesquisas que estudaram a reatividade desse eixo naquelas pessoas que moram sozinhas constataram que ela é excessiva, ou seja, favorece respostas físicas e psicológicas mais grosseiras, menos planejadas, de menor sociabilidade – isso valendo para todas as pessoas, de todas as idades! Pesquisadores, ao testar o efeito do hormônio da sociabilidade, chamado ocitocina, viram que, em pessoas que sofrem de solidão, ele não surte efeito. Como se o cérebro se tornasse socialmente anestesiado – o que é péssimo!

Já que falei dos impactos neurofisiológicos da solidão, a questão da piora nas habilidades cognitivas também chama a atenção, uma vez que é uma queixa frequente em pessoas a partir dos 50 anos, e costuma causar preocupação. Assim como os músculos da perna, os neurônios encarregados da socialização (em especial os neurônios espelho) precisam ser exercitados e, quando isso não ocorre, além de “atrofiarem”, parece que levam todo o resto do cérebro consigo, causando prejuízos na memória, concentração e orientação.

Só para deixar registrado, um estudo de acompanhamento de cinco anos feito na Finlândia, com pessoas com mais de 74 anos, mostrou que aquelas que disseram sofrer de solidão tiveram um risco de mortalidade 33% maior do que as que não apresentaram a queixa no começo da pesquisa. Em termos de saúde, 33% é um risco comparável, ou mesmo maior, ao de ter pressão alta ou diabetes. Para se ter ideia, uma pesquisa feita na Universidade de Chicago equiparou os danos causados pela solidão aos do hábito de fumar e aos da obesidade.

Dentro desse levantamento, tive a oportunidade de encontrar artigos onde pesquisadores relatam como agiram sobre grupos de idosos que sofriam de solidão. Os resultados não poderiam ser diferentes, todos mostraram acentuada melhora em diversos aspectos de saúde e qualidade de vida. As intervenções variaram desde visitas planejadas, companhia de pets, participação em grupos e atividades religiosas. Pensando bem, muitas até bem simples, e nada onerosas... como uma visitinha, veja só.

Costumo dizer que não há tarefa mais exigente para nossa mente do que nos relacionarmos bem, do que participarmos de um bom diálogo – excetuando-se, para deixar bem claro, a infrutífera fofoca de vizinhas, ou a constante ressonância futebolística. A boa conversa, ou o estar presente no meio de dezenas de pessoas, é mil vezes mais estimulante para o cérebro do que preencher palavras-cruzadas, ou ler um livro de 300 páginas. Felizmente, agora tenho esses textos que encontrei para defender meu posicionamento com mais ênfase, e transformar minha inquietação numa luta... contra a solidão.

Sair de casa, conviver, viajar, frequentar uma aula, participar de grupos... Enfim, não é mais nenhum papinho qualquer, ou do senso comum... virou, sim, uma enfática prescrição médica.

## Medicamentos e Terceira Idade: Olhos bem abertos!

Sabemos que com o passar da idade ocorrem modificações importantes em nosso corpo. A quantidade de líquido diminui, enquanto a de gordura aumenta consideravelmente. Para se ter uma ideia, aos 25 anos, um rapaz tem em média 15 % do seu corpo constituído por gordura, enquanto um senhor de 75 anos, 30% – o dobro!

As funções de diversos órgãos também se alteram. No caso dos rins, por exemplo, há uma perda normal de 1% da função por ano após os 50 anos. Isso quer dizer que a capacidade dos rins de um octogenário de eliminar substâncias é consideravelmente menor do que a de uma pessoa aos 30 anos. O fígado também fica mais lento na realização de suas funções. A acidez do estômago torna-se menor, alterando a capacidade de digestão e absorção de todo o trato digestivo.

Levar em conta essas alterações é fundamental, pois elas influenciam na forma como respondemos aos medicamentos. Como a maioria dos medicamentos foi testada principalmente em adultos, alguns cuidados devem ser tomados quando do seu uso por idosos.

Um exemplo disso é o diazepam. Trata-se de uma medicação usada principalmente para tratar insônia. Ela possui a característica de ser lipofílica, ou seja, costuma se acumular na gordura corporal. Como um idoso apresenta muito mais gordura corporal do que um adulto, o tempo que uma dose de diazepam leva para ser totalmente eliminada no idoso pode chegar a longas 200 horas! Ao tomar o diazepam à noite para dormir,

o idoso dorme e acorda com níveis alto do medicamento na circulação. O uso constante dessa medicação pode causar um efeito cumulativo, ocasionando diversos efeitos adversos como tontura, piora na memória e fraqueza muscular. O mesmo acontece com alguns antibióticos, anti-inflamatórios e outros medicamentos que atuam no sistema nervoso – cada qual, de sua maneira, facilmente causa prejuízos à saúde do idoso.

Preocupados com esses efeitos, algumas sociedades de geriatras, como a Sociedade Americana de Geriatria, criaram listas de medicações que devem ser evitadas em idosos – no caso da Sociedade Americana, ela se chama Critério de Beer's. Os medicamentos que estão nessas listas devem ser evitados ao máximo. No entanto, em alguns casos, o médico pode acabar tendo que optar pelo uso temporário de algum deles, principalmente, como ocorre em nosso país, pela falta de recursos mais adequados.

Muitas vezes o paciente faz uso de alguma dessas medicações há vários anos e acha que não vale mais a pena tentar retirá-la ou fazer uma mudança. Porém, devem-se levar em consideração as modificações que ocorrem com o passar da idade e os riscos que aquela medicação possa trazer. Não é à toa que o médico tenta fazer essa troca. Reduzir o risco de quedas, diminuir a sonolência, melhorar a memória e o raciocínio, evitar quedas bruscas na pressão arterial são razões importantes que justificam pelo menos que se tentem essas mudanças.

Outro problema frequente no uso de medicações por pacientes idosos é a quantidade de receitas de médicos diferentes, muitas vezes de datas bem distantes. Recomenda-se que seja feita uma lista atualizada das medicações, e que a mesma sempre esteja com o paciente quando de consultas ou idas ao hospital. Recentemente, um estudo mostrou que aqueles idosos

que tiveram sua lista de medicações revisada a cada seis meses, apresentaram um risco muito menor de efeitos adversos ou idas à emergência por problemas medicamentosos. Sabemos que, às vezes, não se tem à disposição medicamentos menos prejudiciais e o médico necessita tomar alguma decisão – ou seja, não condene quem quer ajudar, apenas pergunte!

O Ministério da Saúde deveria ficar mais atento a essa questão de risco medicamentoso para idosos, uma vez que diversas medicações que devem ser evitadas ao máximo estão disponível no Programa da “Farmácia Popular”. Um desses absurdos é o fato de haver aproximadamente 3 milhões de idosos com depressão no Brasil e a única medicação que o SUS disponibiliza, sem encaminhamentos burocráticos cansativos e desarticulados, na maioria das vezes, é a amitriptilina – que, nos idosos, pode ocasionar sérios efeitos adversos (piora cognitiva, alteração no ritmo cardíaco, retenção urinária e aumento no risco de quedas). Outra situação que envolve medicamentos e a terceira idade diz respeito à automedicação. Assusta os dados sobre essa prática entre idosos. Em levantamento feito na cidade do Rio de Janeiro, mais de 80% dos idosos entrevistados relataram fazer uso frequente de medicamentos sem orientação médica. Trata-se de um comportamento bastante arriscado, pelos efeitos adversos que os medicamentos podem causar e por haver interações entre diferentes tipos de substâncias, o que, em idosos, pode acarretar visitas à emergência ou mesmo internações. Abra bem seus olhos!

Lista resumida de medicamentos que devem ser evitados em idosos (Critérios de Beer’s):

Carisprodol – Pode provocar sedação, fraqueza, confusão mental.

Fenilbutazona – Associado a alto risco de danos na formação de elementos do sangue.

Indometacina – Risco para alterações no sistema nervoso e danos ao estômago.

Meperidina – Pode causar ansiedade, tremor, espasmos musculares, crises convulsivas e confusão mental.

Relaxantes musculares (comuns em associações com analgésicos) – São drogas pouco toleradas por idosos, pois podem causar queda de pressão, depressão no sistema nervoso e piora no raciocínio.

Amitriptilina – Inibe uma substância chamada acetilcolina, causando piora na memória e raciocínio, constipação, dificuldade para urinar, confusão mental, glaucoma e boca seca. Também pode causar hipotensão ortostática, quedas e arritmias cardíacas.

Fluoxetina – Demora para ser eliminada do organismo em idosos, com risco de estimulação excessiva do sistema nervoso, agitação, diminuição no apetite, perda de peso e insônia.

Metildopa – Pode provocar diminuição nos batimentos cardíacos, hipotensão, hepatite e agravamento na depressão no idoso.

Nifedipina de curta duração – Diminui a pressão arterial em excesso, com aumento da frequência cardíaca. Aumenta a mortalidade cardiovascular quando o paciente tem insuficiência cardíaca ou cardiopatia isquêmica. Pode causar constipação intestinal.

Amiodarona – Pode causar arritmias graves e distúrbios na tireóide.

Medicamentos anti-histamínicos (antialérgicos), como hidroxizina, prometazina, dexclorfeniramina. – Podem causar diminuição da memória e do raciocínio, confusão mental, quedas e retenção urinária.

Antiespasmódicos – hioscina, beladona entre outros.

Antipsicóticos – Podem causar distúrbios nos movimentos, como tremores e, também, piora na memória e raciocínio.

Diazepam, Flurazepam, clordiazepóxido, Alprazolam acima de 2mg e lorazepam acima de 3mg. – Sedação, fraqueza, risco de quedas e confusão mental. Podem causar dependência, ou seja, viciar.

Biperideno – Podem causar diminuição da memória e do raciocínio, confusão mental, quedas e retenção urinária.

Ticlopidina – Risco de alterações sanguíneas.

Laxantes estimulantes como o bisacodil e outros. – Podem causar diarreia e piorar a constipação.

Digoxina acima de 0,125 mg/dia – Pode causar perda do apetite, náuseas, cansaço, confusão mental, quedas e arritmias cardíacas.

Clorpropamida – Demora muito para ser eliminada (mais de 3 dias), aumentando o risco de baixar demais os níveis de açúcar no sangue (hipoglicemia).

## Surpreenda seu netinho

Minha família por parte de pai é da serra gaúcha – região de colonização italiana, conhecida pela agricultura familiar, qualidade de vida e longevidade da população. Meu avô mora no município de Paraí, que fica aproximadamente a 50 quilômetros de Veranópolis, cidade com fama de ser a “terra da longevidade”. Diversas pesquisas já foram e vêm sendo desenvolvidas ali a fim de investigar os porquês dos habitantes viverem mais, em relação aos de outras regiões do país.

Meu avô tem 84 anos. Mora na região rural, ou como dizem aqui, “na colônia”, (seria o equivalente ao “na roça”, em outras partes do Brasil). Desde que comecei a me interessar pelo estudo de geriatria e gerontologia e pelas questões relacionadas à memória, passei a prestar uma atenção mais detalhada nas conversas com meu avô. Venho me surpreendendo com sua atualização sobre fatos acontecidos ao redor do mundo, opiniões sobre cenários políticos e comentários sobre futebol. Mesmo tendo o defeito de torcer para o Grêmio, ele sabe quase de cor a escalação do Internacional, dando pareceres de deixar comentaristas de rádio para trás. Recentemente, na época da eleição da presidenta Dilma, seus posicionamentos eram de uma lógica e clareza impressionantes. Alguns tios tentaram até iniciar discussões sobre política, mas não o venceram em nenhum argumento sequer. Ele fez paralelos muito interessantes entre momentos políticos de décadas atrás com o atual.

Com certeza, existem muitos intelectuais, professores universitários, que têm mais idade do que meu avô e também surpreendem em suas falas. Mas o que me chama atenção é que

ele mora num sítio, num município de seis mil habitantes, cuida de cavalos a maior parte do dia, não usa internet e mesmo assim consegue se atualizar e manter sua linha de pensamento muito bem clara e elaborada. Meses atrás recebi uma notícia que talvez ajude a entender um pouco essa avidez mental do “nono”. Um tio, que mora próximo, disse que meu avô havia desenvolvido o hábito de assistir a duas televisões ao mesmo tempo. Ele colocou-as lado a lado e durante a noite, nos horários dos telejornais, assiste as duas simultaneamente. Questionado por meu tio, ele afirmou que era o jeito de treinar a mente e não “pegar” o Mal de Alzheimer.

Certamente, a estratégia que meu avô desenvolveu para se prevenir da doença de Alzheimer é bastante peculiar. Na verdade, prestar atenção à programação de dois televisores ao mesmo tempo, não é uma tarefa tão fácil para os idosos. Com o envelhecimento, é normal que se reduza neles justamente a capacidade de se fazer várias coisas ao mesmo tempo. Mas, então, assistir televisão faz bem? Protege contra a doença de Alzheimer?

Depende.

Estudos associam o tempo gasto, na meia-idade, assistindo novelas e programas de auditório (esses do domingo e afins), com um risco aumentado para perda cognitiva na velhice. Os resultados desses estudos indicam que, para cada hora diária assistindo televisão na meia-idade, há um aumento no risco de desenvolver Alzheimer em 30%. Meu Deus!

Ao longo de décadas, cientistas vem tentando provar o porquê das mulheres terem mais a doença de Alzheimer do que os homens. Seriam questões hormonais? Níveis mais elevados de homocisteína? Anos aguentando o marido? Ou seria a maratona “Vale a Pena Ver de Novo, Malhação, novela das seis, sete e das nove” a responsável por essa estatística desfavorável?

Tá bem. Não vou ser tão radical a ponto de condenar as novelas e os programas de auditório. Afinal, já tenho que me preocupar em orientar sobre atividade física, alimentação e estresse. Como sou taxado de inimigo de tantos hábitos, não preciso de mais um para duelar. Mas, então, surpreenda seu netinho, vovó ou futura vovó: experimente assistir a duas novelas ao mesmo tempo.

## Perda de massa muscular na Terceira Idade: Tem jeito?

Uma das queixas mais comum entre idosos, tanto homens quanto mulheres, é a diminuição da massa muscular. Quem geralmente tem essa queixa são as pessoas mais magras, pois nelas a perda fica mais evidente, principalmente nos braços e pernas. No entanto, nos “gordinhos” a musculatura também costuma “diminuir”. A essa perda de massa muscular, damos o nome de sarcopenia; e à redução da força, dinapenia. São tão frequentes essas condições, que as estatísticas indicam que metade dos idosos acima dos 80 anos tenha sarcopenia. Excluídas doenças que estejam causando ou se encontrem associadas à essa redução na musculatura, como desnutrição, deficiências hormonais (testosterona, principalmente), síndrome da fragilidade<sup>1</sup> ou outras doenças mais graves, partimos para a necessidade de tentar recuperar a musculatura e o condicionamento físico. E como fazemos isso? Atividade física, alimentação e suplementos.

Ao contrário do que muitos pensam, o idoso consegue, sim, aumentar sua massa muscular. Isso não é uma capacidade apenas dos jovens. Com o exercício físico e a alimentação saudável consegue-se melhorar bastante a performance do idoso no seu dia a dia, melhorando a capacidade de caminhar e redu-

---

<sup>1</sup> A síndrome da fragilidade é uma condição clínica em que o idoso fica extremamente vulnerável, apresentando um risco aumentado para infecções e quedas. Existem diversas definições para a síndrome, mas, basicamente, é caracterizada por perda de peso, inapetência, fraqueza muscular, cansaço e dificuldade de marcha, que se torna lenta.

zindo as quedas, ou seja, aumentando sua independência e qualidade de vida. Um estudo feito na Universidade de Tufts, analisou o efeito de exercícios com levantamento de pesos em idosos que tinham em média 90 anos. Após oito semanas, constatou-se uma melhora surpreendente no equilíbrio e coordenação, e um aumento em 300% na força muscular!

Além disso, o ganho de massa muscular e o condicionamento físico repercutem com melhores níveis hormonais (hormônio do crescimento e testosterona), como se fosse uma espécie de recompensa pelo esforço realizado. Há também uma melhor circulação para todas as partes do corpo. Isso sem falar do bem-estar mental, social e da melhora na aparência física.

Mas, então, qual é a fórmula mágica, Dr. Leandro? Infelizmente não é bem assim que funciona! Cada caso exige uma avaliação médica bem completa, para que, como disse antes, se tente investigar a presença de alguma alteração que esteja contribuindo para agravar a perda muscular. As participações do nutricionista, fisioterapeuta, cardiologista e educador físico são fundamentais. Na literatura médica, cada vez mais se destacam a utilização do ômega-3, a suplementação de vitamina D e o uso de suplementos proteicos, em especial o whey protein – que é a proteína do soro do leite. Esse último, é muito utilizado por praticantes de musculação e tem se mostrado muito bom para a saúde dos idosos como um todo, por conter aminoácidos essenciais, absorvíveis de maneira fácil pelo organismo. A única restrição ao uso do whey protein refere-se a pessoas com problemas renais, que necessitam de avaliação médica cuidadosa.

Se você quer viver bastante, caminhe. E se você quer ter um envelhecimento nota 10, caminhe e também faça algum tipo de exercício resistido (como a musculação ou o pilates).

Cuide bem dos seus músculos e surpreenda-se!

## Dr. David Servan-Schreiber

No meio médico há um mito – que, infelizmente, é real –, de que colegas médicos ou seus familiares têm chances muito maiores de serem acometidos pelas formas mais graves de qualquer doença. Atender um colega, ou seu primo por mais distante que este seja, nunca é tarefa fácil. Talvez, se tivesse levado esse risco em consideração, o psiquiatra e neurocientista francês David Servan-Schreiber, nunca teria se voluntariado para fazer uma ressonância magnética de seu crânio. O fator de risco “ser médico” estava lá mais uma vez: o exame revelou um tumor cerebral. Para um jovem ambicioso de trinta anos, como ele mesmo se descrevia, com planos imensos e ciente das dificuldades que o câncer lhe traria, foi um grande choque. O câncer foi retirado. David seguiu sua vida normalmente, como os médicos lhe recomendaram. Porém, oito anos se passaram e o tumor retornou. Nova cirurgia, quimio e radioterapia. Inconformado, movido por seu espírito de pesquisador e pela vontade de viver, David foi atrás de formas para conseguir viver mais. Por que algumas pessoas tinham câncer e outras não? Por que algumas eram tratadas e o câncer nunca mais voltava? Alimentação, imunidade, atividade física, bem-estar mental... ele investigou todos esses aspectos. Em 2007, publicou o resumo de sua pesquisa pela vida. Recheado de referências científicas, o livro “Anticâncer” é um best-seller daqueles de se devorar. Há poucos dias, David faleceu em virtude de nova recidiva do câncer. Os poucos meses de vida anunciados e a impotência gerada pela doença foram vencidas ao longo de quase vinte anos. Felizmente, ele nos deixou sua receita: o livro *Anticâncer*, da Editora Fontanar.

## Como abordar familiares de idosos com depressão?

Com o crescimento do número de idosos na sociedade – a cada ano são 800 mil pessoas entrando nessa faixa etária no Brasil. Aumenta também o número de idosos acometidos por uma doença complicada, difícil de entender, chamada depressão. Colaboram para esse aumento a viuvez crescente, as perdas, a falta de opções de lazer, o empobrecimento na velhice e as difíceis relações familiares.

Mas como e o que falar com um pai, mãe ou esposo deprimido? Será que ao invés de incentivá-lo, de ajudá-lo, eu não estaria tornando as coisas ainda piores? Por essas dúvidas frequentes e pelas situações vivenciadas no consultório, proponho esse tema para reflexão.

O que mais presencio no dia a dia são familiares extremamente incomodados com o estado depressivo do seu parente (o que é normal) e que muitas vezes, ao tentar ajudar, usam frases que provocam culpa no doente, ou mesmo, falam de uma "vontade" de estar doente: "ele não se ajuda", "ela sempre faz isso para chamar atenção". A expressão facial dos idosos deprimidos, nesses momentos, acaba ficando pior, quando não os levam às lágrimas.

Antes de tudo, é interessante que os familiares busquem informações sobre a doença. Entendendo as causas, os sintomas e as formas de tratamento, os familiares poderão ajudar muito, sendo, inclusive, extremamente necessários no processo de cura e prevenção de recaídas. Nessa linha de entender o que é a doença, é importante que os familiares compreendam o que se passa na cabeça de quem sofre depressão. Diferentemente de uma pessoa sem a doença, o deprimido processa as informações de um jeito um pouco diferente, numa lógica bastante pessimista.

É o que Aaron Beck chama de Tríade Cognitiva da Depressão, que é o conjunto de crenças negativas que permeiam as ideias do doente. Assim, ele pensa:

Sobre si mesmo – autocrítica exagerada, sentimentos de desvalorização, ou seja, uma visão muito ruim sobre a própria pessoa;

Sobre o mundo a sua volta – o pessimismo toma conta em relação a tudo que é tentativa, plano, futuro. Ele tem a certeza de que as coisas não darão certo;

Sobre o futuro – encara como um lugar sombrio devido à antecipação de frustrações, catástrofes e dor.

Além disso, há na pessoa adoecida erros de julgamento ou pensamento, onde as mensagens que chegam até ela são interpretadas erroneamente, com exagero e fatalismo. Por isso a delicadeza do assunto escolhido. Ao, na melhor das intenções, tentarmos motivar um idoso, podemos facilmente estar passando uma mensagem que, em seu pensamento, será interpretada como algo que contribui para piorar seu estado geral.

Veja um exemplo: “Mãe, a senhora precisa se ajudar”, poderá ser entendida como: “Sou um transtorno para minha filha. Eu só atrapalho.” E por aí vai.

É natural e esperado que nos angustiemos ao ver uma pessoa querida por nós em estado de sofrimento mental, assim como o é normal que tentemos fazer algo. Só que prestar atenção para detalhes como os mencionados acima poderá fazer toda a diferença. O suporte familiar é fundamental na cura e na prevenção de novos episódios da doença.

Converse com o médico ou psicólogo. Saiba como você poderá ajudar.

## Doença de Alzheimer: Uma crise social (e familiar)

Com o crescimento assustador do número de pessoas acometidas pela doença de Alzheimer, os dados relativos a gastos no tratamento e assistência impressionam. Estima-se que o custo anual gire na faixa dos 604 bilhões de dólares, ou algo superior a 1 trilhão de reais! Se esse custo representasse o faturamento de uma empresa, ela seria uma das maiores empresas do mundo, superando o faturamento de potências como as americanas Wall Mart (rede de varejo) e Exxon Mobile (petrolífera). Em comparação com o produto interno bruto, que é o total de riquezas produzidas por um país ao longo de um ano, os custos anuais com a doença de Alzheimer ocupariam a posição de 18º país mais rico do mundo, próximo ao PIB de países como a Turquia.

Essas informações, em nível de custos globais e com cifras bilionárias são relevantes para mostrar o quanto se gasta com a doença e o quanto o crescimento da mesma poderá onerar a sociedade como um todo. Porém, acredito que as informações que trarei agora certamente chamarão ainda mais atenção. Saber o quanto uma pessoa com Alzheimer representa de custo para sua família, é muito mais pessoal e tem mais a ver com sua vida do que aqueles custos bilionários, ou relação com o PIB etc. São números que poderão pesar no bolso da família, esgotar investimentos seus e de seus filhos.

Nos Estados Unidos, o custo anual médio que a doença impõe fica em torno de 150 mil dólares. E, aqui no Brasil, quanto fica? Baseado em que é feito esse cálculo?

Para calcularmos o custo anual médio que a doença de Alzheimer traz para uma família, devemos ter em mente que

nas fases iniciais os custos são menores, aumentando, e muito, quando surge a necessidade de se contratar cuidadores ou de se institucionalizar o doente (colocar num asilo). Vamos pensar no cenário de um idoso em fase avançada da doença, que necessite de suporte alimentar por sonda e assistência 24 horas. Vou elencar alguns custos e usar uma margem de valores intermediários. Dê uma conferida e faça você mesmo o cálculo, com os valores da sua cidade e realidade econômica.

Custo mensal em reais:

Plano de saúde: de R\$ 400,00 a R\$ 1.000,00

Consulta médica (domiciliar): de R\$ 250,00 a R\$ 450,00

Fraldas: de R\$ 200,00 a R\$ 500,00

Alimentação por sonda nasoesofágica: vai de R\$ 1.000,00 até R\$ 1.500,00

Medicação para a doença de Alzheimer: de R\$ 250,00 a R\$ 600,00

Cuidador em casa (um turno e encargos): de R\$ 1.300,00 a R\$ 2.500,00

Instituição de longa permanência (asilos): de R\$ 2.000,00 a R\$ 5.000,00

Fisioterapia motora: de R\$ 400,00 a R\$ 1.000,00

Somando tudo, o custo mensal mínimo fica aproximadamente em R\$ 3.000,00

Lembramos que a doença de Alzheimer apresenta um curso que varia entre 3 e 20 anos e que, a cada dia, consegue-se prolongar a vida dos pacientes. Pensar nessa questão do custo para a família é fundamental, para evitar surpresas ou sofrimento maior. Supondo esse custo mensal mínimo de 3 mil reais, ao ano chegariam a 36 mil reais. Em cinco anos de fase avançada da doença, mais de 150 mil reais seriam gastos.

Poucas são as pessoas que não se assustam com essas contas...

## O verão chegou: Cuidado com a desidratação em idosos!

Em 2003, uma onda de calor atingiu a Europa. As temperaturas passaram dos 40°C durante algumas semanas, ocasionando uma verdadeira tragédia. Como sabemos, a população idosa no continente europeu é bastante expressiva – grande parte dela vivendo sozinha. Essa onda de calor pegou muitos desses idosos desprevenidos, ocasionando a morte de mais de 40 mil em todo continente. Só em Paris, 2 mil idosos morreram de desidratação.

A desidratação é uma das principais causas de internação de pacientes idosos, especialmente em épocas de grande calor. Eles apresentam uma tendência maior à desidratação por possuírem menor quantidade de líquido no corpo, por sentirem menos sede e fome. Além disso, pessoas desidratadas têm maior facilidade para desenvolver pneumonias e ficar com o intestino preso.

Um alerta deve ser dado a idosos com fragilidade, quando a temperatura ambiente passar dos 32°C por três ou mais dias.

Quais idosos apresentam risco aumentado para desidratação? Idade acima de 85 anos, mulheres, baixo peso, insuficiência renal, dependência para realizar atividades diárias, hospitalizados ou residentes de instituições de longa permanência, idosos com cuidadores pouco capacitados, idosos com demência e depressão, jejum prolongado, ter mais de cinco doenças crônicas e uso de medicamentos, principalmente diuréticos.

São causas de desidratação em idosos:

Medicações, como diuréticos e laxantes; baixa ingestão hídrica; hiperglicemia (açúcar alto no sangue); diarreia e vômitos; exposição a altas temperaturas; infecções; esforço físico.

Muitas vezes os sinais de desidratação são discretos:

- Confusão
- Fraqueza muscular
- Constipação (ficar sem evacuar, ou como dizem por aqui: “ir aos pés”)
- Olhos profundos
- Tontura
- Cãibras
- Dor de cabeça
- Febre
- Irritação
- Desorientação e esquecimento
- Infecção urinária e pneumonia
- Taquicardia (batimentos cardíacos acelerados)
- Perda de peso
- Pele seca e com menor elasticidade
- Menor produção de urina
- Quedas
- Hipotensão (pressão baixa)
- Piora em infecções

Uma informação muito útil na avaliação de idosos com suspeita de desidratação é o peso do paciente e o quanto ele perdeu. Outro sinal importante é o turgor cutâneo, que pode ser avaliado pelo tempo que a pele demora para voltar ao normal após ser pinçada (leve beliscão): quanto maior for o tempo necessário para a pele voltar ao normal, maior a chance do idoso estar desidratado.

As principais complicações (consequências) da desidratação são: falência dos rins, coma, anormalidades nos minerais

do sangue (sódio e potássio), e como mencionado anteriormente, aumento no risco de pneumonias e prisão de ventre.

Como podemos evitar a desidratação?

- A melhor maneira de prevenir a desidratação é: A ingestão de quantidades adequadas de água e de outras bebidas saudáveis (sucos). A quantidade recomendada é de cerca de 1,5 a 1,7 litro de água por dia. Em casos de pacientes com problemas cardíacos, a quantidade necessária é menor;

- Uso de bebidas com sabor, com mais fácil aceitação como sucos, chás ou água de coco;

- Deixar água sempre disponível; lembrar-se de tomar água quando se escova os dentes, durante a tomada de remédios e durante as refeições é uma forma de conseguir atingir a quantidade de água necessária;

- Consultar o médico em épocas de calor para ajuste nas doses das medicações;

- Consumir alimentos e bebidas contendo sódio e potássio (sucos e frutas) para manter os níveis desses minerais no organismo.

## Sono: Por onde a saúde começa!

Entre os principais problemas de saúde que surgem ou se agravam com o envelhecimento, começo justamente pela questão do sono. Concordo com Nuno Cobra, preparador físico, famoso por treinar Ayrton Senna, quando diz que dormir bem é o primeiro passo para uma vida saudável. O repouso adequado nos garante um corpo funcionando bem, previne doenças e nos permite ter uma mente tranquila e equilibrada. Em seu livro chamado “A semente da vitória”, ele apresenta sua filosofia de trabalho e destaca bastante a importância do sono reparador, tratando-o como a primeira meta a ser atingida quando se busca uma vida saudável.

No entanto, não é todo mundo que consegue dormir bem. Na verdade, um número considerável de pessoas apresenta insônia e esse número é maior entre os idosos. Algumas pesquisas mostram que aproximadamente metade dos idosos apresenta problemas com o sono. As principais queixas são a dificuldade para começar a dormir e os despertares durante a noite. Um fato que demonstra a dimensão desse problema é o grande número de idosos usando medicação para dormir. Como veremos, o uso desse tipo de medicação exige cautela e pode trazer riscos à saúde.

E o que é mesmo dormir bem? É ter um sono que nos faça acordar com a sensação de disposição, que nos permita realizar todas as atividades do dia sem sono. Dormir bem também é ter horários de sono definidos.

Sabe-se que os sonos de um bebê, de um adulto e de um idoso são diferentes. Na terceira idade, o sono torna-se um

pouco mais superficial, facilitando os despertares noturnos. Há também uma discreta redução nas horas de sono exigidas pelo corpo. Porém, essas alterações são todas chamadas “fisiológicas” e não são doenças. Deve-se ficar atento quando essas alterações deixam de ser normais e começam a trazer prejuízo na rotina (sonolência ou irritação, por exemplo).

São inúmeros os malefícios trazidos por uma noite, ou mesmo meses ou anos de sono ruim:

- Aumento na mortalidade, ou seja, quem dorme mal acaba morrendo antes;
- Maior tendência à obesidade;
- Distúrbios nos níveis de colesterol;
- Elevação da pressão arterial;
- Baixo desempenho nas atividades diárias;
- Dores de cabeça;
- Piora no sistema imunológico (de defesa do organismo);
- Depressão;
- Inflamação crônica;
- Queda dos níveis hormonais;
- Irritação;
- Déficit cognitivo, ou seja, perda de inteligência e concentração;
- Aumento no risco de quedas em até quatro vezes.

O sono ruim causa também envelhecimento precoce, já que o hormônio do crescimento tem sua produção reduzida. Além disso, durante a noite é produzida e liberada a melatonina, um importante hormônio com propriedades antioxidantes. Acredita-se que por essa alteração nos níveis de melatonina, pessoas que dormem mal ou mesmo aquelas que trabalham em

turnos noturnos, apresentem maiores taxas de cânceres e doenças cardíacas.

Quantas horas devemos dormir?

Cada pessoa tem sua necessidade de horas de sono, variando entre 6 e 8 horas. É importante levarmos em consideração essas horas necessárias pelo fato de muitos idosos apresentarem a chamada “falsa insônia”. São pessoas que vão para a cama muito cedo e acabam acordando também muito cedo (por exemplo: dormem às 21h e acordam às 4h – 7 horas seguidas de sono). Isso é um fenômeno que ocorre com bastante frequência com o envelhecimento e chama-se antecipação da fase do sono. Na verdade, essas pessoas não apresentam insônia, apenas estão com seu horário desajustado em relação aos familiares ou, então, estão com uma ideia errada sobre seu próprio sono.

Quais são as causas do sono ruim (insônia)?

São várias as causas de insônia, podendo também o sono ruim ser uma doença por si só, ou seja, sem um motivo explicável. Problemas como depressão, ansiedade e estresse são causas frequentes de distúrbios do sono. A pessoa quando está com depressão geralmente apresenta a chamada insônia terminal – situação em que se acorda mais cedo do que o normal e não se consegue voltar a dormir. Nos casos de ansiedade e estresse, a grande dificuldade é iniciar o sono. No entanto, grande parte das pessoas tem problemas de sono devido a maus hábitos (pouca atividade física durante o dia, uso inadequado de estimulantes e pouca exposição à luz solar).

Problemas de saúde, como alterações urinárias (acordar muitas vezes para ir ao banheiro durante a noite), insuficiência cardíaca (que provoca falta de ar quando a pessoa se deita), uso de medicamentos, ronco e apneia – quando há pausa na respira-

ção –, também prejudicam o sono. Cochilos prolongados após o almoço (acima de 30 minutos) atrapalham o sono noturno, e devem ser evitados. A questão do ronco e da apneia do sono tem ganhado muita atenção dos médicos, pelos grandes danos que causam à saúde.

E sobre o uso de medicação para dormir?

O uso de remédios para dormir é muito frequente em adultos e, principalmente, em idosos. Na prática médica adequada, o emprego dessas medicações deve ser por um curto período de tempo ou como uma última opção. Essas medicações, ao contrário do que muitos possam pensar, não possibilitam um sono profundo e, além disso, apresentam uma série de efeitos colaterais importantes (aumentam o risco de quedas e fraturas, provocam tontura, alteração urinária, boca seca e diminuem a memória).

Não sou completamente contrário ao uso de medicações para dormir. Em alguns casos elas precisam ser utilizadas. Há diferentes medicações, umas apresentando menos efeitos colaterais. Nem todas são indicadas para idosos: o diazepam está entre essas substâncias não recomendadas, pois apresenta um efeito de longa duração e chega a demorar 200 horas para ser eliminado pelo organismo.

O quanto antes a pessoa conseguir parar de utilizá-los, melhor. Usá-los apenas algumas vezes na semana é uma opção. Cabe lembrar que a interrupção do tratamento com essas medicações não pode ser brusca e precisa ser supervisionada por um médico.

Ao conjunto de hábitos envolvidos com nosso repouso, damos o nome de higiene do sono. Ao ajustarmos esses hábitos, na maioria das vezes, evitamos o uso de medicações.

Veja como adotar hábitos adequados para se ter uma boa higiene do sono e acordar revigorado:

- Mantenha um horário regular para adormecer e acordar;
- Vá para a cama somente na hora de dormir. Nada de leitura, televisão ou discussões;
- Torne seu quarto agradável para um sono tranquilo: um ambiente escuro, silencioso, nem frio nem quente;
- Escolha um colchão adequado, com densidade adequada para seu peso;
- Evite tomar café, chás, chimarrão, refrigerantes e cigarro após as 17h;
- Tente esquecer seus problemas do dia-a-dia; evite fazer planos ou mergulhar em reflexões;
- Evite ingerir álcool à noite. Apesar de dar a sensação de sonolência, o álcool impede que o sono seja profundo, deixando-o cansado no dia seguinte;
- Não faça exercícios à noite. Faça atividades físicas durante o dia, preferencialmente, pela manhã;
- Exponha-se ao sol 20-30 minutos por dia nos horários recomendados;
- Faça refeições leves à noite;
- Evite usar o computador antes de dormir;
- Caso tenha tido uma noite ruim de sono, tente não compensar durante o dia. Aguarde até a próxima noite;
- Urinar antes de dormir, evitando despertares noturnos para ir ao banheiro. Às vezes, pode ser interessantes conversar com seu médico para passar o horário do diurético da manhã para às 14-15h, isso costuma diminuir a vontade de urinar durante a noite.

## Andropausa? Saiba mais.

Como sabemos, a partir de uma determinada idade, as mulheres param de menstruar, entrando na fase da vida chamada menopausa. Felizmente, muitas conseguem encarar essa fase numa boa. Alguns sintomas, bastante desconfortáveis, que costumam incomodá-las são calorões, ganho de peso, insônia, depressão e diminuição, ou mesmo, perda da libido (desejo por atividade sexual). Como se ser mulher já não representasse uma série de desafios, a natureza impõe a elas mais essa.

E nos homens? É normal entrarmos na chamada andropausa? Com o envelhecimento passamos, então, a ter uma redução tal nos níveis hormonais, que é como se tivéssemos nossa “menopausa masculina”?

Não é bem assim.

O que pode acontecer nos homens é algo bastante parecido com a menopausa, e que tem na sua origem também a queda hormonal, no caso, da testosterona. Porém, isso está bem longe de ser considerado normal e é considerado um problema de saúde. Essa “síndrome” caracteriza-se principalmente por queixas sexuais, de disposição e de ânimo, associadas a alterações em exames laboratoriais. Ela também é chamada de distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (DAEM). As informações na literatura médica dão conta que pelo menos 20% dos idosos apresentam esse quadro e que, segundo um artigo americano, nas últimas décadas, há uma redução nos níveis hormonais, ou seja, é um problema crescente.

A diminuição nos níveis de testosterona causa sintomas como ganho de peso, depressão, irritação, sono excessivo, diminuição na libido, diminuição no vigor das ereções – ou mesmo

impotência sexual –, dificuldade em tomar decisões, quedas de pelos. Há também uma redução na produção do hormônio do crescimento, aumento no risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e da doença de Alzheimer.

Outro detalhe importante é que os homens possuem também o hormônio feminino estradiol no seu corpo – o que em níveis adequados é importantíssimo. Em algumas situações, no entanto, a testosterona transforma-se excessivamente em estradiol, originando os sintomas acima mencionados e também uma “feminização” do corpo do homem: ganho de peso, aumento das mamas e da gordura no quadril, queda dos pelos da perna. A transformação dos hormônios costuma acontecer principalmente no tecido adiposo, ou seja, na barriga, o chamado “calo sexual” como alguns dizem. O tipo de gordura que se acumula na linha da cintura, chamada de visceral, é uma forte transformadora de hormônios masculinos em femininos. Outro detalhe importante é que esse excesso de estradiol está associado a um maior risco de câncer de próstata e de doenças cardiovasculares, como a formação de placas de gordura nas paredes das artérias. Ao contrário do que possa parecer, esse quadro de alterações hormonais não é exclusivo de quem passou dos 50 ou 60 anos. Como as causas mais frequentes dessas alterações são justamente a obesidade, o excesso de insulina e o sedentarismo, ela pode acometer homens até mesmo na faixa dos 30 anos!

Abra o olho!

## A águia

Nunca fui muito fã de histórias motivacionais que circulam pela Internet. Mas há poucos dias um paciente me contou uma delas. Aos 44 anos, ele resolveu procurar um médico para “entrar na linha”, para ajudá-lo a cuidar melhor de si. O fato de suas três filhas precisarem de um pai que vivesse bastante tempo para lhes cuidar o motivava a mudar seus hábitos, que estavam um tanto quanto errados. Ele me contou que vivia o momento parecido com o de uma águia, que ao chegar a determinada fase da vida precisava tomar uma decisão importante. Fui atrás da parábola e a trago para você. Ela diz assim:

*A águia, a ave que possui a maior longevidade da espécie, chega a viver a 70 anos. Mas, para chegar a essa idade, aos 40 anos ela tem que tomar uma séria decisão. Aos 40 anos, está com as unhas compridas e flexíveis, não consegue mais agarrar as suas presas das quais se alimenta. O bico alongado e pontiagudo se curva, apontando contra o peito. As asas estão envelhecidas e pesadas em função da grossura das penas, e voar já é tão difícil! Então, a águia só tem duas alternativas: morrer... ou ... enfrentar um dolorido processo de renovação que irá durar 150 dias.*

*Esse processo consiste em voar para o alto de uma montanha e se recolher em um ninho próximo a um paredão onde ela não necessite voar. Então, após encontrar esse lugar, a águia começa a bater com o bico em uma parede até conseguir arrancá-lo, sem contar a dor que terá que suportar. Após arrancá-lo, espera nascer um novo bico, com o qual vai depois arrancar suas velhas unhas. Quando as novas unhas começam a nascer, ela passa a*

*arrancar as velhas penas. E só após cinco meses sai para o famoso voo de renovação e para viver então, mais 30 anos.*

*Em nossa vida, muitas vezes temos de nos resguardar por algum tempo e começar um processo de renovação. Para que continuemos a voar um voo de vitória, devemos nos desprender de lembranças, sentimentos ruins e hábitos que nos causam dor e prejudicam nossa saúde. (Retirado da Internet. Autor desconhecido)*

Se são verídicas as informações contidas na história, não vem ao caso. A mensagem me parece válida para nos fazer refletir um pouco sobre a forma que encaramos a vida e nossa responsabilidade sobre ela.

Para algumas pessoas, determinados eventos causam um impacto significativo na forma como elas encaram as coisas e naquilo que elas passam a dar valor. Após sofrer um “choque” com a perda de alguém querido ou serem diagnosticadas com uma doença grave, essas pessoas buscam uma renovação parecida com a da águia. Só que não precisamos esperar um evento dramático como esses para vermos o quanto de bom a vida pode nos oferecer e como devemos valorizá-la. Podemos e precisamos fazer isso diariamente, através de pequenos esforços. Basta assumirmos a responsabilidade que temos sobre nossa saúde.

## O que fazer para aumentar o colesterol bom (HDL)?

O colesterol bom, ou HDL (da sigla do inglês, gordura de alta densidade), funciona como “faxineiro” do colesterol ruim (o que entope nossas artérias). Ele é chamado de bom por retirar de circulação o colesterol ruim que está em excesso, além de se acreditar que exerça outras funções benéficas, como combater inflamação e coagulação excessiva do sangue. Estudos apontam que a elevação de apenas 1mg/dl do HDL, reduz o risco de um infarto do miocárdio em 2%.

Quais são os níveis recomendados de HDL? Considere-se motivo de preocupação o HDL, em homens, quando abaixo de 40 mg/dl, e em mulheres, 50 mg/dl. Valores acima de 60 mg/dl protegem o coração.

Quais são as principais causas do HDL baixo? Obesidade, sedentarismo, diabetes, tabagismo, triglicerídeos elevados, medicamentos (doses altas de beta-bloqueadores e diuréticos), doenças intestinais e renais, estresse, problemas de sono e genética.

O que fazer para aumentar o colesterol bom? Recomenda-se modificar o estilo de vida:

- Redução no peso corporal (aumento no HDL de 5 a 20%);
- Abandono do tabagismo (aumento de 5%);
- Atividade física regular, principalmente aeróbica, como caminhada e corridas (aumento até de 30%);

Quanto à alimentação, mudanças na dieta também podem aumentar o HDL:

- Ingerir poucos alimentos gordurosos;

- Trocar massas e pães brancos por produtos integrais;
- consumir de 20 a 30 gramas por dia de fibras (produtos integrais, cereais como aveia e linhaça em farelo, frutas e verduras);
- Consumir óleos de canola, oliva e linhaça;
- Consumir moderadamente castanhas (nozes e castanha do Pará – 1 por dia);
- Consumir alimentos ricos em ômega-3 (peixes, verduras).

## A grande vilã da saúde: A inflamação crônica

Explicar o que é inflamação crônica durante as consultas é uma tarefa muito difícil. No entanto, é de extrema importância que se tente entender um pouco sobre esse conceito, já que ele está envolvido na origem de doenças muito comuns e que causam grandes danos à saúde.

Quando se fala em inflamação, a primeira ideia que nos vem à cabeça é aquilo que acontece em alguma parte do corpo (músculo ou joelho, por exemplo), após uma batida ou arranhão... Inchaço, dor, vermelhidão e calor são os sinais clássicos de um processo inflamatório agudo e localizado. É como se essa parte do corpo começasse a pegar fogo. E inflamação no latim significa algo muito parecido: “atear fogo”. É tão comum sabermos disso que, para tratar uma batida qualquer, usamos medicações chamadas anti-inflamatórios. Essa resposta do corpo nada mais é do que uma reação das células de defesa para reparar os tecidos que se machucaram na batida, ou mesmo para combater uma infecção após um corte, eliminando as bactérias nocivas.

Porém, não é bem desse tipo de inflamação localizada e benéfica que pretendo falar, mas sim de um processo que acomete o corpo todo, chamado de inflamação crônica. E quando falo corpo todo, até o nosso cérebro é acometido!

Nesse tipo de inflamação, uma série de substâncias nocivas circula pela corrente sanguínea, causando danos em diversos órgãos. Fazendo uma analogia, é como se o corpo todo

estivesse pegando fogo, porém numa temperatura mais baixa em relação àquela da inflamação aguda da batida do joelho. Na inflamação crônica, o nosso sistema imunológico é ativado, porém não há propriamente uma ameaça real para combater. Logo, o próprio corpo acaba sofrendo efeitos adversos, que acumulados ao longo de anos, ocasionam problemas sérios. É a inflamação crônica, por exemplo, que pega o colesterol da corrente sanguínea e o prende à parede das artérias, causando infarto, derrame e insuficiência cardíaca.

A inflamação crônica causa as seguintes doenças:

- Aterosclerose (placas de gordura nas artérias);
- Infarto do Miocárdio;
- Acidente Vascular Cerebral;
- Insuficiência Cardíaca;
- Doença de Alzheimer e outros tipos de demências;
- Depressão;
- Hipertensão;
- Doença de Parkinson;
- Diabetes tipo 2;
- Fome em excesso;
- Fadiga Crônica;
- Apneia do Sono;
- Esteatose Hepática (doença do acúmulo de gordura no fígado) e Hepatite;
- DPOC (Bronquite e Enfisema);
- Asma;
- Artrite Reumatóide e outras doenças auto-imunes;
- Doenças intestinais;
- Osteoporose;
- Osteoartrite (Artrose);
- Envelhecimento precoce;

- Atrofia muscular;
- Impotência sexual;
- Insuficiência renal;
- Diminuição na testosterona;
- Todos os tipos de câncer – lembre-se sempre: as células do câncer adoram inflamação!

Mas o que causa essa inflamação crônica?

Basicamente, a inflamação crônica tem sua origem no estilo de vida inadequado. O consumo de certos alimentos causa inflamação (gorduras nocivas e excesso de carboidratos), o sedentarismo (pouca atividade física) e o estresse são fortemente relacionados com a ativação da inflamação crônica. Não se pode esquecer de mencionar o tabagismo, a poluição atmosférica e o alcoolismo como outros importantes causadores de inflamação.

O sobrepeso e a obesidade são duas condições cada vez mais comuns e que estão relacionadas também à inflamação crônica. Ao contrário do que muitos pensam, a gordura acumulada no corpo não representa apenas prejuízo estético, ela é extremamente nociva por produzir substâncias inflamatórias e que desregulam todo o sistema hormonal e o metabolismo. Algumas infecções, como gengivites, também disparam o gatilho da inflamação, devendo sempre serem investigadas e tratadas.

Como eu detecto a inflamação crônica?

Consegue-se detectar a inflamação crônica através de alguns exames de sangue. Em nosso meio, o mais acessível é a Proteína C-Reativa Ultrasensível. Quando a inflamação está presente, alguns outros exames costumam apresentar-se elevados: ferritina, fibrinogênio, VSG, triglicérides, insulina e homocisteína.

Deve-se evitar coletar o exame de Proteína C-Reativa Ultrasensível após exercícios físicos intensos ou quando da presença de gengivite, resfriados ou uso de medicamentos anti-inflamatórios ou que contenham corticóide.

Como se trata a inflamação crônica?

Apesar de sabermos, na Medicina, sobre o papel da inflamação na origem de tantas doenças graves, pouca importância lhe é dada no dia-a-dia do consultório. Uma explicação para esse descuido pode ser a falta de tempo e paciência nas consultas (tanto da parte do médico quanto do paciente). Falo em falta de tempo e paciência porque, como vimos, tratar as causas da inflamação implica em orientar o paciente para uma mudança em seu estilo de vida (atividade física, alimentação e bem-estar mental), o que é muito difícil, demandando dos pacientes muita força de vontade para viver.

Fica claro, então, que uma alimentação saudável, rica em alimentos naturais que combatam a inflamação é fundamental. Atividade física diária e variada e o sono reparador também reduzem os marcadores de inflamação. Evitar o estresse e tratar doenças, como a depressão, fazem parte do tratamento.

Existem suplementos naturais que auxiliam no tratamento, entre eles, o ômega-3, cúrcuma e fibras.

Não espere pela doença!

Cuide-se!

## Viktor Frankl e a questão do sentido da vida

*Quem tem por que viver pode suportar quase qualquer como.*  
(Nietzsche)

Ao atender pacientes com depressão, no meu caso em especial os idosos, me deparo muito com a queixa do vazio, da vida sem sentido. E o que fazer? Sempre achei complicado encaminhar um senhor octogenário para a psicoterapia mais clássica, em especial a baseada na psicanálise de Freud. Fico imaginando como deve ser a abordagem de questões tipo pai-filho ou mesmo assuntos sexuais tão longínquos. Acredito haver terapias mais adaptáveis à terceira idade, entre elas uma não tão difundida no Brasil: a logoterapia, ou terapia do sentido da vida.

Seu criador, dissidente da psicanálise freudiana, o médico austríaco Viktor Frankl baseou sua teoria na busca constante do homem pelo sentido da vida. Desde a faculdade, Frankl via nessa busca a fonte de equilíbrio e saúde mental. Sua vivência e tragédia familiar nos campos de concentração nazistas, reforçaram sua teoria. Segundo ele, o homem pode encontrar sentido na vida por três maneiras: criando um trabalho ou fazendo uma ação; experimentando algo ou encontrando alguém (amor); ou através do sofrimento, encarando-o com a respectiva dignidade.

Algumas pesquisas recentes reforçam a importância do conceito de sentido da vida e seu impacto na saúde de idosos. Em 2009, quatro estudos demonstraram que idosos com maior senso de sentido na vida viveram por mais tempo. O mesmo

benefício foi constatado para doenças cardíacas, doença de Alzheimer e depressão.

Frankl recebeu 27 títulos de Doutor honoris causa. No Brasil, recebeu tal menção da UFRGS e da PUCRS.

## Doença de Alzheimer: Troque o medo pelas atitudes!

Uma recente pesquisa feita nos Estados Unidos apontou que a doença de Alzheimer é a segunda que mais amedronta as pessoas, perdendo apenas para o câncer. Os pesquisadores também relataram que quanto mais contato a pessoa tinha com alguém com a doença, mais medo ela apresentava.

Esse medo todo leva muitas pessoas a se questionarem justamente sobre o que fazer para evitar a doença. O que pouca gente sabe é que há muito a ser feito nesse aspecto. Ao contrário do que se possa pensar, a doença de Alzheimer não surge de uma hora para outra, ou de um mês para outro. Apesar de haver um componente de predisposição genético, ele não é determinante, ou seja, você pode ter a tendência genética e não desenvolver a doença. E, por outro lado, os genes podem não estar presentes e a doença vir à tona. Logo, não é uma questão de sorte ou azar, mas de como nós administramos nossos hábitos durante a vida toda.

A doença de Alzheimer é fruto de todo um estilo de vida que se inicia muito precocemente, desde quando somos pequenos. Quando se fala em doença relacionada ao estilo de vida, facilmente lembramos das doenças cardíacas. Qualquer pessoa, minimamente informada, consegue rapidamente escrever num papel pelo menos cinco fatores de risco que causam problemas no coração. Fumo, pressão alta, diabetes, estresse, colesterol alto, falta de atividade física e assim vai. A pessoa que não se cuida nesses quesitos, geralmente acaba sofrendo do coração. E o mesmo vale para o cérebro. Tudo que faz mal para o coração faz mal para nosso cérebro.

Se você quer reduzir suas chances de ter a doença de Alzheimer:

- Controle sua pressão arterial e seus níveis de açúcar e colesterol no sangue;
- Faça atividade física diariamente;
- Diagnostique e trate a depressão;
- Tenha uma alimentação saudável rica em peixes, vegetais, fibras, leite e derivados desnatados;
- Evite alimentos gordurosos, carne vermelha em excesso, doces e refrigerantes;
- Não fume.

Além disso, está comprovado que uma série de outros comportamentos também ajuda a reduzir as chances de desenvolvimento da doença, como: sair de casa; pegar sol adequadamente; investir no lazer; praticar atividades que estimulem o cérebro; ser voluntário e dormir bem. Particularmente, no consultório, eu tento mostrar aos pacientes o quanto é importante para a prevenção de uma série de doenças o fato de aprender algo. Sugiro cursos, uso do computador, aulas de ginástica, pintura ou mesmo idiomas. Sabemos que com o envelhecimento é mais difícil aprender, mas não é impossível!

Parabéns a todos os idosos pela passagem do dia 1º de outubro – Dia do Idoso. Infelizmente, vivemos numa sociedade não preparada para o envelhecimento. E quem é idoso hoje acaba sendo uma espécie de desbravador de uma nova realidade. A vocês devemos o respeito e a gratidão pelos tantos exemplos de vida. E a vocês confiamos a missão de luta para mudar concepções e garantir uma sociedade melhor para os idosos do futuro.

## Acompanhamento médico: Como deve ser?

Há algumas décadas, grande parte das pessoas era atendida por médicos de família. Certamente você se lembra de algum desses médicos. Eram eles a referência para qualquer problema de saúde e, pelos anos de convivência, transformavam-se também em conselheiros para problemas de outras naturezas. Mas os anos se passaram, muitos avanços foram feitos na Medicina, o mundo ficou mais acelerado, o tempo ficou escasso e as pessoas ansiosas por soluções imediatas. Agora, são mais de 50 especialidades médicas. As pessoas escolhem o médico de acordo com os sintomas: se tenho dor de estômago, procuro um gastroenterologista; se tenho pressão alta, um cardiologista; e assim por diante. Na maioria das vezes, são duas consultas no máximo. Muitas vezes, o problema é resolvido e nunca mais o médico e o paciente se encontram. Será que assim é mesmo melhor do que antes?

Não estou sendo contrário ao avanço da Medicina, muito menos às dezenas de especialidades que surgiram. Todas são muito importantes. O ponto que quero marcar como negativo é o fato dos pacientes acharem que ficar pulando de um médico para o outro, de um superespecialista para outro, seja o melhor para si e seus familiares. Nesse tipo de relação médico-paciente, o vínculo torna-se muito fraco. O paciente, e o próprio médico, precisarão de sorte para que, em alguns minutos, doenças “escondidas” possam ser descobertas. Pontos importantes, como orientações preventivas, acabam não sendo trabalhados. Médico e paciente tornam-se dois desconhecidos, ou como muitos

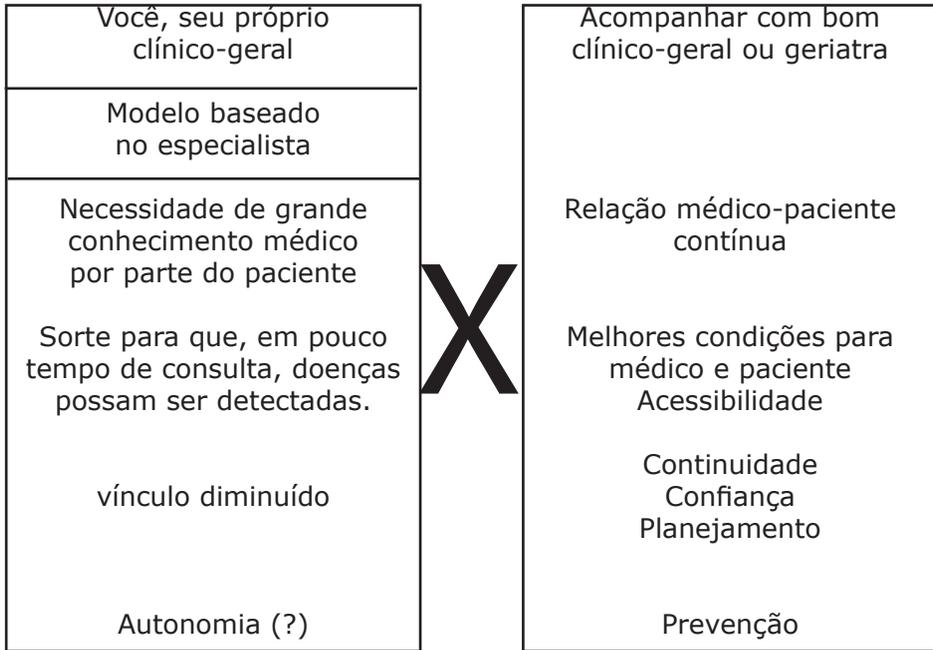
afirmam (e eu detesto!), desenvolve-se uma relação de prestador de serviço e consumidor.

Felizmente, percebo que algumas características daqueles médicos antigos, os de família, estão, hoje, sendo valorizadas. Surpreendentemente, jovens de trinta anos estão procurando escolher um médico que lhes acompanhe. Acho que eles estão certos. Eleger um médico de confiança e procurá-lo continuamente traz diversas vantagens para ambos os lados. Veja quais são essas vantagens:

- Maior conhecimento mútuo;
- Confiança;
- Planejamento de condutas futuras (solicitação de exames, conversa sobre temas delicados);
- Abordagem de questões preventivas (hábitos, questões de peso, alimentação, atividade física, prevenção de quedas.

A relação contínua possibilita também ao paciente a possibilidade de ter chamada sua atenção, de “levar um puxão de orelha” quando for necessário. Todos sabemos que nós, muitas vezes, precisamos dessas advertências para que mudemos hábitos prejudiciais à nossa saúde, como comer muito doce ou fumar.

Algumas pesquisas mostraram cientificamente que é vantajoso possuir um médico de referência, construindo uma relação contínua. Quem faz esse tipo de atendimento acaba indo menos vezes a emergências, adota medidas preventivas e se sente mais satisfeito do que aqueles que visitam médicos diferentes, de vez em quando. Compare no gráfico abaixo os dois modelos de atendimento médico. O da esquerda, sendo você quem gerencia seu cuidado, e no da direita, um clínico ou geriatra.



Não posso deixar de falar da importância, para as pessoas, de fazer acompanhamento com médico que conhece geriatria. O papel da especialidade vai além daquele que muitos pensam, que seria do médico que apenas cuida de idosos. Com certeza, o geriatra possui capacidades para tratar doenças próprias da velhice, no entanto, o grande objetivo da especialidade não é esse, mas, sim, o de contribuir para a longevidade dos pacientes, com qualidade de vida. Ou seja, não precisa ser idoso para consultar com geriatra. Do mesmo modo, ir ao geriatra não é também sinal de velhice, mas, quem sabe, de inteligência.

## As “doenças ninjas”: Silenciosas e mortais

Existem algumas doenças que atacam nosso corpo silenciosamente. Quando os estragos que essas doenças causam começam a aparecer, muitas vezes já é tarde. Em palestras e nas aulas para idosos, na universidade da terceira idade, utilizo o termo “doenças ninjas” para um grupo de determinadas doenças que atacam nosso corpo como se fossem esses guerreiros japoneses da Idade Média. Conhecidos por atacarem em silêncio, em grupos e sabotarem estruturas dos inimigos, os ataques dos ninjas eram geralmente fatais. E o mesmo ocorre dentro do nosso corpo com algumas doenças: a hipertensão (“pressão alta”), a diabetes, as dislipidemias (doenças do colesterol) e a gordura corporal em excesso.

### Características das “Doenças Ninjas”:

- São silenciosas;
- Atacam em grupos;
- Sabotam estruturas vitais;
- São fatais.

Assim como os guerreiros japoneses, as “doenças ninjas” causam seus estragos silenciosamente. No caso da hipertensão, apenas metade das pessoas que tem a doença sabe. São doenças que sabotam estruturas vitais do nosso organismo, como coração, vasos sanguíneos, cérebro, rins, retina (responsável pela visão) e, até mesmo, o funcionamento do órgão sexual masculino. E o pior: ao realizarem esse ataque, geralmente essas “doenças

ninjas” o fazem em conjunto, atacando os mesmos órgãos, proporcionando um estrago ainda maior.

A diabetes também acomete diversas partes do organismo silenciosamente. Quando os valores de açúcar no sangue (glicemia) estão muito altos os sintomas clássicos aparecem (sede, urinar muito e muita fome). Entretanto, nas fases iniciais e durante muitos anos da doença, ela não apresenta sintoma algum. Ela vai danificando os rins, o coração e os olhos.

Outro exemplo de doença que se instala silenciosamente é o câncer. No caso do câncer de mama, por exemplo, as mulheres só conseguem detectá-lo, no exame manual, quando ele já tem pelo menos 1 centímetro. O problema é que quando o tumor atinge essa medida, ele já pode ter “se espalhado” para outras partes do corpo, o que dificulta, e muito, o tratamento.

A hipertensão, a diabetes e o câncer de mama podem ser detectados precocemente, ou seja, quando as chances de tratamento são muito maiores. Existem exames que devem ser feitos rotineiramente e servem para detectar uma série de doenças como essas três, silenciosas e mortais. É o que muita gente chama de exames de “check-up”.

Não deixe as "doenças-ninjas" lhe surpreender!  
Abra bem os olhos!

## Quedas: Ninguém está imune

As quedas são tão frequentes em idosos, que muitos pensam que se trata de algo “normal”, associado ao envelhecimento. É como se, do nada, o idoso caísse e pronto. Apesar de todo transtorno e medo que as quedas lhes causam, os próprios idosos chegam a acreditar que se trata de algo normal mesmo, e que nada pode ser feito. Pensar assim é errado. Quedas devem ser consideradas como um sinal de alerta ou mesmo uma doença dos idosos. Elas têm causas, que, muitas vezes, podem ser tratadas ou amenizadas. As quedas podem e devem ser prevenidas.

Nenhum idoso está imune a quedas. Uma prova disso ocorreu em pleno banheiro da casa de verão do Vaticano, onde o Papa Bento XVI caiu e fraturou o braço esquerdo. O Pontífice precisou realizar uma cirurgia. Outro idoso que também poderia se considerar imune a uma queda é o rei Juan Carlos, da Espanha, de 74 anos. Recentemente, durante uma viagem a Botsuana, onde vergonhosamente a majestade participava de uma caça a elefantes, ele caiu e fraturou o quadril, precisando também ser operado – para sorte de alguns elefantes e vergonha para todo o povo espanhol.

Os números referentes a quedas são impressionantes e preocupantes. Em pesquisa feita com idosos em São Paulo, 37,5% relataram ter caído no último ano. Se fosse possível extrapolar essa estatística para os mais de 20 milhões de idosos do país, seria algo em torno de 7,5 milhões de quedas por ano! Imagine!

Alguns sintomas, como a queda pode também ser considerada, estudados em geriatria representam a ponta do iceberg,

ou seja, o que está debaixo da água, o por trás da queda, é algo ainda maior. Atrás de quedas frequentes pode estar o uso inadequado de medicamentos, déficits visuais, variações significantes na pressão arterial, problemas de equilíbrio, de fraqueza muscular, entre outros.

Acho que nem preciso entrar na questão dos danos que uma simples queda pode causar a um idoso. Anos de cuidado com a saúde e uma mente ativa e feliz às vezes não resistem a um acidente, ou a um período de restrição ao leito.

Muitas vezes, após cair, o medo de uma nova queda pode atingir proporções tamanhas que o idoso passa a evitar sair de casa. Quando acontecem fraturas, facilitadas pelas condições ósseas como a osteoporose, esse medo torna-se ainda maior.

Infelizmente, é raro encontrarmos locais adaptados para idosos. Casas, bancos, calçadas, salões de clube... todos deveriam ter adaptações para evitar quedas. Grande parte das quedas acontece dentro da própria casa. Mas, será que essas adaptações não são implementadas porque são muito caras? Não sei bem. Sabe-se que para adaptar uma casa, de maneira adequada para um idoso, o custo da obra sobe apenas 6% - muito menos do que uma piscina ou um lavabo. No Brasil, 25% das casas tem pelo menos um idoso. Quantas casas adaptadas será que temos?

Deixo algumas dicas para evitar quedas.

Na casa:

- Evite tapetes soltos;
- Aumente a iluminação (lâmpadas de 100w);
- Evite desníveis dentro de casa e piso escorregadio;
- Não deixe fios pelo chão (telefone);
- Evite móveis deslizantes e pontiagudos;
- Utilize corrimão em escadas;
- Evite cadeiras com alturas inadequadas e sem apoio

lateral;

- Mude a mobília de forma a desimpedir o caminho;
- Informe ao médico se você tiver tonturas, problemas de visão ou de equilíbrio;
- Faça avaliação periódica de visão;
- Não use medicamentos sem autorização médica.

No banheiro:

- Adapte vasos sanitários mais altos;
- Use barra de apoio (vaso, chuveiro, pia);
- Utilize tapetes de borracha;
- Evite banheiras.

Cuidados pessoais:

- Procure não usar de chinelos;
- Evite sapatos desamarrados;
- Não utilize roupas muito compridas (calças).

Durante a noite:

- Ligue as luzes ao se levantar;
- Sente-se na cama por um minuto antes de levantar;
- Vista-se na cama;
- Use calçados fechados (com antiderrapante).

Quarto:

- Evite roupa de cama muito comprida;
- Evite prateleiras do roupeiro muito altas;
- A cama deverá ser firme e de altura adequada que permita a entrada e saída sem grande dificuldade;

Não aceite as quedas! Procure descobrir suas causas!

## O sopro da vida: Espiritualidade e saúde

*Concedei-me, Senhor, a serenidade necessária para  
aceitar as coisas que não posso modificar,  
coragem para modificar aquelas que posso  
e sabedoria para distinguir umas das outras.*

(Oração da Serenidade)

O dia-a-dia do consultório, onde atendo principalmente pessoas com mais de 50 anos, tem comprovado muito do que leio em artigos científicos sobre espiritualidade e saúde. Esses textos, cada vez mais numerosos, apontam que na terceira idade questões espirituais, vinculadas ou não a perspectivas religiosas, estão presentes intensamente. E, é isso, justamente isso, que percebo. Parece que questões transcendentais vão tomando lugar com o passar dos anos, substituindo tensões egocêntricas. Deus, gratidão, perdão e, especialmente, o pensar no próximo são assuntos frequentes em consultas onde uma conversa mais ampla acontece.

Na maioria das vezes, percebo que os pacientes têm consigo essa temática como se represada em seu íntimo. E que a qualquer rachadura na barragem, a qualquer abertura dada, ela transborda, com a fluidez de ser própria, ou por ser algo de bom que se carrega e se quer anunciar. Infelizmente, fomos educados para não acreditar na validade ou importância de qualquer aspecto relacionado ao espiritual, como se isso não existisse, só servisse para nos enganarmos, fugirmos de problemas mundanos. O pior, ao se vincular espiritualidade a religião, se cai

naquela máxima de que “religião não se discute”. Porém, falar a respeito, compreender, aprender... expandir horizontes, não tem necessariamente a ver com “discutir”. Falando nisso, cabe aqui ressaltar o que provavelmente você já saiba muito bem, que espiritualidade e religião estão longe de ser sinônimos. São diferentes. Religião envolve dogmas, doutrinas, regras. Pode-se seguir ou não uma religião. Já espiritualidade tem a ver com emoções positivas, como gratidão, amor e compaixão, com o curso da vida e o da humanidade. Isso, não se escolhe seguir: todos temos espiritualidade em nós – inclusive os ateus. Claro que existem graus, níveis de espiritualidade.

Espiritualidade vem do latim *spiritus*, significando “sopro”, em referência ao sopro da vida. Envolve a capacidade de se maravilhar, de reverência e gratidão pela vida. É a habilidade de ver o sagrado nos fatos comuns, de sentir a pujança da vida, de ter consciência de uma dimensão transcendente, que leva em consideração o próprio ser, os outros, a natureza e a vida. (Elkins, 1999)

No campo da Ciência, trazendo para o lado da Medicina, esse afastamento entre espiritualidade e o ser humano me parece sem lógica alguma. Felizmente, nos últimos anos, parece que esse absurdo vem sendo corrigido, e milhares de estudos vêm abordando cientificamente aspectos espirituais. Como médico, tento pelo menos dar essa abertura para que questões relacionadas à espiritualidade, e mesmo a práticas religiosas, sejam relatadas. Muitas vezes acontece do paciente recatadamente perguntar qual a minha religião, como se fosse necessária uma permissão minha para manifestar suas crenças – tamanho é o tabu que o tema representa. Permissão sempre dada.

A primeira vez que me dediquei a pesquisar sobre a relação entre saúde e espiritualidade foi quando preparava uma

palestra para um grupo de casais católicos, que chamam de ECC ( Encontro de Casais com Cristo). Longe de querer agradecer ao padre na plateia, queria reforçar aquele tipo de atividade como positiva, como saudável. Afinal, eles se encontram semanalmente, com finalidades sociais, educativas e de ajudar a comunidade. Senti que era sim necessário dar um parabéns e incentivar que continuassem a se encontrar, ao mesmo tempo em que via espaço para mostrar o quanto aquela socialização tinha relação positiva com a saúde de cada um deles. Fui atrás de livros e pesquisas na internet.

Em meio a dezenas de textos que inicialmente encontrei, destacou-se um psiquiatra chamado Harold Koenig, autor de mais de 25 pesquisas sobre o assunto. Tamanha a dedicação do pesquisador, descobri que ele é diretor do Centro para Estudos da Religião, Espiritualidade e Saúde da Universidade de Duke, nos Estados Unidos. Entre essas pesquisas, uma me chamou bastante atenção. Diz respeito ao papel da prática religiosa ao influenciar o sistema imunológico, ou seja, as defesas do organismo. Ao coletar exames de sangue de 4 mil idosos, Koenig contatou que aqueles que frequentavam regularmente a igreja tinham um sistema imunológico mais forte do que aqueles que não tinham hábitos religiosos. Com certeza, pode-se tentar descobrir possíveis erros de interpretação nesse tipo de pesquisa, porém o volume de estudos me parece indicar que eles têm sim uma mensagem muito importante para deixar.

Saindo um pouco da perspectiva religiosa, li recentemente o livro “Fé: Evidências Científicas”, do também psiquiatra norte-americano, professor da Universidade de Harvard, George Vaillant. Um dos maiores estudiosos do desenvolvimento humano e do envelhecimento bem-sucedido, Vaillant chefiou durante 35 anos um dos maiores estudos em andamento no

planeta. Trata-se de um acompanhamento, que já dura mais de 60 anos, de centenas de pessoas nos Estados Unidos, desde sua adolescência. Busca-se com essa pesquisa, entender o que determina um envelhecimento bem-sucedido e saudável. A experiência em chefiar esse estudo somou-se com a participação de Vaillant em grupos Alcoolatras Anônimos, ao longo de décadas como observador, cabe esclarecer. Para ele, o que consegue demonstrar com diversas evidências científicas, a espiritualidade é enraizada, é parte da nossa natureza humana. Além disso, os benefícios das denominadas emoções positivas coletivas, relacionadas à espiritualidade, trazem diversos benefícios à saúde e ao curso da vida das pessoas. Essas emoções positivas são: amor, esperança, alegria, perdão, compaixão, fé, reverência e gratidão.

Quanto àquela analogia de que a espiritualidade se encontraria represada com os pacientes quando procuram seu médico, parece que ela tem sua verdade. Em pesquisa feita nos Estados Unidos, 77% dos pacientes gostariam que o médico falasse sobre religião e espiritualidade, que desse aquela pequena abertura, para questões tão importantes fluírem.

Koenig, em 2004, publicou uma revisão de mais de 500 trabalhos sobre espiritualidade, religiosidade e saúde. Segundo o psiquiatra, o desenvolvimento e a prática nesses domínios relacionou-se a:

- Menores taxas de depressão e recuperação mais rápida da doença – associação positiva em 60 de 93 estudos;
- Menores taxas de suicídio – 57 de 68 estudos;
- Menos ansiedade – 35 de 69 estudos;
- Menor abuso (uso excessivo) de substâncias – 98 de 120 estudos;
- Maiores taxas de bem-estar, esperança e otimismo – 91 de 114 estudos;

- Mais propósito e sentido na vida – 15 de 16 estudos;
- Maior satisfação matrimonial e estabilidade – 35 de 38 estudos;
- Maior suporte social – 19 de 20 estudos;
- Melhor funcionamento do sistema imune – encontrado em 5 de 5 estudos;
- Menores taxas de morte por câncer – 5 estudos em 7;
- Menos doença cardíaca ou melhores resultados cardíacos – 7 em 11;
- Menor pressão arterial – 14 em 23;
- Colesterol mais baixo – 3 em 3;
- Menor consumo de cigarros – 23 em 25 trabalhos científicos;
- Mais exercícios – 3 em 5;
- Melhor sono – 2 em 2;
- Pessoas religiosas vivem significativamente mais tempo – 39 em 52 estudos (75%). Incluem-se aí, dois estudos prospectivos (ou seja, de observação de um grupo grande de pessoas a longo prazo) com 23 e 31 anos de duração cada!

Em uma amostra americana de cerca de 20 mil adultos, atribuiu-se ao envolvimento religioso um prolongamento no tempo de vida em torno de sete anos. Imagine, são poucos os medicamentos que conseguem tal façanha.

A mim, não cabe explicar os porquês, apenas me esforçar ao máximo para dar voz a essa necessidade dos seres humanos, ainda mais em momentos vulneráveis, de enfrentamento de perdas, dificuldades familiares e doenças. Espiritualidade faz parte da existência de cada um, e pode, como vimos, ser um caminho iluminado para o bem-estar, a cura e o fortalecimento de cada um.

## Asilo: Quando? Ou nunca?

Atender idosos obriga o médico a se inserir no contexto familiar do paciente. Não é raro a consulta encher o consultório com filhos, noras, netos... todos querendo expressar sua opinião ou mesmo se inteirar do que está acontecendo. Em situações de dificuldade familiar em oferecer o melhor cuidado possível para o idoso em seu próprio domicílio, muitas vezes emerge, na família, a questão de institucionalizar (ou seja, colocar o idoso num “lar para idosos”). De novo, é um momento onde o médico aproxima-se muito da família. Dúvidas, opiniões sobre lares, culpa, assertividade – são necessidades e emoções que veem à tona.

Quando esses momentos chegam, geralmente é porque já não há mais condições da família dar conta de cuidar do idoso. Quedas frequentes, troca do dia pela noite, relações matrimoniais desgastadas, depressão entre os familiares e, o que mais acontece, briga entre irmãos! Cuidar de um idoso com necessidades é muito complicado, muito mesmo. Muitas vezes, cabe ao médico fazer esse diagnóstico familiar e se posicionar quanto ao benefício da institucionalização.

É muito forte o estigma que lares para idosos possuem. Por ter um contato direto com lares há alguns anos, consegui desenvolver uma visão um pouco diferente sobre isso. Gostaria de não generalizar a minha opinião, pois não tenho contato com a maioria dos lares e sei que muitos enfrentam grandes dificuldades. No entanto, sou testemunho de que as vidas de muitos idosos e de suas famílias melhoraram quando os mesmos foram para os antigos “asilos”. Os remédios são administrados na hora

certa, pequenas alterações no estado de saúde são logo percebidas, médicos fazem visitas periodicamente, os idosos podem conversar e participar de atividades recreativas (o que é obrigado pela resolução da ANVISA que normatiza detalhadamente o funcionamento dos lares).

Cuidar de idosos com doenças não é tarefa fácil. Exige muito, principalmente, quando se trata de um ente querido. Algumas pessoas acham que é semelhante a cuidar de uma criança, mas logo percebem que não é nem um pouco parecido. Ao investimento feito em cuidado e afeto com a criança, colhe-se o seu desenvolvimento, a aquisição de novas habilidades, o sorriso no rosto. O idoso acamado, debilitado, apesar de todo o esforço, acaba tendo seu estado de saúde agravado – o que gera um sentimento de cansaço e frustração ainda maior nos cuidadores.

Outra perspectiva que envolve a questão de colocar ou não um idoso num lar, é o crescente isolamento que os idosos enfrentam em suas casas. Cada vez mais eles moram sozinhos, ficam sem parceiros por longos períodos, possuem poucas amizades e as visitas familiares muitas vezes são escassas. Ilustro esse fato com uma frase que ouvi no consultório dia desses: “Doutor, estava há 2 semanas sem falar com ninguém.” É impossível não se sensibilizar e não há antidepressivo que resolva!

Tenho pacientes que foram morar em asilos por conta própria e relatam que “acordaram para a vida”. Os lares possuem essa capacidade de convívio, que acaba interferindo, e muito, na saúde dos residentes.

Há diversas formas de atender idosos com necessidades de cuidados. Em Porto Alegre e em outras grandes cidades há condomínios para idosos e em alguns lares os idosos passam os finais de semana com a família. Em diversas cidades há tam-

bém os centros-dia – locais onde os idosos com necessidade de cuidado passam apenas o dia, retornando para casa no final da tarde.

O envelhecimento populacional logo pressionará para que novas formas de cuidado para os idosos sejam desenvolvidas e que lares tornem-se cada vez melhores. A questão de institucionalização, ou de procurar formas de ajuda para o cuidado do idoso, deve ser discutida... porque ninguém está isento de enfrentá-la logo ali. Muitas vezes, cabe ao médico ouvir a família e tentar diminuir este sentimento desestabilizador de culpa.

## Vitamina D: Novas descobertas sobre uma antiga deficiência

Estudos recentes têm demonstrado a associação entre a deficiência de vitamina D e diversos problemas de saúde, não só com a questão da absorção do cálcio. Há, inclusive, uma certa polêmica relacionando essa deficiência ao uso de protetor solar – algumas pessoas denunciam que o uso do protetor estaria causando a deficiência de vitamina D na população. No meio dessa enxurrada de informações científicas, ou não, o surgimento de dúvidas é inevitável. O que fazer? Parar de usar filtro solar? Acredito ser importante destacar alguns aspectos da importância dessa vitamina, de como diagnosticar sua deficiência e de como é o tratamento.

Classicamente, sabe-se do papel da vitamina D no metabolismo dos ossos. Ela está envolvida na absorção de cálcio e é fundamental na prevenção e tratamento da osteoporose. Os últimos estudos, porém, relacionam a vitamina a doenças como: depressão, desenvolvimento infantil, hipertensão e outras doenças cardiovasculares, dores musculares, síndrome da fragilidade do idoso, quedas, tuberculose e alguns tipos de câncer. Há também um grupo de estudos que relaciona a deficiência da vitamina D ao aumento na mortalidade geral, ou seja, aqueles que têm níveis mais baixos dessa vitamina, morreriam mais em comparação com aqueles com níveis adequados.

Estão em maior risco de apresentar a deficiência: idosos, sedentários, negros, pessoas com osteoporose ou que se exponham pouco à luz solar direta. Eu – assim como muitos médicos – apresentei deficiência da vitamina D, pela pouquíssima

exposição solar. As informações na literatura médica apontam que mais da metade dos idosos no país apresentariam níveis baixos da vitamina.

O diagnóstico da deficiência é bastante simples e é feito através da dosagem da forma 25(OH)-vitamina D no sangue. Quanto ao tratamento, o mesmo se dá através da ingestão de Vitamina D3 em doses semanais (geralmente maiores) e após diárias. O tratamento pode ser tanto através de cápsulas, gotas ou injeções.

O custo do tratamento é acessível e, apesar de seguro, exige acompanhamento médico.

Quanto à prevenção, ressalto a importância da exposição solar diária pela manhã, antes das 10hs. A quantidade de exposição varia entre as pessoas, mas cerca de 20 minutos são o bastante para a maioria das pessoas. Na alimentação, os peixes merecem destaque, como sempre. Uma das fontes mais ricas da vitamina é o antigo óleo de fígado de bacalhau, que muitos de vocês tomaram forçadamente. Atualmente, a dose diária recomendada para idosos é de 800U.

Ah, e o filtro solar? Use-o diariamente caso vá se expor ao sol entre às 10 e às 16 horas.

## A famosa consulta de "check-up"

A cada fim de ano, pedimos a Deus que ilumine nosso caminho, que nos dê saúde e paz. Também nessa época é comum procurarmos os médicos para fazer a famosa bateria de exames chamada de “check-up”.

Essa decisão de realizar exames demonstra profundo interesse em preservar a saúde, e essa vontade deve ser valorizada pelo médico e pelo paciente. Afinal, se estamos dispostos a nos submeter a uma maratona de exames, agulhadas, marcação de consultas é porque queremos viver mais e com qualidade de vida.

Ao contrário do que possa parecer, o mais importante de uma consulta de “check-up” não são os exames em si, mas o contato do paciente com o médico. Trata-se de uma oportunidade única para que hábitos e o estilo de vida sejam revisados: alimentação, sono, estresse e outros aspectos psicológicos. É o momento de encarar a balança e a fita métrica, de mostrar lesões na pele, de ter a pressão arterial medida e a “orelha puxada”, se necessário. Outro aspecto importantíssimo dessas consultas é a revisão das medicações. É comum que ocorra confusão quanto à dosagem ou que o paciente consulte outro médico e novas medicações sejam adicionadas.

Além disso, ter um médico de referência para esse tipo de consulta traz uma série de vantagens para o paciente. Pesquisas mostraram que pessoas que tinham médicos de referência acabavam indo menos para a emergência, adotavam mais medidas preventivas e se sentiam mais satisfeitas com o atendimento. A questão do vínculo beneficia tanto o médico quanto o pacien-

te, as consultas são mais agradáveis e produtivas. Isso tudo é ainda mais válido quando falamos de pessoas que se encontram na terceira idade. Ter um clínico geral ou um geriatra que conheça o paciente pode fazer toda a diferença. Ao contrário do que muitos pensam, não é necessário ser idoso para procurar um geriatra, a partir do momento em que a pessoa se preocupe em ter longevidade com qualidade de vida, ela pode procurar o profissional.

Mas quais exames devemos fazer? Cada médico pede os exames que ele acha necessários? Não é bem assim. Existem instituições que pesquisam sobre quais exames devem ser solicitados em cada faixa etária. São geralmente órgãos ligados a governos ou sociedades médicas. É importante seguir as recomendações dessas entidades para evitar que exames em excesso sejam pedidos. Nem sempre aquele médico que pede muitos exames está fazendo o correto, pois pedir alguns exames para quem não necessita pode gerar sofrimento, exposição à radiação e gastos financeiros desnecessários. Ao mesmo tempo, o médico que pede poucos exames pode estar deixando passar algo relevante.

Exames que homens e mulheres sem sintomas devem fazer: hemograma pelo menos a cada 5 anos após os 50 anos, TSH após os 35 anos (verifica a função da tireóide), perfil lipídico e glicemia de jejum, creatinina (verifica função dos rins), colonoscopia ou sangue oculto nas fezes a partir dos 50 anos (para investigar câncer de intestino grosso – quem possui familiares com a doença deve procurar um proctologista ou endoscopista), anti-HIV (se houver necessidade) e densitometria óssea (exame para detectar osteoporose - mulheres a partir de 65 anos e homens, 70 anos).

Mulheres devem fazer o exame de mamografia anual-

mente após os 40 anos e aquelas com histórico familiar da doença devem procurar seu ginecologista e conversar sobre a necessidade de se fazer o exame até mesmo antes dos 40 anos. Muitas pacientes reclamam que o exame é doloroso, no entanto, isso não deve ser um impedimento para a realização do exame. Basta lembrarmos que esse exame salva vidas. Outro exame importante que não se pode deixar para trás é o preventivo do colo do útero (Papanicolau).

Homens devem fazer o PSA e toque retal para investigar câncer de próstata. Homens que fumaram algum período na vida devem fazer ecografia abdominal aos 65 anos para rastrear problemas na artéria aorta.

Em pacientes que fazem uso de medicações para problemas estomacais, como o omeprazol, ou não comam carne vermelha é interessante fazer o exame de vitamina B12, uma vez que a medicação interfere na absorção da vitamina. Em pacientes idosos negros, sedentários e que não se exponham ao sol, a dosagem da vitamina D também é útil clinicamente, pois verifica-se que essa vitamina desempenha uma série de importantes funções na saúde.

Por último, quando se pretende iniciar atividade física mais intensa do que uma caminhada, após os 45 anos, é importante consultarmos um cardiologista para realizar uma avaliação.

Cuide-se! Escolha um médico de confiança e juntos construam uma relação franca e cordial. Nessa época de pressa, onde as pessoas acham que sabem tudo e que não precisam da ajuda dos outros, uma simples atitude como essa pode tornar sua vida melhor... e mais longa.

## Ajude seu médico a lhe ajudar!

Toda essa pressa, essa necessidade de se trabalhar com metas, como se tudo fosse pra ontem, influencia o cotidiano de quase todos os profissionais. Com os médicos, não poderia ser diferente. Excluindo da generalização, da qual dificilmente fugirei, aqueles médicos que conseguem organizar sua rotina e agenda, que atendem apenas consultas particulares e podem dar uma assistência rica em atenção e, principalmente, tempo para os pacientes, os demais profissionais da classe correm olímpicamente contra o tempo. É uma corda esticada.. puxada por pacientes necessitados e desejosos de ouvidos cuidadosos, mentes equilibradas e conselhos precisos.

Mas não se trata de um texto lamuriante de um médico que – por sinal é verdade, não um recurso da escrita – precisa de férias. Encaro a tela branca do computador para deixar algumas sugestões que, se não forem seguidas, espero que causem alguma reflexão. É para um aproveitamento maior da consulta médica.

1) Vá à consulta! Caso não seja possível sua presença, tente avisar pelo menos um dia antes. Muitas pessoas necessitam da consulta e ficam em lista de espera aguardando ansiosas uma oportunidade.

2) Anote o nome de todos os médicos que costuma consultar, suas especialidades e a frequência que costuma visitá-los.

3) Pense bem e, se for preciso, anote os motivos que te levam à consulta. Quanto mais claros forem os objetivos, mais fácil fica para o médico se situar – o que nem sempre é tarefa simples.

4) Leve anotado também todas as medicações que o senhor ou senhora faz uso, incluindo as dosagens e tempo de uso. Se for possível relacionar cada medicamento à doença ou à finalidade, ajuda mais ainda. Não se esqueça do remedinho para dormir, “omeprazolzinho” ou qualquer suplemento ou vitamina que faça uso.

5) Enumere os eventos de saúde marcantes na sua vida: cirurgias, internações, alergias, exames que já vieram alterados, alergias medicamentosas, diagnósticos dados por outros médicos, etc.

6) Leve sua carteira de vacinas, caso a tenha.

7) Nas duas semanas anteriores à consulta, faça um controle da pressão arterial e leve ao médico.

8) Não fale mal de outros médicos ou do plano de saúde durante a consulta, pois soa como “pressão” na cabeça do médico. Como se dissesse a ele: Ou o doutor acerta ou vou trocá-lo por outro e falar mal também!

9) Ah, não fique falando que paga tanto pelo plano de saúde e que deveria receber isso ou aquilo... Se o sr. ou a sra. disser que paga 800 reais, 1.200 reais por mês para o plano (além de não importar nada ali no momento da consulta), corre o risco de deixar o médico chateado, porque, muitas vezes, ele pode estar recebendo pela consulta valores entre 20-40 reais líquidos.

10) Já que é para falar de valores: não ouse pechinchar pagamento de coparticipação nas consultas. Alguma vez na sua vida, um chefe lhe chamou para conversar e pedir para que você entendesse que ele precisa reduzir seu salário? O sr. ou sra. ficou feliz?

11) Leve os últimos exames de sangue de rotina que tenha feito.

12) Tente não consultar como casal. Cada um é cada um. A não ser que o sr. ou sra. seja muito ciumento, o que, mesmo assim, não justifica.

13) Sorria no começo da consulta! Alegre o dia de seu médico!

14) Tenha sempre em mente quais eram as suas queixas e a forma como estava antes de começar a fazer o acompanhamento com o médico e compare bem... E diga isso com o máximo de clareza para o médico. É o que mais ele quer saber!

15) Se o médico atrasar a agenda do consultório, reclame no final da consulta ou mande um e-mail depois. E, lembre-se, a consulta que demorou mais de uma hora, ou a pessoa que precisou de uma consulta de “encaixe” poderia muito bem ser o sr. ou a sra. E, aposto, que ficaria chateadíssimos se o médico não os atendesse.

16) Quando o médico lhe perguntar o porquê de não fazer atividade física, tente dizer a verdade mais verdadeira e não alegar “falta de tempo”, “frio demais” ou “calor demais”. Quase todos os pacientes dizem isso... e se, por algum acaso, o sr. ou sra. for o quinto ou sexto do dia a vir com essas desculpas.. o médico poderá não conseguir fazer uma abordagem adequada para lhe motivar. Pense e até escreva: por que não estou fazendo as caminhadas de 15 min que o doutor me pediu? Ou: por que não emagreci? Tente.

Bom, espero que essas dicas possam lhe ajudar a aproveitar ao máximo as consultas... e entender mais ainda o lado do médico... afinal, ele está ali para isso. Médicos de consultório, que fazem atendimento clínico, em especialidades que não tem procedimentos (exames ou cirurgias) estão em extinção.

Ajude a preservar a espécie.

## Voluntariado

“Mãe, por que a senhora não faz um trabalho voluntário?”. “Seu João, o senhor tem tanto tempo livre e é tão capaz, por que não faz algo leve, tipo alguma coisa como voluntário?” Quem é idoso, ou aposentado, muitas vezes ouviu ou mesmo se fez essas perguntas. É senso comum que ficar em casa não faz bem a ninguém. Infelizmente, trata-se da condição cotidiana de milhões de idosos no Brasil. Essa dupla, formada pela atividade diária reduzida e pela solidão, é geralmente desagregadora. É uma dupla que acinzentava as vidas dessas pessoas, que leva, em muitos, mas muitos casos, à depressão.

Mesmo não sendo pesquisadoras ou estudiosas de psicologia ou gerontologia, muitas pessoas reconhecem no voluntariado uma forma de recolorir a vida, indicando-o a conhecidos ou praticando-o. Mesmo com algumas características altamente individualistas da nossa sociedade, chega a causar espanto o crescimento do número de voluntários no mundo.

E o que será que tem motivado essas pessoas? O livro *The Healing Power of Doing Good – The Health and Spiritual Benefits of Helping Others* (O poder curativo de fazer o bem – Os benefícios à saúde e espirituais de ajudar os outros), escrito pelo americano Allan Luks, ex-diretor do Instituto para o Avanço da Saúde, de Nova York, dá uma pista. Segundo o autor, esse tipo de tarefa faz uma pessoa se sentir bem espiritualmente e ainda contribui para melhorar a sua saúde física, mental e emocional.

Pesquisas concluíram que os participantes tiveram um aumento da sensação de bem-estar após realizar ações filantró-

picas e, conseqüentemente, apresentaram uma redução em seus níveis de estresse e maior equilíbrio emocional. Mas, talvez, o resultado mais curioso foi o relato dos entrevistados, após iniciarem esses trabalhos, sobre a melhora e até desaparecimento de problemas como insônia, gastrite, dores de cabeça e nas costas, depressão, gripes e resfriados.

E as revelações não param por aí. Outras pesquisas, conduzidas pelas Universidades de Michigan e Cornell, também nos EUA, sugerem que indivíduos que vêm dedicando um longo período ao voluntariado vivem mais do que aqueles que não participam de nenhuma ação voltada a ajudar outras pessoas.

Na China, por exemplo, um estudo realizado com 501 idosos aposentados (328 voluntários e 173 não voluntários), concluiu que os idosos voluntários manifestaram melhor saúde física e satisfação com a vida e menor índice de depressão, comparados com os idosos que não realizavam trabalho voluntário.

Em Israel, um estudo longitudinal (feito ao longo de anos) contemplando idosos a partir dos 75 anos, verificou que os que realizavam trabalho voluntário não se diferenciaram significativamente dos não-voluntários quanto ao número de doenças. Entretanto, os voluntários apresentaram menor déficit cognitivo, menos sintomas depressivos, maior número de relacionamentos interpessoais e avaliação mais positiva da vida. O que é ótimo!

O sair de si, ajudando o outro, é uma forma de afeto que, como se percebe, promove a saúde do voluntário. No entanto, assim como qualquer forma de trabalho, o voluntariado exige uma avaliação rigorosa de capacidades, de preparo e supervisão. Isso evita frustrações e permite que se aproveite essa vontade tão iluminada de ajudar o próximo.

Vale a pena pensar a respeito!

Faça o bem a si mesmo.

## Universidade Aberta da Terceira Idade: Fábrica de sorrisos

A partir da década de 60, deu-se, na Europa, um movimento de aproximação entre as universidades e a comunidade. Com o avanço da educação para adultos na França, aliado à necessidade crescente de ocupar e educar idosos, esse movimento além-muros frutificou, em 1973, na criação da primeira universidade da terceira idade do mundo, na cidade de Toulouse.

Diferentemente do que possa se imaginar ao ter contato inicial com o nome desse tipo de projeto, o objetivo dos programas de universidades da terceira idade não é o de oferecer um curso superior, muito menos de pós-graduação para idosos. Eles têm por metas proporcionar um ambiente pedagógico vivencial, interativo e com conteúdo voltado para a capacitação de idosos em diversas áreas do saber, desde o autocuidado até as artes. No caso do programa pioneiro, na França, seus objetivos apontavam justamente para isso: “tirar os idosos do isolamento, propiciar saúde, energia e interesse pela vida e modificar sua imagem perante a sociedade.”

Pela mencionada necessidade de aproximação entre universidade-comunidade, somada à demanda reprimida de ações educativas para a terceira idade e às características psicossociais próprias dessa fase da vida (gosto pelo convívio, participação nas aulas e disciplina), os programas logo mostraram excelentes resultados e se espalharam pelo continente europeu. Em 1975, foi criada uma associação internacional das entidades (AUITA). Em 1981, ela contava com 170 instituições. Número que, em 1999, já atingia as 5 mil! Com a estruturação desses

programas, muitos adquiriram vocações novas, como centros de referência em educação e pesquisa em gerontologia.

Hoje, são milhares desses programas pelo mundo. Muitos até sem o vínculo com instituições de ensino superior, desenvolvendo-se como uma forma mais avançada de grupos de convivência. Há, inclusive, universidades da terceira idade acessíveis através da internet.

No Brasil, destaca-se o pioneirismo do SESC de São Paulo na educação de idosos na perspectiva “ao longo da vida”, através de projetos que remetem às décadas de 60-70. Em se tratando de instituições de ensino superior, a UFSC carrega para si o pioneirismo, no início da década de 80. Atualmente, no país, contamos com mais de 200 programas semelhantes ao programa francês.

O Estatuto do Idoso é atento à importância da educação e da adaptação de práticas educativas para terceira idade. O Estatuto se mostra brilhante e visionário em seu artigo 25, que diz: "o Poder Público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual".

Dentro dos estímulos respaldados pela legislação, temos também a questão do fomento: esses programas são passíveis de caracterização como filantropia. A lei reconhece, na educação e assistência aos idosos, uma prioridade para ações dessa natureza. Há ainda uma terceira via legal de estímulo à criação de universidades abertas da terceira idade que é o fundo do idoso, porém é uma via ainda embrionária e de fluxo burocrático carente de agilidade.

Pessoalmente, em 2009, tive a felicidade de desenvolver e apresentar um projeto adaptado à realidade do centro uni-

versitário no qual dava aula. Felizmente, os irmãos lassalistas deram apoio e o projeto pode ser instalado no ano seguinte, estruturando-se. Acredito que tenha sido uma das grandes experiências transformadoras vividas por mim. O ganho no dia-a-dia das aulas e o retorno em termos de desenvolvimento dos alunos são impressionantes, algo que supera o entendimento saúde-doença, tratamento-resposta e capacidade de cura.

Essa percepção de melhora na qualidade de vida de idosos participantes desses programas encontra amplo respaldo na literatura científica. Melhora em humor, capacidade cognitiva, satisfação com a vida, entre outros benefícios.

Hoje, merece destaque a Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI), da UERJ. Além do viés de educação para idosos, o programa contempla educação e pesquisa em gerontologia.

Como em toda atividade educativa de qualidade, para o sucesso de uma universidade da terceira idade há a necessidade de um planejamento pedagógico rigoroso, qualificação dos docentes, avaliação, interação e participação dos alunos e da comunidade. Tenho ainda a esperança de implantar dois desses programas em comunidades carentes de Canoas e de Novo Hamburgo. (Infelizmente, a maior parte dos idosos das classes sociais C e D não tem acesso a esse tipo de iniciativa.)

Se hoje, alguém me perguntar o segredo para viver bem, durante muitos anos, não tenho a menor dúvida em dizer: aprenda sempre. As universidades da terceira idade são o caminho para o envelhecimento bem-sucedido.

## Autoeficácia: Crenças e saúde

Viajar, participar de um grupo, iniciar um curso de informática... tudo isso faz muito bem para qualquer pessoa. Para um idoso, pode ser ainda mais significativo. Pode representar um recomeço de vida, que o afaste do isolamento ou mesmo da temida e frequente depressão. Não é raro, no entanto, ouvirmos do pai, mãe ou companheiro: “Não vai dar. Eu não consigo”. Ou mesmo uma desculpa qualquer, para camuflar qualquer sensação de incapacidade.

À percepção da pessoa de ser capaz de realizar uma tarefa, damos o nome de autoeficácia. Esse termo foi popularizado por Albert Bandura, que também o associa à força de vontade em acreditar nas suas habilidades e na autoestima. O pesquisador acredita que valorizar a autoeficácia das pessoas as torna mais aptas a vencer transtornos, além de aumentar as chances de se desenvolver um envelhecimento bem-sucedido.

Estudos mostram que o nível de autoeficácia das pessoas influencia vários aspectos da vida, como sucesso profissional, melhor memória, menos estresse e melhor saúde física. A explicação dessa relação entre autoeficácia e melhor saúde se dá porque o que pensamos está fortemente relacionado a nossos comportamentos. Isso quer dizer, quanto mais positivos forem nossos pensamentos em relação a nós mesmos, maiores as chances de agirmos em prol da nossa saúde. Acredita-se que o pico de autoeficácia, ou seja, o momento da vida onde tanto homem quanto mulher tem mais confiança em suas capacidades, seja em torno dos 60 anos.

Pesquisadores relacionam o senso de autoeficácia às

nossas experiências positivas, às experiências (também positivas) daqueles que nos cercam – das quais podemos tirar lições –, como a persuasão verbal e o estado de humor. Pessoas com quadros depressivos acreditam bem menos em suas capacidades. Um detalhe importante diz respeito ao meio que temos como referência. Se a pessoa, no caso o idoso, está inserida num ambiente onde os outros não ofertam experiências positivas, das quais se pode tirar um aprendizado positivo, o senso de autoeficácia tende a ser menor. No caso oposto, quando o idoso está inserido num ambiente onde os outros têm experiências positivas, como viajar ou participar de atividades sociais, a tendência é de aumento em seu nível de autoeficácia - como se fosse algo contagioso. A chance de que essas pessoas, mais ativas, consigam persuadir o idoso a experimentar novas coisas é grande, o que poderá aumentar também sua crença em suas capacidades.

“You can do!” (no português: você pode!) foi a mensagem deixada pela Dra. Robin West, na palestra sobre autoeficácia que assisti. Você pode! E para isso, procure aproximar-se de pessoas com experiências positivas, das quais você possa aprender. Evite quem só lhe coloca para baixo, ou quem passa os dias ruminando as mesmas ideias, ou fazendo fofocas. Escolha suas companhias e veja o quanto sua vida pode melhorar! Outra dica importante que ficou da palestra foi: comece com objetivos mais simples. A tal caminhada diária de uma hora pode ser iniciada com um pequeno esforço de 15 minutos. Assim como a leitura de um livro de 300 páginas pode começar com a de pequenas crônicas, como esta.

Você pode!

## Esteatose hepática: Não banque o pato (ou o ganso)

O assunto de hoje é uma doença de nome diferente: esteatose hepática. Trata-se de um dos temas mais estudados recentemente, pelo crescimento do número de pacientes que a apresenta e pelos danos a ela relacionados. É tão grande a novidade do assunto, que alguns médicos ainda não consideram a condição do “fígado gorduroso” – característica da esteatose – como uma doença. No entanto, é sim uma doença, e suas consequências vão desde a diabetes à síndrome metabólica, passando pelo câncer até chegar à cirrose, que significa a falência do fígado.

Assusta a esteatose hepática pelos danos que pode causar e pelo fato de acometer entre 15 a 45% da população de países desenvolvidos (Estados Unidos, em especial). Na prática diária, como médico clínico geral, no caso de pacientes com sobrepeso ou obesos, acredito que não ficamos tão distantes desses números. E, o pior, encontramos o problema até mesmo em adolescentes.

As causas de fígado gorduroso são diversas. Uma, bem conhecida, é o consumo de álcool. Outra, é a infecção por algum vírus de hepatite. Questões genéticas e uso de certos medicamentos também podem contribuir. Porém, o que ainda não é senso comum é o fato da superalimentação, do excesso de comida, ser um dos grandes vilões nessa história. Aos poucos, com erros alimentares e falta de atividade física, o fígado sobrecarrega-se, não conseguindo mais manter-se saudável, colapsando-se em gordura.

Sabe-se que alimentos, entre eles sucos e refrigerantes, ricos em frutose, estão muito relacionados a essa condição. Cuidado com o excesso de sucos adoçados em caixinhas... eles são especialmente ricos em frutose. Muitos acham que estão fazendo bem ingerindo sucos e mais sucos, quando na verdade extrapolam o limite de frutose e acabam se prejudicando.

A esteatose hepática, acontece nos humanos por um processo semelhante ao que fazem com gansos ou patos, para obter a iguaria da culinária francesa, o foie gras (fígado gorduroso). Em determinada fase da criação desses patos ou gansos, um tubo de 20-30 cm é inserido no esôfago e os animais são alimentados diversas vezes ao dia em grandes quantidades (até quase 1 kg ao dia, por um sistema a ar que injeta comida à força). O resultado é o imediato acúmulo de ácidos graxos no fígado das aves, que, então, cresce até 10 vezes o tamanho normal. Defensores dos animais conseguiram proibir essa prática em diversos países, por a considerarem demasiada cruel. (Acesse o site de uma ONG, que combate esse tipo de tortura: <http://www.nofoiemas.org/>)

Grande parte dos portadores de esteatose hepática não apresenta sintomas, ou quando sente alguma coisa, são queixas muito vagas, inespecíficas. Dores no lado direito superior do abdome, cansaço e dificuldades de digestão são as queixas apresentadas. Os pacientes costumam descobrir que seu fígado está se deteriorando quando fazem ecografias ou tomografias para investigar outras doenças.

“Doutor, o que é isso que apareceu no exame: esteatose hepática moderada?”

Agora, você já não precisa mais se contentar com uma resposta dizendo que não é nada, ou que é algo para não se preocupar.

Esteatose hepática: aí está mais um daqueles sinais de alerta para uma mudança urgente no estilo de vida.

Vá atrás. E tente acabar com essa crueldade com o seu próprio fígado...

Saiba mais em:

<http://www.hepcentro.com.br/esteatose.htm>

<http://emedicine.medscape.com/article/175472-overview>

<http://www.sbhepatologia.org.br/publico/?esteatose-hepatica>

## Esse amor não se esquece

Acolher. Ouvir. Dar espaço. Não falar. Medir as palavras. Dar suporte.

Reforçar que aquele sentimento é natural, justo, do viver... e dela. O estranho seria se a senhora não sofresse... Ao mesmo tempo, o olho clínico permanece sempre atento a detalhes passíveis de qualquer forma de ajuda. Viuvez não é doença, mas às vezes parece que sim – muito pior do que se pensa. É mais ou menos assim, uma consulta após uma senhora se tornar viúva. É a ficha que cai. A lembrança que não sai. Às vezes o que a traz é a falta de sono ou de apetite, ou a vontade de não sair de casa nunca mais. O tempo entre o velório e a consulta varia um pouco, de dias a um, dois, vários anos. É o tempo de cada uma. daquelas que sofreram por mais tempo, cuidando dos seus amados, acamados, podemos até esperar uma melhor reação.. mas há regra? Não. Com melhor suporte social, o recomeço é para vir ao natural.

Uma vez, uma senhora, espírita, me contou o que fez para melhorar. Não se continha. Resolveu, então, escrever cartas para o marido que se foi. Não era uma obsessão, foram poucos os recados. O efeito positivo veio logo. Organizou o turbilhão em que andava sua mente. Na época, também não me contive e pesquisei sobre esse recurso. Encontrei muitas coisas já em uso. Teorias, pesquisas... escrita terapêutica foi o termo que mais apareceu. O benefício dessa prática tem a ver com a expressão afetiva, com a organização das ideias que só o silêncio, a solidão e a caneta possibilitam. Parece que faz muito bem... é pouco relacionado com o envio em si da mensagem para outra dimensão, para o além.

Nos últimos anos, tenho recomendado essa prática para viúvas. Umás até me entregaram os envelopes, não para que eu lesse qualquer coisa, mas para colocá-los fora mesmo... A maioria só me relatou.. doutor, sim, ajudou.

É assim, sem pressa. Sem muita orientação. Sem a obrigação do remédio. Ajudar a conviver com a lembrança, com a nova forma de presença.

Às vezes, é fácil. Mulheres são fortes, e seus corações, enormes.

*Eu nunca imaginei que houvesse no mundo*

*Um amor desse jeito*

*Do tipo que quando se tem não se sabe*

*Se cabe no peito*

*Mas eu posso dizer que sei o que é ter*

*Um amor de verdade*

*E um amor assim eu sei que é pra sempre*

*É pra eternidade*

(Amor sem limite – Roberto Carlos)

## O humano na morte. A vida na humanidade

Dentro das atribuições do médico, as que envolvem lidar com a morte são as mais desafiadoras. O áspero não vem do medo da morte, ou da cultura de negação da mesma, vem justamente do humano. Comunicar a morte para pais de jovens, em corredores ou salas de plantões é de dar um nó seco e apertado na garganta. Ao chamar para conversa os familiares do paciente que está na sala de emergência, parece tão óbvio o que você tem a dizer. Mas as palavras vão saindo da sua boca, dentro do tom mais suave, acompanhados pela expressão facial mais contida e firme. Enquanto isso, as expressões daquelas pessoas dizem “Vai fala logo! Ele tá bem? Ele vai sobreviver?” Numa ordem aprendida, as palavras seguem “A situação na qual ele chegou aqui foi gravíssima, introduzimos um tubo para que ele respirasse, etc...” mas as expressões ainda são de um otimismo inexplicável... até que “o infelizmente, seu filho faleceu” sai da sua boca e tudo instantaneamente desaba. O tímido sinto muito já é dito sem ser ouvido. O toque no ombro ou o abraço não chegam até onde queria chegar.

Não foram uma ou duas vezes que deitei a cabeça num travesseiro estranho de um hospital e me questionei “o que é que eu estou fazendo aqui?”

Outra situação, bem diferente dessa de um plantão, mas que também é extremamente exigente, é quando o paciente é acometido por uma doença terminal, como um câncer metastático.

É quando envolve o paciente que o médico conhece lúcido, quando se estabeleceu um diálogo franco de palavras e gestos, quando se amplia esse contato para a esposa e filhos: é aí que o grande desafio de humanidade se estabelece. Não há treinamento o bastante para situações transcendentais. Não há formulismo para se apoiar. É preciso oferecer algo além do máximo digno que a ciência permite, os chamados cuidados paliativos. É preciso oferecer o conforto para a alma. As respostas têm que ser sempre sinceras, sem rodeios. “Vale a pena eu fazer essa nova sessão de quimio? Vai mudar alguma coisa?” ou “O oncologista me falou sobre esse exame, mas agora quero saber o que o senhor acha.” As exigências das perguntas crescem à medida em que a relação médico-paciente avança. A decisão fica cada vez mais nas mãos do paciente, mas a palavra do seu referencial vai ganhando um peso maior e determinante.

Outro aspecto que inquieta é presenciar seu novo amigo sofrendo. Na sua cama, a falta de fôlego, a face de dor, o cansaço. Todo o tratamento que pode ser ofertado está ali, mas dá sempre a sensação de que não há o suficiente. Quem diz que o médico não pode ou não deve se envolver, não pode sofrer com o paciente, ou não sabe do que fala, ou é de outra espécie. Chega uma hora em que a relação estreita-se ao ponto em que, ao ver o paciente piorar, se sente algo estranho, como uma angústia, uma sensação de perda.

Percebe-se que trago um caso específico que me marcou. Entre alguns casos de atendimento a pacientes em situação de terminalidade (quando não há mais cura e a morte é questão de pouco tempo), além de ter sido o mais recente, esse me fez pensar muito e me pediu mais maturidade. Acho que foi porque pude conversar bastante com o paciente e a família. Carrego comigo como uma das coisas boas que a profissão me possibilitou.

Do aprendizado que tive nessa passagem, ficou a necessidade de se fazer presente, de fortalecer ao máximo a pessoa do paciente e, o que pode parecer estranho, abrir espaço para conversas sobre a morte, o que se fez da vida, o que se deixa . O iluminado Dr. David Servan-Schreiber, em seu livro “Podemos Dizer Adeus Mais de Uma Vez”, deixou algo parecido ao falar sobre como foram seus últimos meses de vida. Ninguém tocava no assunto, aparentemente pelo medo de causar um sofrimento ainda maior. Mas David relata que era sobre o que ele mais gostaria de falar, era o que volta e meia dominava seus pensamentos. Ele reconhecia que seria difícil ter esse tipo de conversa com familiares e amigos mais próximos, mas que se alguém, um pouco mais distante, abrisse essa porta, lhe faria um bem.

Na época em que visitava esse paciente em casa, estava com os pensamentos de Viktor Frankl transitando por diversas regiões do cérebro. Para o psiquiatra, sobrevivente dos campos de concentração nazistas, uma das maneiras de se fortalecer o senso de sentido da vida se dá através dos valores atitudinais. Pela atitude digna perante o sofrimento e a morte, encontra-se também sentido para a vida. Em determinado momento do acompanhamento, após o final da radioterapia – período mais difícil, pela intensa falta de ar – o paciente mostrava-se desesperançado, entregue, lamuriante. Felizmente, por ter tido a oportunidade de conhecer sua biografia, conhecer seu comportamento marcado pela fortaleza e postura patriarcal, consegui empregar os princípios de Frankl no resgate do porquê viver. “O senhor sempre foi forte e cuidou muito bem de sua família. Não é agora que precisa ser diferente. Todos se amparam muito no senhor, e vê-lo reclamando está deixando-os desesperados. Eu sei que não é nada fácil. É difícil, muito difícil. Tente manter sua força e o jeito que sempre foi. Todos precisam do senhor”

Acho que se passou mais de um mês. Eu nem tinha tão vívida aquela conversa. O paciente já não estava mais restrito à cama. Veio recepcionar-me na sala, orgulhoso de cada passo. Recebi um aperto de mão forte e o agradecimento por aquela conversa, enraizada no pensamento de Frankl. Foi um obrigado por ter sido tratado como alguém vivo, como pessoa. Um obrigado por ter lhe dado forças para seguir lutando. “Quando eu estava mais pra baixo, esse moço me colocou pra cima.”

Além da vida, no seu enterro, o paciente continuou me ensinando. Seu legado vivo, seus familiares e amigos reunidos, me instigaram a pensar muito na vida: não só na brevidade, no limite, mas no legado que fica para os outros.

## Sexualidade na Terceira Idade: Pelo fim do silêncio

O envelhecimento populacional traz consigo uma série de questões que exigem reflexão e muito bom senso de toda a sociedade. É preciso fazer o exercício de tentar entender o idoso, de se dispor a ouvi-lo, na perspectiva de melhorar a vida da geração de idosos de hoje e, num futuro próximo, para nossas próprias existências. Muitas vezes é necessário quebrar, romper com paradigmas morais, às vezes preconceitos assim disfarçados, ou mesmo adaptá-los a essa nova realidade, onde os idosos fazem parte ativamente de todos os aspectos da sociedade. Talvez um dos assuntos onde mais haja preconceitos, e onde eles sejam mais nocivos aos idosos, seja a sexualidade.

Idoso não tem vontade de fazer sexo. Relações sexuais são sempre dolorosas para as idosas. A menopausa representa o fim da vida sexual. Idoso ou idosa se masturbar é perversão. O homem jamais pode falhar. Medicamentos para impotência sexual são perigosos. Mulheres não podem tomar iniciativas sexuais... São diversos mitos que refletem esses preconceitos e, como eu disse, influenciam negativamente no modo dos idosos pensarem e agirem.

Ao invés de apresentar estatísticas de peso que contrariam esses mitos, acho interessante tentar definir o que é sexualidade, para evitar qualquer confusão e para que ela seja sim estimulada. Primeiro, sexualidade e ato sexual em si são coisas diferentes. O conceito de sexualidade é muito mais amplo do que a relação sexual, ele envolve todo o conjunto de manifestação da masculinidade e feminilidade. Ou seja, aparência, cuidados com o corpo, postura e gestos. Passar batom, usar perfume, se vestir bem... são formas de expressar a sexualidade.

O conceito é muito mais acolhedor do que a estreita ideia de limita-lo ao ato sexual em si. Veja bem, uma senhora que enviuvou e escolheu não mais ter relacionamentos, pode muito bem ter uma sexualidade saudável sem ter companheiro. Ela pode andar muito bem arrumada, cuidar de sua saúde, sair para dançar... ter sempre as unhas feitas e sapatos combinando com a roupa. Esse autocuidado, essa vaidade.. é sexualidade.

E muito longe de qualquer perversão ou tara, a sexualidade guarda uma relação forte com a saúde e qualidade de vida, tem a ver com autoestima, cuidado, empatia, sair de si, carinho e prazer. Uma pesquisa feita na França, mostrou que as senhoras octogenárias que costumam usar batom, apresentavam menos quedas do que as que não o faziam. Quanto a carinho, são diversos os estudos que comprovam os benefícios do contato físico na forma de massagens... Enfim, a sexualidade faz parte da visão mais ampla de saúde, ajudando a melhorá-la. Não podemos desvinculá-la jamais da nossa existência.

Sei que as barreiras morais e o sistema de educação extremamente rígido, baseado em preceitos religiosos também rígidos, dificultam muitas vezes a aceitação de que se pode e se deve vivenciar a sexualidade na velhice. Mas os tempos, felizmente, estão mudando... e mais espaço está se dando para o crescimento dos idosos em todos os aspectos da vida, incluindo relacionamentos, afeto e prazer.

É fato que o número crescente de idosos contaminados pelo vírus HIV é uma preocupação social. Mas, é impossível e injusto condenar ou mesmo pensar em evitar que idosos tenham relações sexuais... primeiro, porque eles estão vivos e, segundo, porque sabem que precisam desse contato e lhes fazem muito bem. Devemos buscar soluções... ouvir, compreender.. tirar esse assunto, de uma vez, debaixo do tapete.

## Envelhecer com dignidade

Há poucas semanas fui convidado para dar uma palestra motivacional para uma plateia de idosos. A organizadora do evento solicitou que eu tratasse do tema dignidade, sugerindo o título “Envelhecer com qualidade de vida e dignidade”. Na verdade, nunca havia tratado desse tema diretamente, mas aceitei o desafio prontamente.

Motivar idosos a seguir hábitos saudáveis, como dormir bem, alimentar-se corretamente e praticar exercício físico é meu dia-a-dia de trabalho. Exemplos e dicas vêm facilmente ao se planejar uma atividade como esta. Geralmente eu me empolgo tanto que acabo extrapolando o tempo combinado. Tento também dar um enfoque nos aspectos psicológicos, na prevenção de depressão, no estímulo cognitivo e na Inteligência Emocional – até aí tudo bem. Mas o que dizer sobre envelhecer com dignidade?

Sempre ouvi dos idosos que eles são desrespeitados, que nossa sociedade não oferta condições de saúde, lazer ou educação. Que na Europa ou no Japão as coisas são diferentes, em termos de respeito à opinião do idoso dentro do ambiente familiar, ou mesmo da comunidade. Acho que tanto eu, como você, concordamos com isso. É fato. Sabemos dessas dificuldades todas aqui vividas e de como é diferente nesses lugares. Costumo dizer que a atual geração de idosos no Brasil paga um preço alto por ser a de pioneiros no envelhecimento. Nunca se viveu tanto e nunca foram tantos idosos no país. Só que procuro usar esse pioneirismo e suas conseqüentes dificuldades não para sustentar as queixas dos idosos, mas para despertar o senso de respon-

sabilidade deles com as futuras gerações de idosos – eu e seus netos. A sociedade das futuras gerações de idosos depende e muito do que os idosos de hoje conquistam e reivindicam. Aí se apresenta, a meu ver, a questão do envelhecimento com dignidade.

Se pararmos para pensar um pouco, a perspectiva para os idosos de muitos países europeus e do Japão é melhor, eles aparentemente vivem sua velhice com maior dignidade. Falando do Japão, não podemos desconsiderar o momento histórico das diferentes sociedades. No Japão, os idosos somam 30% da população, enquanto aqui, aproximadamente, 12%. Esse respeito e dignidade não caíram do céu, eles foram conquistados ao longo de décadas. Lá, aspectos religiosos e políticas públicas facilitaram essas conquistas. (Se bem que na questão religiosa, a Bíblia também diz para honrarmos pai e mãe e leis aqui é o que não nos faltam...)

Hoje, no Brasil, esses quase 12% da população representam mais de 21 milhões de idosos e a tendência é de um crescimento muito maior, já para um curto espaço de tempo. Conseguimos envelhecer nossa população e algumas conquistas importantes como o Estatuto do Idoso (2003) e o fortalecimento dos grupos de idosos pelo país afora. Temos um número enorme de idosos extremamente ativos, ocupando lugares de destaque em diversos campos, inclusive temos uma presidenta idosa e um vice-presidente idoso. Mas, qual o próximo passo para se atingir o patamar espelhado nos países onde se respeita e valoriza os idosos?

Dignidade não é simplesmente receber respeito e valor, é receber esse respeito e valor por merecimento.

Envelhecer com dignidade é, a meu ver, assumir seu papel social, evitar a lamúria, manter-se saudável, lutar pelos seus

direitos, ter coragem, tentar e estar aberto a mudar de ideias e tolerar diferenças. É fazer-se exemplo.

Se pararmos um pouco e analisarmos as características e os graves problemas que assolam nossa sociedade, logo cairá de maduro o que ela necessita.

Quando falo dessas características e problemas, estou ciente de que muitas são, até determinado ponto, necessárias, e os problemas de difícil solução. Falo do individualismo, consumismo e competitividade implacáveis; da liquidez nas relações pessoais e de trabalho; da falta de cuidado; da perda de referenciais, manifesta pela necessidade de coaching (um tipo de consultoria) para quase todas as funções da vida. Falo da epidemia do excesso de peso nos adultos e nas crianças, que apontam para uma falta clara de imposição de limites; do consumo de drogas, representado pelo flagelo de 1 milhão de usuários de crack pelo país. Falo do adoecimento precoce das pessoas, vitimadas pelo estresse massacrante em todas as fases da vida, em todas as classes sociais, em tudo que é lugar. Falo da arrogância e desconsideração nas relações humanas, como se as pessoas reais não fossem importantes.

Pense comigo, do que nossa sociedade mais precisa? Seria de um PIB maior? De um crescimento econômico chinês? De novos Eike Batista? Acho que não.

Nossa sociedade precisa urgentemente de experiência, de cuidado, de pessoas dispostas a ouvir, a tranquilizar. Precisamos de pessoas que ensinem tolerância com os outros e com os nossos próprios erros. Precisamos de pessoas com coragem para ponderar essa educação precária que estamos dando nas escolas e, principalmente, nos lares. Precisamos de idosos saudáveis e corajosos.

Um marco relacionado à dignidade da terceira idade é o Estatuto do Idoso, que completará 10 anos. Trata-se de um

documento que demorou 20 anos para ser elaborado. Ali está o norte de como o Estado e sociedade devem tratar os idosos. Como vimos antes, dignidade é fazer por merecer, é ir atrás. Infelizmente, nessa palestra, que contava com um público superior a 300 pessoas, apenas 2 idosos haviam lido o Estatuto, apesar de todos reclamarem das dificuldades e falhas do Estado em atendê-los adequadamente.

Chegou a hora de ir um pouco mais além. Fácil não vai ser. É preciso organização, união partidária e estudo. Mas, de novo, precisamos urgentemente de idosos saudáveis e corajosos.

*O correr da vida embrulha tudo.  
A vida é assim: esquenta e esfria,  
aperta e daí afrouxa,  
sossega e depois desinquieta.  
O que ela quer da gente é coragem.*  
– João Guimarães Rosa

## As capacidades na Terceira Idade

Muitas pessoas, e mesmo alguns idosos, se questionam sobre as capacidades de uma pessoa na terceira idade. Mas, afinal, seria tal fase da vida marcada por um acúmulo de incapacidades, principalmente pela intelectual? Seriam os idosos improdutivos profissionalmente? Seria a época de apenas descansar? Felizmente, isso está longe de ser verdade. Existem, inclusive, estudos que comprovam que é na velhice que muitos profissionais vivenciam sua fase mais produtiva. Um desses estudos me chamou bastante a atenção. Foi feito há uns dez anos na Espanha. Os autores, ao analisarem a vida de diversos profissionais de sucesso, chegaram à conclusão que entre historiadores, filósofos e escritores, era após os 60 anos que sua produção ganhava mais significado. O mesmo valeu para cientistas e inventores famosos, que tiveram mais da metade de sua produção após os 60 anos. Também entre os artistas, cerca de 20% de sua obra foi feita na velhice. Outro estudo que investigou a capacidade intelectual de idosos, deixou bem claro que a mediana etária dos ganhadores do Prêmio Nobel não é 20, 30 ou 40 anos... mas sim 63 anos!

Basta limparmos um pouco o preconceito das lentes dos óculos para enxergarmos o quanto somos liderados por idosos e o quanto eles são importantes para o sucesso de nossa sociedade. Ao olharmos para quem possui cargos de direção em empresas ou mesmo para nossos governantes, logo perceberemos: a maioria já passou dos 60 anos. Nos últimos 20 anos de democracia, somos comandados por presidentes idosos! Nossa presidenta Dilma tem 64 anos! E isso ocorre em diversos outros

países. Nas universidades, ambiente onde se exige muito intelectualmente, ocorre o mesmo: cargos de chefia e professores chefes são na maioria... idosos.

Atribui-se essa capacidade produtiva aumentada na terceira idade à chamada inteligência cristalizada, que é um tipo de inteligência relacionada com a experiência. Jovens com certeza conseguem assimilar conhecimentos mais rapidamente e fazer muitas coisas ao mesmo tempo (a chamada inteligência fluida). Porém, é só com o passar do tempo que se adquire maturidade, conhecimento dos “atalhos” da vida e a entender a si próprio e aos outros – infelizmente, ninguém vem com manual de instruções e se demora muito a aprender como funcionamos!

Há pouco tempo, uma paciente de 60 anos, advogada, queixou-se que já não tinha o mesmo pique de antes. Ao se comparar com os estagiários de 20 e poucos anos se dizia com dificuldades em acompanhar a velocidade com que eles faziam suas tarefas. Para tranquilizá-la perguntei: você acha que um de seus estagiários conseguiria fazer as suas tarefas de chefe do escritório? Imediatamente ela respondeu que não e sua angústia com a situação desapareceu. Já a atendi mais de dez vezes após essa conversa, e ela nunca mais tocou nesse assunto. Ficou, nesse exemplo, bastante clara a diferença nos tipos de inteligência que comentei anteriormente.

Outra característica que o idoso adquire e que lhe favorece profissionalmente é a prudência. Estudos mostram que, comparando com jovens, idosos apresentam menor quantidade de erros em testes que demandam determinado grau de cautela. Essa habilidade é importantíssima para muitas profissões, principalmente nas que envolvem tomadas de decisão e gerenciamento de pessoas, o que acontece nos cargos de chefia. Hoje, vem se tornando comum que pessoas aposentadas sejam convi-

dadas a retomar seus postos de trabalho ou mesmo para assumir posições de liderança.

Durante aulas e palestras, costumo apresentar uma sequência de fotos de pessoas idosas que contribuem ou contribuíram para a sociedade em diversos aspectos. São exemplos de celebridades e profissionais de diversas áreas. Não acho justo usar determinadas pessoas como modelos a serem alcançados, e não é para isso que trago esses exemplos. Faço isso para motivar todos nós a termos uma percepção correta e justa sobre a terceira idade. Afinal, precisamos de idosos ativos, confiantes em si!

O primeiro da lista não poderia deixar de ser o arquiteto Oscar Niemeyer, de 104 anos. Há dois anos, li uma surpreendente entrevista sua num jornal. Na época, aos 102 anos, mesmo com dificuldades em visão e audição, cheio de projetos, ele contratava professores particulares para irem até seu apartamento falar de assuntos que tinha curiosidade, como física quântica e cosmologia.

Seguindo a lista, apresento a foto da Dra. Zilda Arns, que faleceu enquanto trabalhava por causas humanitárias aos 75 anos, no trágico terremoto que atingiu o Haiti em 2010. Fundadora da Pastoral da Criança e da Pastoral da Pessoa Idosa, Zilda Arns ajudou mais de 2 milhões de crianças.

A lista de exemplos é vasta:

A atriz Fernanda Montenegro; o escritor José Saramago; o apresentador Jô Soares; o ator Paulo Autran; o empresário e apresentador Silvio Santos; o rei Roberto Carlos; os cantores Caetano Veloso, Chico Buarque, Jorge Ben Jor e Gilberto Gil; The Rolling Stones; a presidenta Dilma Housseff; os ex-presidentes Lula e Fernando Henrique; a ex-ministra do STF Ellen

Gracie; os atores José Meyer e Antônio Fagundes; o professor de geriatria Dr. Yukio Moriguchi (84 anos); o professor de psicologia Dr. Henrique Justo (89 anos); o professor Dr. Balduino Andreola, que me orientou no mestrado (79 anos); o Papa João Paulo II e o Papa Bento XVI; a atriz Sophia Loren; o Senador Paulo Paim; os cantores Paul McCartney e Bob Dylan; a apresentadora Ana Maria Braga; os empresários Abílio Diniz e Jorge Gerda; o poeta Mario Quintana; o rei Pelé; o colunista Paulo Sant'Anna; o Dalai Lama, Tenzin Gyatso (77 anos); os consagrados atores Morgan Freeman, Jack Nicholson, Al Pacino, Clint Eastwood e Robert De Niro; o ator Paulo José; a apresentadora Hebe Camargo; o médico cirurgião cardíaco e escritor Dr. Fernando Luchese; o médico e escritor Dr. Lair Ribeiro; o filósofo francês Luc Ferry; o megainvestidor George Soros; a poetisa Cora Carolina, que teve seu primeiro livro publicado aos 76 anos; o escritor Paulo Coelho; o escritor americano Philip Roth; os eternos Nelson Mandela, Madre Tereza de Calcutá e Gandhi; o empresário e ex-vice presidente José Alencar; a escritora Lya Luft; a empreendedora cultural Eva Sopher (88 anos), que liderou a recuperação e agora a ampliação do Theatro São Pedro, o mais importante do Rio Grande do Sul; o apresentador Cid Moreira; o educador Paulo Freire; Fauja Singh – A pessoa mais velha a completar uma maratona, aos 100 anos; Tamae Watanaabe (73 anos) – mulher mais velha a escalar os 8.848 metros do monte Everest.

Com certeza, cometi enorme injustiça ao esquecer nomes que deveriam constar nessa lista... exemplos não nos faltam! E, como disse, servem para nos ajudar a enxergar o potencial dos idosos e sua importância para a sociedade.

## A dieta mediterrânea a sua mesa

Já consideradas como o centro do universo, as terras banhadas pelo mar Mediterrâneo foram palco do desenvolvimento de grandes civilizações, impérios e muitos confrontos. A civilização ocidental, da qual fazemos parte, ali se iniciou e desenvolveu. Aquecido pelo ar quente vindo do deserto do Saara e com paisagens belíssimas de encostas, ilhas e baías de águas claras, o Mediterrâneo ofereceu a seus povos o desenvolvimento de um estilo de vida próprio, com padrões alimentares também próprios. A dieta seguida em determinados lugares da Grécia, sul da Itália e da ilha de Creta, compartilha similaridades e leva o nome do mar: é a famosa dieta mediterrânea. Variações dessa dieta existem em outras partes da Itália, Espanha e Portugal, sul da França, norte da África, partes da Turquia, além do Oriente Médio, como no Líbano.

É uma dieta caracterizada por:

- Ser rica em vegetais (frutas, verduras, legumes, frutas secas, azeitonas e castanhas);
- Ser pobre em carne vermelha e gordura animal;
- Moderado consumo de laticínios;
- Dar importância para proteína do peixe (pelo menos duas vezes por semana);
- Pães e uso de grãos não refinados;
- Pouco consumo de açúcar;
- Moderado consumo de vinho.

Além disso, a dieta mediterrânea dá importância para o consumo de alimentos frescos e apreciação ao máximo da expe-

riência alimentar – bem ao contrário do nosso conhecido fast-food.

Há algumas décadas percebeu-se os benefícios desse tipo de dieta na saúde daquelas populações. Ela relaciona-se a menos doença aterosclerótica, ou seja, infarto e acidente vascular cerebral (“derrame”); protege contra câncer, diabetes, doença de Alzheimer e osteoporose. Além de ser relacionada ao que todos queremos: uma maior longevidade.

São muitas as pesquisas mostrando os benefícios da dieta mediterrânea à saúde. O estudo chamado “Lyon Diet Heart Study” acompanhou 605 pacientes que sofreram infarto do miocárdio. Após 4 anos, os pacientes que aderiram à dieta tiveram uma redução em 55% no risco de morrer e entre 50 a 70% no risco de desenvolver novas complicações cardíacas. Quanto ao benefício cardiovascular da dieta mediterrânea, um estudo publicado no *Jornal do Colégio Americano de Cardiologia*, em 2011, que acompanhou 535 mil pessoas com a chamada síndrome metabólica, ou seja, pacientes com excesso de gordura corporal, pressão alta, alteração em níveis de colesterol e açúcar no sangue. Esse estudo mostrou que a dieta consegue diminuir a pressão arterial, os níveis de açúcar e triglicérides no sangue.

Recentemente, tenho me surpreendido positivamente com os benefícios da dieta mediterrânea para a saúde dos nossos cérebros. Um estudo feito em Nova Iorque, apontou que pessoas que seguiam a dieta, tinham até 68% menos chances de desenvolver a temida doença de Alzheimer. Pesquisando no banco de dados do Instituto Nacional de Saúde, dos EUA, encontrei 55 artigos mostrando o benefício da dieta na prevenção da doença de Alzheimer.

Quanto às explicações dos benefícios da dieta mediterrânea, podemos mencionar a pouca quantidade de gordura sa-

turada, açúcar e carne vermelha. Por ser rica em fibras, ela reduz picos de níveis de açúcar no sangue, diminuindo as chances de resistência à insulina, logo, de surgir o diabetes. Além do mais, uma grande quantidade de vegetais, fontes de antioxidantes, do uso do azeite de oliva e óleo de canola e da benéfica gordura ômega-3, um potente anti-inflamatório vindo principalmente dos peixes.

Entre as grandes vantagens da dieta mediterrânea sobre as de mais, ela não é nada radical, é bastante flexível a paladares e, o principal, ao bolso. Ela é considerada uma das grandes apostas da Medicina para frearmos essa crescente onda de sobrepeso, obesidade e todas as doenças relacionadas aos hábitos alimentares inadequados. Felizmente, você pode usufruir dessa dieta mesmo estando longe das paradisíacas praias gregas ou do sul da Itália.

Buon appetito!

## Como venceram a depressão?

Vejo uma ligação muito forte entre a Educação e a Medicina, no sentido de complementação. Fazer Medicina sem educar o paciente é uma ação incompleta e desconsidera o paciente como pessoa, como agente da sua cura.

Ao atender idosos com depressão, sentia, e ainda sinto que, acertar na medicação, ou fazer um encaminhamento para psicoterapia, não é o suficiente... nem para mim, nem para o paciente. Acertar na prescrição de um medicamento não é uma tarefa fácil, muito menos motivar qualquer pessoa a procurar um acompanhamento mais específico que, infelizmente, ainda é alvo de tanto preconceito, como a psicoterapia. Mas sempre achei que poderia haver algo mais contínuo, que empoderasse mais o paciente.

Há uns 3 anos, quando essa inquietação ganhou força, eu tinha a noção de que o suporte social, o sair de casa, ter alguma ocupação e conhecer mais sobre a doença – depressão – fariam um bem enorme àquelas pessoas a minha frente, e a milhares de outras que permaneciam em casa, sem a oportunidade de tratamento. Por coincidências da vida, que alguns dizem não serem tão fortuitas, surgiu uma oportunidade para fazer um mestrado justamente numa área com a qual sempre me identifiquei, a educação. Coincidências, digo, por ter encontrado na educação um campo que poderia acolher aquelas inquietações do consultório, e pelo fato de voltaria a estudar exatamente no mesmo prédio onde, vinte anos antes, havia sido alfabetizado. Resolvi, então, pesquisar como as práticas educativas poderiam ajudar os idosos com depressão, a vencer a doença. Outra coim-

cidência foi ter sido apresentado às ideias de Viktor Frankl, Carl Rogers e Erik Erikson, pelo professor que orientava a pesquisa e havia me motivado a fazer o mestrado. Os dois primeiros defendem uma perspectiva bastante humanista na abordagem da vida, enquanto Erikson marcou o estudo do desenvolvimento psicossocial. O objetivo principal da minha pesquisa, ao longo dos dois anos, foi saber, aprender com os próprios idosos, como haviam superado a doença. Através desse aprendizado, poderia elaborar atividades educativas, chamadas de psicoeducação, com bases sólidas. Para isso, foram escolhidos, entre cerca de 150 idosos com depressão, 10 pacientes que preencheram os critérios de seleção, e haviam encarado a doença de uma maneira positiva, encontrando-se bem, naquele momento.

Veja o que esses idosos vitoriosos responderam.

1) O que faz o(a) senhor(a) se sentir útil?

“Trabalhar, cuidar da família. Quando possível ajudar outras pessoas.”

“Sinto-me útil também quando estendo a mão para alguém seja da minha família ou não.”

2) A vida, às vezes, nos impõe circunstâncias adversas, nos obrigando a tomar posições perante elas. De qual forma o(a) senhor(a) encarou a depressão?

“A depressão é pior que ter dor. Luto para não me entregar à depressão. Faço uso de um medicamento não muito forte. A melhor maneira de espantar a depressão é sempre estar ocupada, fazendo tudo com amor (às vezes não é fácil) e ter em mente que não se faz só o que se gosta, mas o que é necessário. Também a leitura me ajudou muito.”

“Numa longa vida de noventa anos fui com coragem de-

terminação e trabalho e luta vencer as dificuldades. A esperança da vitória é alavanca poderosa e fundamental. Encarar de frente os desafios é difícil, mas não há outra saída.”

“Aquilo que não se pode mudar: aceitar. Aceitar as pessoas como elas são. Carl Rogers disse: “Posso mudar o mundo, mudando-me – não posso mudar os outros”.

“Eu procuro refletir sobre a adversidade.”

“Sou uma pessoa de muita fé, creio num Deus todo poderoso e foi desta maneira que me entreguei e pedi uma luz. Além da espiritualidade, busquei ajuda com um profissional que me acolheu com muito carinho, paciência, capaz de ouvir com interesse minhas razões por estar ali.”

3) Em sua opinião, fora o tratamento médico/psicológico, o que o(a) ajudou a superar a doença depressão?

“Um ponto importante para superar a depressão é ocupar-se e sentir-se útil, amar, ser amada, se valorizar, se realizar, às vezes em pequenas coisas, nas coisas simples. Para mim as relações entre as pessoas é de muita ajuda, pois estas relações vem se tornando cada vez mais superficiais e descartáveis.”

“Fé e trabalho. Procuro ocupar-me.”

4) Alguns pesquisadores acreditam que, para o idoso, olhar para o passado pode ser útil em momentos de dificuldades, como o de estar com depressão. O que o(a) senhor(a) acha disso?

“Acho que pode ser bom, desde que o passado não me deixe ainda mais depressiva”.

“Quanto a essa opinião, para mim, olhar para o passado foi, no início, muito doloroso, diante das mudanças gerais da minha vida, cheia de alegrias e realizações, passeios, viagens para uma vida de perdas e emoções e sentimentos. A diminui-

ção da capacidade física e mental foi horrível. Hoje olhamos para o passado e, juntos, sentimos a alegria em nossas recordações.”

“Penso, que todos os episódios que vivemos na vida, inclusive os piores e os mais duros de suportar, são sempre extraordinários e maravilhosas fontes de crescimento. Quando tememos algo, nos recusamos a enfrentar desafios, a partir para nova direção, a sair do lugar comum, da mesmice de sempre. Acredito que devemos encarar para valer as situações que a vida propõe.”

5) Na sua opinião, em quais lugares uma pessoa idosa com depressão pode buscar conhecimentos que a ajudem a superar a doença?

“Lugares onde palestras, reuniões, grupos de convivência sempre nos dão conhecimentos, trazidos por pessoas capacitadas, em suas apresentações.”

“Na minha opinião, este aconselhamento deve partir do médico, por isso seu entendimento deveria ir além da Medicina física-psíquica. É ele que conhece, mais do que ninguém, aquele que lhe pede ajuda.”

Poderia ter trazido as conclusões, a análise acadêmica da pesquisa. Mas achei tão ricas as respostas que preferi trazer alguns trechos, com as palavras dos próprios participantes, para ilustrar todo o trabalho. Marcou-me bastante o posicionamento responsável desses idosos perante suas vidas. Eles tomaram para si a responsabilidade de procurar ajuda e resolver seus problemas. Não fugiram ou se tornaram lamuriantes. Outro aspecto marcante foi que se mantiveram ocupados, principalmente ajudando o próximo. Enfim, fórmula para vencer uma situação tão delicada quanto uma depressão não há. Mas alguns caminhos foram apontados.



## SOBRE O AUTOR

Dr. Leandro Minozzo, nascido em Mato Grosso, mora em Canoas, RS. Médico formado pela FFFCMPA, Mestre em Educação pelo UNILASALLE, com ênfase na Educação para a Terceira Idade. É também especialista em Geriatria e Gerontologia pela PUCRS e pós-graduando em Nutrologia pela ABRAN-SP. Membro da Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Geriátrica. É colunista de jornal e palestrante.

### Obras:

- Um novo envelhecer: Tempo de ser feliz. Porto Alegre: WS Editor, 2012.
- Escola segura: Prevenção de acidentes e primeiros socorros. Em coautoria com Ednaides Pereira de Ávila.

Site [www.leandrominozzo.com.br](http://www.leandrominozzo.com.br)  
e-mail [leandrominozzo@gmail.com](mailto:leandrominozzo@gmail.com)

Impresso pela Evangraf (Porto Alegre – RS)  
em março de 2012