

Euler Ribeiro

viver 100 anos

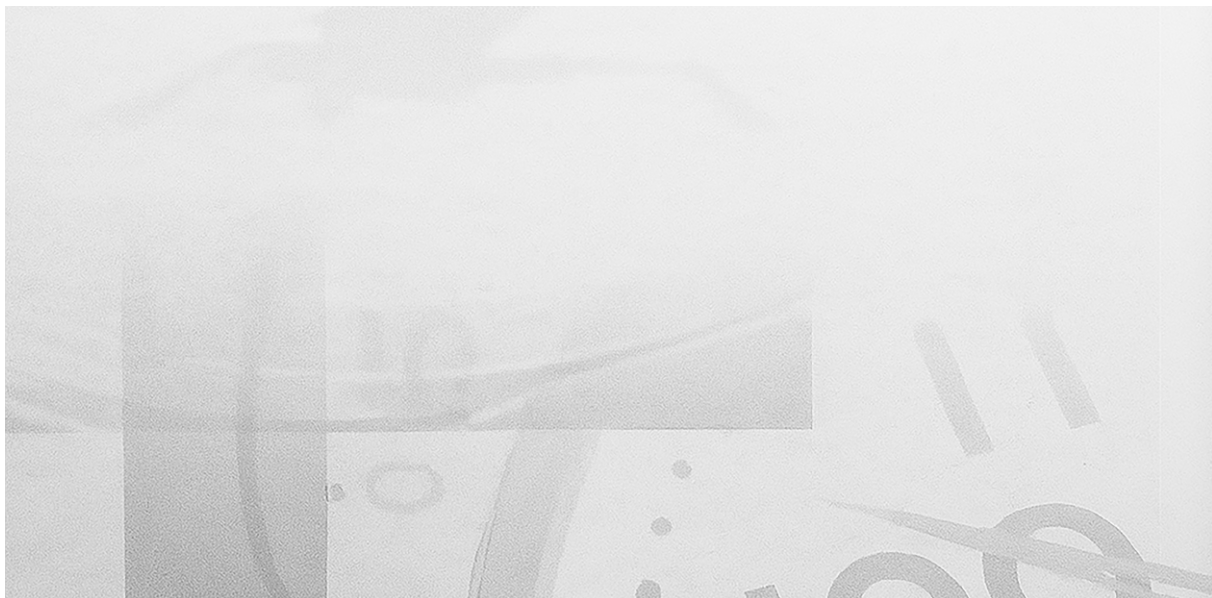
Dicas, para
envelhecer com sucesso!





VIVER 100 ANOS

DICAS PARA ENVELHECER COM SUCESSO



Euler Ribeiro, MD

VIVER 100 ANOS

DICAS PARA ENVELHECER COM SUCESSO

Copyright © 2005 Governo do Estado do Amazonas
Secretaria de Estado da Cultura

Coordenação Editorial

Antônio Auzier Ramos

Projeto Gráfico

KintawDesign

Capa

Marcicley Reggo

Revisão

Marcos Sena

Ficha Catalográfica

Ycaro Verçosa dos Santos – CRB-11 287

R484v Ribeiro, Euler.

Viver 100 Anos. / Euler Ribeiro. Manaus: Governo do Estado do
Amazonas – Secretaria de Estado da Cultura, 2005.

352 p.

1. Medicina – Geriatria 2. Medicina Social 3. Qualidade de Vida I
Título.

CDU 364.444

A juventude é uma das nossas maiores preocupações. Terá atenção especial com o fomento do esporte, espaços culturais e educacionais que possam assegurar a formação de gerações saudáveis e preparadas a vencer os desafios de um mundo globalizado e competitivo, proporcionando um futuro melhor para as nossas próximas gerações...

Eduardo Braga

*Discurso proferido pelo Governador Eduardo Braga
na sessão solene de posse em 1.º de janeiro de 2003.*

À minha querida esposa Ednéa, cuja capacidade de perdão supera quase tudo e é responsável por esta duradoura união.

Aos meus filhos, Gizella, Ana Valéria, Euler Filho e Marco Aurélio, pela grande lição de respeito, companheirismo e amor.

Aos meus netos, Giullia, João Vitor e Gabriel, que com inocência e uma dose bem grande de amor têm me ajudado a envelhecer com qualidade.

Aos meus pais, Dartinda e José, que fizeram de suas vidas um instrumento de amor ao próximo.

Sumário

PREFÁCIO	13
APRESENTAÇÃO	15
Qual o segredo para chegar ao centenário?	17
O Envelhecimento biológico	25
Envelhecer com sabedoria	33
Capítulo I – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO	35
A Busca da felicidade na Idade Maior	37
Como é que envelhecemos?	39
Considerações sobre a velhice e como envelhecer com sabedoria, segundo o grande filósofo Cícero	41
Longevidade é privilégio?	45
Ser velho é bom? Claro que sim!	49
Tem que ter sabedoria para envelhecer com qualidade	51
Viver mais e melhor é simplificar a própria vida	55
Abuso, negligência e exploração de idosos	57
Não fuja do seu médico	59
Progeria (envelhecimento precoce)	61
Capítulo II – GENERALIDADES	63
A Importância da água para os seres vivos	65
Água e sal	67
Alegria = A Vida longa	69
Atualidades	71
Beber café será um ato saudável?	73
Como parar de fumar para viver melhor	75
Conselhos para manter a jovialidade	79
Estresse	81
Idosos X Medicamentos	83
O Coração versus Aspirina	85
O que é ser velho?	87
Eutanásia	89
Ciência e fé	91
Células tronco	95

Capítulo III – ALTERAÇÕES COGNITIVAS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	97
Memória	99
O Envelhecimento como causa dos distúrbios da memória	101
Como entender a depressão	103
Idosos e seus possíveis transtornos mentais	105
Delírium	107
Demência do tipo Alzheimer	109
Demência vascular	111
Transtornos de comportamento	113
Mal de Parkinson	115
Consternação	117
Ansiedade e pânico	119
Síncope	121
Suicídio	123
Insônia	125
Capítulo IV – ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS E NUTRIÇÃO	129
Nutrição e envelhecimento	131
Ardência bucal no idoso	133
Câncer de Colo Retal	135
Constipação intestinal	137
Diarreia Aguda no idoso	139
Disfagia	141
Gastrite em idosos	145
Hemorroidas	147
Hérnia de Hiato Esofágico	149
Pancreatite e alcoolismo	151
Solucos	153
Anorexia (falta de apetite)	155
Edentulismo	157
Pirose ou Azia	159
Colesterol: O que é?	161
Reduzir Colesterol com uma dieta saudável	163
Orientações para pacientes com hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia	165
Você sabe a diferença entre Light e Diet, ou não?	171
Capítulo V – ALTERAÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO	173
Asma	175
Enfisema Pulmonar e Bronquite Crônica	177
Epistaxe	179
Derrame Pleural	181
Roncos noturnos ou Apnéia do sono	183
Tosse	185
Tosse fantasma	189
Pneumonias em idosos	193

Rinite	195
Sinusite	197
Capítulo VI – MANIFESTAÇÕES DE DOR NOS IDOSOS	199
Dor	201
Manejo da dor	203
Cefaleia ou dor de cabeça	205
Enxaqueca	207
O Idoso sente dor muscular quando se exercita?	209
Lesões por Esforço Repetitivo (LER)	211
Lombalgia ou lumbago	213
Dor abdominal no idoso	215
Capítulo VII – ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES EM IDOSOS	217
Angina do Peito – Infarto do Miocárdio	219
Cuide bem do coração que você tem	223
Flebite, Tromboflebite, Trombose	225
Trombose Venosa Profunda	227
Hipertensão ou Pressão Alta	229
Queda da Pressão Arterial em idosos	231
Síndrome do Coração Partido	233
O Álcool e o Coração	235
Claudicação intermitente em idosos	237
Capítulo VIII – ALTERAÇÕES SENSORIAIS	239
Alterações Sensoriais e o envelhecimento	241
Disfunção Auditiva no idoso	243
Disfunção do Olfato	245
Disfunção do Paladar nos idosos	247
Catarata	251
Glaucoma	253
Capítulo IX – ALTERAÇÕES DO SANGUE	255
Anemia nos idosos	257
Leucemias	259
Labirintite	261
Capítulo X – ALTERAÇÕES DA PELE	263
A Pele do idoso	265
Cobreiro ou Herpes Zoster	267
Escaras	269
Capítulo XI – ALTERAÇÕES ENDOCRINOLÓGICAS	271
A Reposição Hormonal e suas controvérsias	273
Diabetes Mellitus	275

Obesidade.....	279
Queda dos cabelos.....	281
Hipotireoidismo.....	283
O Gordo e o magro.....	285
 Capítulo XII – ALTERAÇÕES OSTEOARTICULARES E MUSCULARES.....	287
Artrite Reumatóide.....	289
Artrose.....	291
Cãibras.....	293
Cuide de seus pés com carinho.....	295
Fibromialgia.....	299
Gota.....	301
Os Mitos sobre a dieta da Gota.....	303
Os Idosos também podem correr?.....	305
Quedas e suas consequências.....	307
 Capítulo XIII – ALTERAÇÕES GENITURINÁRIAS.....	309
A Aids e os idosos.....	311
A Tecnologia a serviço do prazer.....	313
Câncer de Próstata.....	315
Disfunção sexual nos idosos.....	319
E o gozo desaparece nos idosos?.....	321
Incontinência urinária.....	323
Infecção Urinária.....	327
O Fantasma do declínio sexual.....	329
Sexo sem amor.....	331
 Capítulo XIV – PREVENÇÃO.....	333
Prevenção da saúde do idoso.....	335
Imunizações.....	339
Prevenir, prevenir e prevenir.....	341
 GLOSSÁRIO.....	343
 REFERÊNCIAS.....	349

Prefácio

Todo ser humano tem seus objetivos na vida, e não sou diferente, também os tenho. Ao longo da minha vida, fui construindo dentro dos meus sonhos novos objetivos e buscando conquistá-los. Foi assim que fiz a minha primeira especialização, em anestesiologia que eu amava muito, mas circunstâncias me fizeram abandoná-la, pois fui acometido de um infarto, dentro de uma sala de cirurgia. Não abandonando a profissão segui fazendo doenças pulmonares “pneumologia”, no que continuo até a data de hoje. Mas quando tive que estudar o envelhecimento para poder escrever a lei da “Previdência” no Congresso Nacional, enquanto “Deputado Federal”; relator que fui na primeira reforma da nossa Constituição de 1988, no ano de 1996; me encantei com esta ciência, a “Gerontologia”, e hoje faço “Geriatrics”, terminando no momento o “Doutorado nesta especialidade. Por conta disto, coloquei outro azimute a ser alcançado; escrever um livro contando um pouco da história do envelhecimento, informando e educando, como envelhecer”.

Aproveitei artigos que venho escrevendo há mais de dois anos, sempre aos domingos, no jornal Amazonas Em Tempo, bloco “Cidade” na página da Saúde, este espaço gentilmente, colocado à minha disposição pela jornalista Hermengarda Junqueira, minha amiga de muitos anos. Agora mais recentemente no novo jornal Correio Amazonense, do meu grande amigo ex-governador Amazonino Mendes, a quem também agradeço, finalmente quero

deixar aqui os meus agradecimentos ao Governo do Estado do Amazonas na pessoa do ilustre Secretário de Estado da Cultura, Dr. Robério Braga pela iniciativa de mandar editar esta obra. O adágio popular conhecido por todos diz: “Quem perpetua a espécie, planta uma árvore, pinta uma tela e escreve um livro, já fez de tudo um pouco e pode até morrer! Bem, eu já perpetuei a espécie, tenho dois belos filhos o Euler Filho, excelente médico e meu orgulho e a minha linda e inteligente Gizela, Procuradora de Qualidade, que me honram muito. Já plantei várias árvores, já pintei uma tela, o “palhaço”, e agora estou escrevendo este livro. Porém ao contrário do adágio, eu agora é que estarei pronto para viver, viver com sabedoria, viver com qualidade, viver com a alegria e na busca de ser um dia um centenário”.

Apresentação

O desenvolvimento da Medicina foi acompanhado da criação de termos técnicos e descrições de quadros clínicos, cada vez menos acessíveis aos pacientes. O médico passou a ser um verdadeiro intérprete dos sinais e sintomas do corpo, como se fosse necessário um intermediário para entendermos a nós mesmos.

Não se pretende negar a importância de um profissional capacitado para saber o que está errado em nosso corpo e eventualmente na mente; é, contudo, encorajador que as pessoas possam entender o que vai errado no organismo e desempenhar um papel mais ativo na manutenção ou na recuperação da saúde. Esse é um dos méritos de Viver 100 Anos. O autocuidado constituiu-se na melhor estratégia para os candidatos ao clube dos centenários: cuida melhor de si aquele que tem a correta informação de como e por que fazê-lo.

Conheci Euler Esteves Ribeiro como um dos melhores parlamentares na Câmara dos Deputados, representando com distinção o Estado do Amazonas. Minhas primeiras palavras foram dirigidas ao deputado, mas com a sua habitual elegância, Euler revelou que aquele era um encontro entre dois médicos. Ele, uma das maiores biografias brasileiras no campo da saúde, gentilmente se colocava ao mesmo nível de um clínico que coordenava um modesto serviço num hospital público. Desde então cresce em mim uma profunda admiração por Euler, clínico brilhante que deixou seu bem-sucedido consultório para dirigir, como Secretário de Estado, a

saúde de toda a população do Amazonas. Foi até aos mais longínquos barrancos de rio em busca dos até então esquecidos Hanseianos; recrutou médicos e enfermeiras para levá-los, Rio acima, para cidades até então sem serviço de saúde. Investiu no tratamento da água e dos dejetos; enfim, combateu com medidas corretas a mortalidade injustificável em nosso tempo.

Depois de, na Câmara dos Deputados, defender o desenvolvimento social e econômico do Amazonas, confessou-me que, para ele, diferente de muitos, a política não era profissão ou meio de vida. Sua escolha profissional havia sido feita anos antes nas salas, com janelas amplas, nos laboratórios e no contato com a gente humilde da Amazônia, na Escola de Medicina de Belém. Depois de conseguir as verbas e o reconhecimento pelo trabalho que havia feito e podendo viver em paz com seu destino, Euler dá meia-volta e retorna à escola como simples estudante de Doutorado, deixando guardadas em casa condecorações e honrarias que muitos gostariam de ostentar no dia-a-dia. Tornou-se um pesquisador de centenários a ponto de advertir o mundo que a rain forest também abriga homens, muitos dos quais com cabelos brancos, anos de sol, chuva, crenças nas lendas do rio.

Viver 100 Anos é uma coletânea de textos publicados em jornais. Confesso que também aprendi com os singelos artigos de Euler. Trata-se de leitura fácil e gratificante. O autor nos ensina não apenas a cuidar de nossa saúde, mas também a, pressupõe, compromisso com o bem-estar e com a longevidade. A leitura desta obra despertou em mim a compreensão daquele a quem chamei Deputado. Estou diante de um Homem Universal que julgava ter cumprido sua missão legislativa. Com a humildade dos generosos, decidira voltar à escola. Seria um aluno raro: tornou-se professor. Este é seu destino.

Renato Maia Guimarães

Presidente da International Association of Gerontology
Chefe do Centro de Medicina do Idoso do Hospital
Universitário de Brasília - UnB

Qual o segredo para chegar ao centenário?

O homem sempre tentou sobreviver mais e mais. Na época das cavernas, quando o homem não produzia o seu próprio alimento, tinha que caçar e colher frutos silvestres para sobreviver. Vivia se escondendo nas cavernas a se proteger das intempéries e dos predadores. Não saía à noite e só buscava alimento durante o dia, se esse fosse um dia claro sem trovoadas.

Saindo da caverna, com a inteligência que o diferenciava dos demais animais, começou a produzir o seu próprio alimento com cuidado para só plantar frutos que não fossem venenosos e somente caçava animais de pequeno e médio porte, evitando assim os ataques, os quais poderiam ser fatais, buscando sempre sobreviver mais tempo.

A população crescia, e começaram as disputas por mulheres e territórios e o homem, sempre precavido, protegia o tórax, o abdômen e a cabeça durante a luta, cuidando sempre para não sucumbir. Mas a sobrevida não era nada mais do que 20 a 30 anos. Tanto assim que mais recentemente, Jesus morrendo aos 33 anos, executado na cruz, morreu idoso para a época.

As epidemias grassavam as populações de tal maneira que as dizimavam. E eram tidas como castigo divino e outras coisas mais. Até que o homem descobriu que certas doenças eram transmitidas pela sujeira, e que se tivessem certos cuidados, como

lavar as mãos, já poderiam se proteger contra algumas mazelas e viver muito mais.

No entanto, a busca de longa vida culminou com ofertas extraordinárias de poções mágicas desde muito antes de Cristo, pois temos referências sobre isto no Papiro de Edwim Smith (1600a.C.). Depois veio o Elixir da longa vida na Idade Média. O Papa Inocêncio III (1432-1492) já preparava uma bebida que tomava e mandava espalhar que seria jovem a vida toda e, portanto, exerceria o papado para sempre. Depois, veio a famosa descoberta da Flórida, outra proposta mirabolante de vida eterna. Em 1889, Brown Sequard, um cientista inglês da Academia de Ciências de Paris, disse haver descoberto através de suas pesquisas que se um indivíduo inoculasse macerado de testículo de cachorro, o hormônio ali existente seria responsável pela manutenção da virilidade e da própria vida por muitos anos. No mês seguinte não existiam mais cães vadios nas ruas de Paris, pois todos foram sacrificados para que tivessem extraídos seus testículos. O que aconteceu de bom foi que a Raiva, a qual era endêmica em Paris, desapareceu com este controle de eliminação das fontes de infecção e transmissão da doença.

Mais recentemente surgiram outros arautos da longevidade. Serge Voronoff (1866-1951) preconizou o uso de derivados do leite, como o yogurt, afirmando que estes eram responsáveis pela grande longevidade daqueles homens que moravam no Cáucaso, região da Rússia. Mas descobriu-se mais tarde que tal notícia não passava de propaganda enganosa, visto que aquelas pessoas estavam usando certidões de idade de seus parentes que possuíam o mesmo nome para dizerem que eram centenários. E no século passado surgiram Paul Neihans e Ana Aslan, que ganharam fortunas prometendo o rejuvenescimento com aplicações de Procaína, Hormônios estrogênicos, Hormônio do crescimento e EDTA como a nova fonte da juventude, baseados na teoria do envelhecimento celular por oxidação, por reposição de hormônios quando do declínio funcional, e por eliminação de placas de ateromas das artérias, evitando assim a maior causa de mortes no século passado, que seriam as causas cardiovasculares; rejuvenescendo o homem e aumentando sua sobrevida. Ao

contrário de tal indicação de uso e resultado, pesquisadores demonstraram o engodo daquelas propostas.

Na verdade, a pesquisa científica chegou à conclusão que as vacinas preventivas, os antibióticos, o avanço tecnológico na medicina, com cirurgias especiais, transplantes, imunologia adequada, saneamento, dietas ricas em fibras e pobres em hidrato de carbono e gorduras saturadas, exercícios e hábitos de vida saudáveis represavam um número muito grande de doenças que podem acometer os idosos pela própria senescência, evitando, desta forma, a morte prematura. Com isto, houve uma queda na mortalidade e aumento na longevidade.

A velhice e a morte fazem parte da vida, ou seja, nenhum ser vivo é eterno. No ser humano, a decadência biológica, chamada cientificamente de “senescência”, é marcada pela perda e afinamento dos cabelos e dos pêlos, aparecimento de rugas e manchas na pele, perda de massa muscular e diminuição da força, perda do tônus e flexibilidade de tecido conjuntivo, diminuição da acuidade visual e auditiva e de memória, catarata, varicosamento das veias, perda de cálcio nos ossos (osteoporose), endurecimento das artérias, queda de vários tipos de hormônios, principalmente os sexuais (levando à menopausa e perda da fertilidade na mulher), só para citar algumas.

Bioquimicamente, muita coisa muda com a senescência, inclusive a atividade de enzimas e o aumento da morte celular. O DNA das células também sofre danos crescentes com a idade, principalmente em função de exposição a agentes externos e internos como radicais livres, radiações, etc.

Há 35 anos, ainda no século passado, um cientista chamado Hayflick disse que mesmo que não tenhamos nenhuma doença fatal, ainda assim morreremos. Ele havia descoberto que não somos eternos porque nossas células têm um número máximo, pré-programado geneticamente, de ciclos de reprodução. Não é a passagem do tempo por si que determina quando vamos morrer, mas sim a exaustão da capacidade reprodutiva e a conseqüente morte progressiva de bilhões de células do nosso corpo, que não são repostas nunca. Em outras palavras, a morte é programada e começa no momento da concepção. Então haveria possibilidade de intervenção para possibilitar o aumento da vida? Parece que sim!

Já conseguiram isto em animais simples, vermes e moscas, pois em idades mais avançadas a mortalidade desacelera em espécies tais como *MEDFILES* (CAREY *et al.*, 1992) e *Caenorhabditis elegans* (BROOK *et al.*, 1994).

Análises de dados de *Drosophila*, entretanto, demonstram que a estabilidade das taxas de morte pode ocorrer quando o fator de heterogeneidade é amenizado pela criação de coortes geneticamente homogêneos sob condições muito similares (VAUPET *et al.*, 1998).

Isto tudo se daria pelo fato de indivíduos mais fracos perecem em favor dos mais fortes, que continuam a sobreviver. Por causa do abandono dos indivíduos mais fracos destas populações, há destruição de certos tipos genéticos e outros atributos relativos à sobrevivência na mudança de coortes e de idades mais avançadas. Este é um processo seletivo denominado de Seleção Demográfica. O efeito desta seleção é exemplificado pelo abandono da Apo-lipoproteína na extrema idade.

Rebec e colaboradores notaram a freqüência do Alelo 4, que diminuiu notavelmente com o avanço da idade (REBECHE *et al.*, 1994). E uma das contrapartidas é que a Apo-lipoproteína Alelo 2 se torna mais freqüente com a idade avançada. Houve alguns casos de abandono do Alelo 4 prematuramente em sua pesquisa, pelo fato da relação da presença deste Alelo com morte prematura, com Doença de Alzheimer, e doenças do coração.

Investigações mais recentes demonstraram que a alta hereditariedade do estado cognitivo funcional sustenta a possibilidade que polimorfismos genéticos podem ter um papel significativo (relativo ao ambiente) na determinação da sobrevivência em idades avançadas (McCLEARN *et al.*, 1997). Os pesquisadores chegaram à conclusão neste estudo em animais simples, vermes e moscas que manipulando o genoma, encontraram genes da morte, os quais programam uma espécie de “suicídio celular”, chamado cientificamente de “apoptose”. Esta apoptose é ainda em grande parte um mistério, mas sabe-se que durante o processo de desenvolvimento do embrião ela é extremamente importante para moldar como vai ficar o organismo no nascimento, como se fosse uma verdadeira escultura. Os dedos serão no futuro o que sobrar dos excessos por morte celular.

(apoptose) dos tecidos ao seu redor. As conexões cerebrais serão formadas com 20% do peso do cérebro fetal após a morte maciça de neurônios a partir do quinto mês de gestação (SABATINI *et al.*, 2003).

Segundo este mesmo autor, a apoptose em adulto também tem muita importância. Sem ela, o câncer seria extremamente comum, pois cada vez que a célula é danificada no seu DNA, ela comete suicídio, impedindo a proliferação de células anormais. Todas as vezes que este processo falha, teremos sempre que enfrentar o “câncer”.

Seria possível então aumentar artificialmente a longevidade? Os cientistas já conseguiram isto com moscas das frutas, *Drosophila* (animais simples), inibindo os genes da morte celular (VALPEL *et al.*, 1998). Teoricamente, um dia poderemos fazer o mesmo com os seres humanos, pois já foram descobertos genes homólogos aos dos vermes e moscas em nossas células.

Mas não é tão simples assim, pois a ação de cerca de 10% dos nossos genes deve ser afetada pela senescência, e bloquear a morte programada das células, simplesmente, pode ser extremamente perigoso, levando à morte prematura por câncer ao invés de aumentar a sobrevivência.

Por outro lado, a morte celular ocorre também por um processo induzido, que não foi programado geneticamente: é a necrose celular por agressão, por substâncias químicas, irradiação, bactérias, vírus, ruptura mecânica etc.

Sob um outro ponto de vista, de acordo com Ivana da Cruz, no *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2000, p. 20-31), muitas modificações epigenéticas têm sido apontadas como principais causas do processo de envelhecimento, como é o caso da perda da região telomérica dos cromossomos, e a falha no sistema de reparo do DNA. Por este conceito, todas as células possuem o que denominamos de “relógio celular”, que é o limite replicativo da célula. Ou seja, depois de um número determinado de divisões celulares a célula não se reproduz mais e morre. No ser humano, que possui em torno de 250 tipos diferentes de células, cada uma destas tem o seu número potencial de divisões, variando de uma célula para outra pela sua linhagem, idade e genótipo. Quando há exaustão de replicação de todas estas células, o ser humano morre.

mesmo que não tenha nenhuma doença. E o marcador desta parada de replicação de cada célula é o encurtamento do telômero dos cromossomos. Se no futuro existir um mecanismo de intervenção neste encurtamento telomérico e de reparo adequado do DNA, que por sua vez está contido dentro do telômero, teremos descoberto o mecanismo de prolongar a vida nos seres humanos, sem o risco de produzirmos o câncer, como nos referimos anteriormente.

A grande conquista do século passado foi o aumento da expectativa de vida do seres humanos. No Japão, país que tem a melhor expectativa de vida, esta é em torno de 80 anos ao nascer. E no Brasil, onde por volta de 1950 era de 40 anos, a expectativa de vida quase dobrou, pois agora corresponde a 70 anos, segundo dados do IBGE de janeiro de 2004.

Está parecendo que existe um fenômeno dos Centenários, daqueles que ultrapassaram o umbral desta expectativa e completaram 100 anos. Contudo, longevos apareceram em todas as épocas. No Velho Testamento existe referência a um cidadão que teria vivido 960 anos, Matusalém, mesmo sabendo-se que o calendário daquela época não é o mesmo adotado hoje. Madame Jeanne Calmet, que morreu em 1997, viveu 122 anos, em Paris.

Outros exemplos de longevidade são Leonardo da Vinci, que viveu entre 1452 e 1519; Michelangelo, que viveu entre 1475 e 1564; e Hipócrates, que morreu aos 83 anos de idade (460-377 a.C.).

A partir do século XX, vem se acumulando a população acima de 80 anos e mais. Nos Estados Unidos existe 1 em cada 10.000 habitantes com mais de 100 anos de idade. Na França, por exemplo, existiam 200 centenários em 1953, 3.000 em 1989, e demógrafos franceses calculam que já existem 6.000 até agora (FORELE, 1997).

No Brasil, conforme dados do Censo 2000, do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), há 14.150 mulheres centenárias e 10.420 homens. Cientistas atribuem esta alta prevalência de idosos centenários a avanços médicos, que tratam prévia e efetivamente doenças letais relacionadas à idade, ou pelo menos as retardam (MAHON e VAUPEL, 1995).

Como resultado, mais e mais pessoas com características genéticas e ambientais que facilitam a sobrevivência até a idade avançada são capazes de atingir sua expectativa em potencial.

Sabendo que polimorfismos genéticos com especificidade têm poderosa influência sob a expectativa da vida, não está longe o dia que os seres humanos manipularão com tal habilidade estes conhecimentos da genética que, certamente neste século ainda, veremos esta possibilidade de se viver mais, sem doenças e, muito provavelmente, chegaremos aos 150 anos.

O Envelhecimento biológico

O mundo todo convive hoje em dia com um estoque cada vez maior de pessoas acima de 60 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu que, para fins burocráticos, nos países do primeiro mundo são considerados idosos os indivíduos acima de 65 anos. Porém, nos países em desenvolvimento, esta idade limite é de 60 anos.

Nos meados do século passado, a expectativa de vida do povo brasileiro ficava em torno de 39 anos. Em menos de 50 anos, esta expectativa dobrou e, atualmente, fica em torno de 70 anos. Esta situação é bem diferente do que acontece nos países do primeiro mundo, os quais demoraram 100 anos para dobrar esta mesma expectativa de vida. Vale ainda ressaltar que a população de idosos passou de menos de 4% da população global para um índice próximo de 10%.

O que está previsto para os próximos 20 anos é que a população de idosos no Brasil possa chegar a 14% do total. Hoje em dia, temos em média 17 milhões de pessoas acima de 60 anos e, provavelmente, em 2020 seremos mais de 25 milhões.

Este fenômeno traz uma preocupação social muito intensa porque, a cada dia, entra um menor contingente de cidadãos contribuintes no sistema previdenciário, e aumenta em progressão geométrica aquele grupo dos que vão auferir benefícios da Previdência Social.

Se não existirem contribuintes suficientes para fazer face às despesas com aqueles que têm direito a benefícios, com certeza teremos dificuldades sérias num futuro próximo com as questões das aposentadorias.

Este envelhecimento populacional se deve a vários fatores bem definidos tais como: a queda da mortalidade prematura, a queda da mortalidade infantil, avanços na medicina moderna e as melhorias sanitárias além das mudanças nas políticas públicas voltadas para a saúde.

Com estas noções da epidemiologia do envelhecimento do povo brasileiro, gostaria de chamar a atenção para um "mito": ser "velho" não é igual a ser "doente"!

O que acontece é que com o envelhecimento o homem vai perdendo as funções, e a isto denominamos de "envelhecimento biológico" ou "senescência". Chamamos a atenção mais uma vez para que este fenômeno não seja confundido com doença!

Existe uma classificação para os idosos:

- Idosos jovens - de 65 a 74 anos;
- Idosos velhos - de 75 a 84 anos; e
- Idosos muito velhos - de 85 anos e mais.

Portanto, o envelhecimento tem como definição: "Fenômeno caracterizado pela perda progressiva da reserva funcional, que torna o indivíduo mais propenso a ter doenças e aumenta as suas chances de morte".

Existem várias teorias a respeito do envelhecimento, e as principais são:

- Teorias dos radicais livres;
- Teoria do acúmulo de mutações;
- Teoria da morte celular programada;
- Teoria da falta de reparo nos defeitos do DNA;
- Teoria do encurtamento dos telômeros.

O que os cientistas têm mostrado através de pesquisas é que: as células dos seres vivos vêm com uma programação de sobrevivência. Quando se exaure a capacidade de se replicar, a célula

reconhece a sua exaustão e se suicida, o que leva o nome de "apoptose celular".

Os pesquisadores estão trabalhando exatamente em cima destes pontos, tentando fazer intervenções no processo de morte celular programada, e verificando a possibilidade de retardar o encurtamento dos telômeros do DNA, quando estes sofrem encurtamento no processo de replicagem celular. Já existem moscas das frutas (drosófilos) que vivem normalmente 16 dias, e com intervenções a este nível passam a viver 40 dias. Assim, os seres humanos também irão ter a mesma oportunidade em um futuro muito próximo, uma vez sofrendo intervenções, de viver 150 e até 200 anos.

Vamos agora mostrar as modificações gerais que o envelhecimento causa nos seres vivos. Trataremos das modificações das gorduras, massa tecidual magra, ossos, água intracelular, água extracelular e órgãos de uma maneira geral.

TABELA 1. Composição corporal conforme a idade

25 anos <===> 75 anos		
15%	gorduras	30%
17%	massa magra	12%
6%	ossos	5%
42%	água int. cel.	33%
20%	água ext. cel.	20%
25 anos <===> 75 anos		

Fonte: Goldman (1970).

COM RELAÇÃO AO DESCONTROLE DA TEMPERATURA

Hipotermia

- Diminuição da sensação de frio;
- Diminuição da resposta vaso constritora ao frio;

- Diminuição da resposta ao calafrio;
- Diminuição da termogênese.

Hipertemia

- Elevação do limiar central da temperatura;
- Diminuição da capacidade de perceber calor;
- Diminuição da sudorese;
- Diminuição da reserva cardiovascular.

MODIFICAÇÕES SISTÊMICAS

Pele

- Alterações do colágeno;
- Alterações das fibras elásticas;
- Alterações dos melanócitos.

Pêlos e Unhas

- Calvície;
- Canice;
- Buço;
- Crescimento lento;
- Formas irregulares;
- Onicogribose.

Ossos, Articulações e Músculos

- Redução do osso compacto e trabecular;
- Crânio soldado;
- Desgaste da mandíbula e maxilar;
- Anquilose costochondral;
- Diminuição dos discos vertebrais;
- Atrofia muscular.

Sistema Nervoso

- Diminuição da massa encefálica;
- Deposição de proteína BETAAMILÓIDE;
- Deposição de proteína TAU;
- Diminuição da memória para fatos recentes;
- Evocação complicada;
- Neurotransmissores diminuídos;
- Redução total do sono não-REM.

Órgãos dos Sentidos

- Presbiacusia;
- Hiperpigmentação das pálpebras;
- Ptose palpebral;
- Presbiopia;
- Receptores olfatórios diminuídos;
- Receptores gustatórios atrofiados.

Sistema Cardiovascular

- Artérias enrijecidas e tortuosas;
- Peso do coração aumentado;
- Hipertrofia ventricular;
- Pericárdio e endocárdio espessados;
- Válvulas aórticas e mitral degeneradas;
- Estenose e insuficiência valvar;
- Degeneração do sistema de condução;
- Redução da capacidade funcional;
- Aumento da pressão sistólica.

Sistema Respiratório

- Enrijecimento das cartilagens da traquéia;
- Elasticidade pulmonar diminuída;
- Dilatação alveolar e formação de cistos;
- Complacência diminuída;
- Aumento do volume residual;

- CPT não modifica;
- CV diminui;
- Relação ventilação-perfusão alterada;
- PAO₂ diminuído;
- PACO₂ normal;
- Eficácia da tosse diminuída.

Sistema Digestivo

- Perda gradual dos dentes;
- Dificuldades de mastigação;
- Nutrição prejudicada;
- Mucosa vulnerável aos agentes infecciosos;
- Glossodinia;
- Diminuição das células secretoras;
- Motilidade comprometida;
- Discinesia biliar;
- Fígado diminuído;
- Aparecimento de divertículo.

Sistema Urinário

- Diminuição do tamanho do rim;
- Diminuição do número de glomérulos;
- Alterações das frações de ejeção;
- Alterações da filtração glomerular;
- Alteração da depuração da creatinina;
- Diminuição na síntese da aldosterona;
- Aumento do hormônio antidiurético.

Sistema Endócrino

- Atrofia das glândulas: tiróide, hipófise;
- Paratireóides, supra-renais;
- Diminuição da testosterona e estrógenos;
- Aumento da produção dos hormônios FSH-LH;
- Aumento da resistência à insulina;
- Diminuição da tolerância à glicose.

Sistema Genital

- Atrofia ovariana;
- Esterilidade após a menopausa;
- Flacidez mamária;
- Vagina diminui em comprimento e largura;
- Mucosas atrofiadas e ressecadas;
- Ptose uterina;
- Diminuição do pênis;
- Aumento da bolsa escrotal;
- Atrofia testicular;
- Diminuição da libido.

Assim, com todas estas disfunções, os idosos ficam mais suscetíveis às doenças e o risco de morte se acentua.

Envelhecer com sabedoria

Os seres vivos nascem programados. Sim, programados! As células têm a capacidade de se multiplicar. É um processo de divisão celular que pode ser de repartição simples ou não. Esta capacidade é limitada, não se repete indefinidamente. Sabemos que um dia este processo chega ao final e pronto, esgotou sua capacidade.

A natureza não guarda fidelidade e deixa de ter compromisso com os seres vivos após a perpetuação da espécie. Exemplo clássico disto é o salmão, que após a luta para a desova entra em exaustão e morre.

Entre os humanos o processo é semelhante. A partir dos 30 anos, quando já deve ter sido perpetuada a espécie, a velocidade da perda de função de todos os órgãos se estabelece: a pele começa a se enrugar, a visão e a audição declinam, a massa magra diminui, a água intracelular e extracelular se modificam, as gorduras se acumulam e se distribuem em lugares inadequados, a musculatura intestinal fica mais frágil, o rim diminui sua filtração, perde-se por dia uma média de 30.000 células cerebrais, o pulmão e o coração já não são os mesmos, os ossos perdem massa e ficam frágeis, os hormônios diminuem ou desaparecem, os cabelos perdem sua coloração original e muitos caem, as articulações ficam menos flexíveis e comprometem a marcha, juntamente com alterações vasculares e neurológicas. Os seres vivos caminham, então, para a SENESCÊNCIA. Quando esta perda de funções vem

Acompanhada de várias comorbidades (hipertensão, diabetes, artrose, demência etc.) temos a SENILIDADE.

E o que podemos fazer para parar o relógio biológico? Boa pergunta! E a resposta nem sempre é muito convincente.

Acreditar em rejuvenescimento é o mesmo que acreditar em Papai Noel. Quem prometer que com este ou aquele método vai rejuvenescer alguém está enganando. O que podemos fazer é proporcionar a “jovialidade”, melhorar a aparência, promover sensação de bem-estar etc., através de um tripé:

1. Exercícios permanentes;
2. Dieta de baixa caloria;
3. Ritmo de vida saudável: não fumar, não beber, dormir adequadamente 8 horas por dia, sorrir 17 minutos por dia, não se estressar, fazer muito amor, e evitar exposição prolongada em horário inadequado, ao sol.

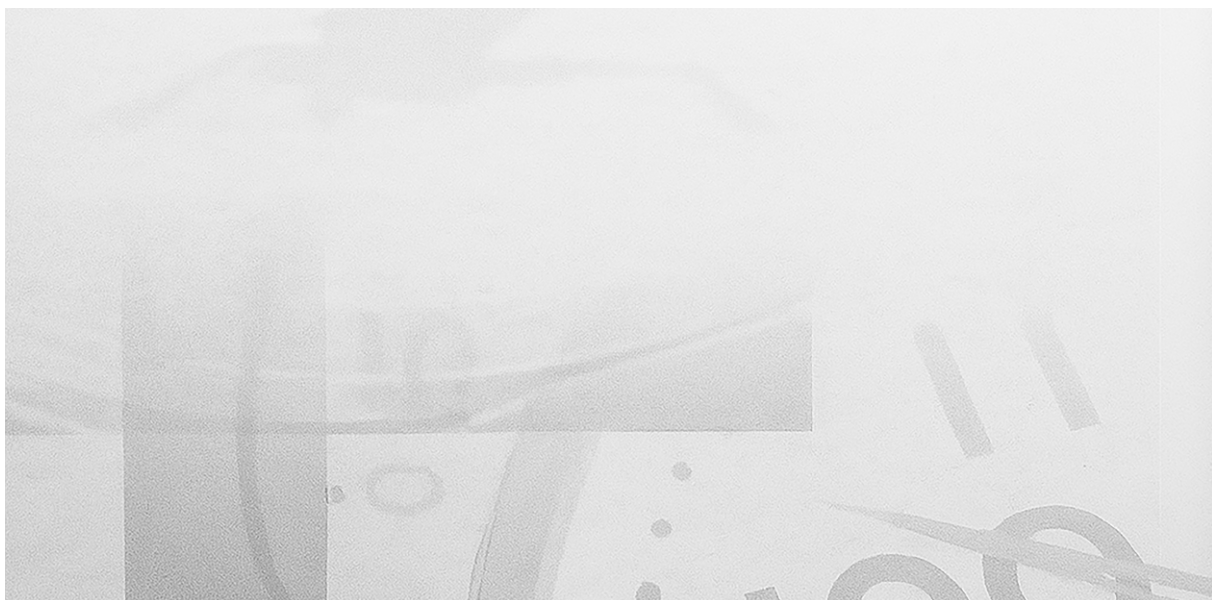
E os antioxidantes? O único antioxidante reconhecido cientificamente é o Alfatocoferol, conhecido com o nome de Vitamina E. Porém, vale ressaltar que se for tomado acima de 400 unidades diariamente pode produzir manifestações secundárias terríveis, como Acidente Vascular Cerebral (AVC), comumente conhecido por derrame cerebral.

Desta feita, para VIVER MAIS e com sabedoria, não é necessário inventar nada. Basta seguir as regras citadas acima e comemorar os 100 anos, com prazer, com lucidez, sem dores, podendo comer o que se deve, podendo ir-e-vir e, sobretudo, podendo amar.



CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO



A Busca da felicidade na idade Maior

Sendo a “felicidade” uma situação de bem-estar desenvolvida pela capacidade de controlar e dirigir sua própria vida, nos seus aspectos biopsicossociais, gera um movimento harmônico que desencadeia situações inusitadas de equilíbrio, as quais culminam em um bem-estar de esplendor, que seria a “felicidade”. Logo, todos devem buscá-la!

A vida longa proporciona uma vivência diferenciada pela experiência de bons e maus momentos, que possibilitam poder escolher dentro das diferentes maneiras de viver a vida, que já foi vivenciada. Como os sonhos acompanham toda a vida, é neste momento que você poderá realizá-los, pois na maioria das vezes, antes por vários obstáculos, você não os conseguia.

Neste momento ímpar de sua integridade e sabedoria, de repente você poderá perceber certo declínio, que muitas vezes suscitam a expectativa do fim.

A expectativa da longevidade, cada vez maior, não deverá ser unicamente para você ficar à espera da morte! Pelo contrário, isto lhe dará a oportunidade de viver a plenitude da vida com toda a intensidade. Até porque a finitude é parte inerente da própria vida!

Não é sem razão que o poeta diz: “A velhice é a consciência dos amores vividos e das dores sofridas, onde o brilho do olhar sinaliza a plenitude e a sabedoria da existência”.

Como é que envelhecemos?

Todas as vezes que falamos de envelhecimento, vem sempre a pergunta: “E como é que nós envelhecemos?”. Muitas e variadas serão as respostas, várias são as teorias, mas muito provavelmente a que faz mais sentido é aquela do “Encurtamento dos Telômeros”. E o que são Telômeros?

A explicação é simples: no núcleo das células existe uma fração fundamental denominada “DNA”, que é a fração da célula responsável pela marca genética dos seres. Por exemplo: se eu tenho pele clara e olhos azuis, muito provavelmente terei meus descendentes de pele clara e olhos azuis. Tudo isto por conta do “DNA”. Este, por sua vez, tem uma extremidade nos dois lados, como se fossem braços, os quais são os Telômeros.

As células dos seres vivos são programadas para se multiplicarem mais ou menos umas cem vezes, e assim o fazem. Estes braços, ou Telômeros, vão encurtando o seu tamanho, até que chega um momento que eles desaparecem e, portanto, teremos a célula pronta para desaparecer.

Logo, a teoria do “Encurtamento dos Telômeros” nada mais é do que a programação para o tempo médio de vida das células e, desta forma, das criaturas. O que será num futuro próximo o verdadeiro “elixir da longa vida” tão almejado por todos!

Se tivermos uma substância capaz de evitar o encurtamento dos Telômeros logo viveremos cada vez mais e melhor. Aí é só se cuidar, fazendo exercícios apropriados, comer somente o necessário, ter bons hábitos de vida para se perpetuar com qualidade, E VIVA A VIDA !!!

Considerações sobre a velhice e como envelhecer com sabedoria, segundo o grande filósofo Cícero¹

Cícero trata do tema velhice com uma sabedoria sem igual. Em primeiro lugar, ele fala daqueles que encaram esta fase da vida como um fardo, e ao mesmo tempo ele descobre que para si próprio, pois que já era um ancião, que tem sido um momento muito harmonioso e doce na sua vida. Comenta que sendo a velhice uma fase natural da vida, as criaturas deveriam, sabendo disto, recorrer a todos os recursos para desfrutar desta felicidade que se lhe oferece neste momento.

Acontece que todos deveriam saber que estas fases que passamos da vida, tais como infância, adolescência, vida adulta e, finalmente, a velhice se sucedem com os mesmos prazos, sem aumentar a velocidade de uma para outra. Logo, a velhice não nos toma de assalto ou de súbito.

¹ CÍCERO, Marcus Tullius, Saber envelhecer, seguido de "A Amizade". Coleção L&PM Pocket, Vol. 63. Trad. Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM, 2002

Como a natureza não guarda nenhum compromisso com seres vivos, a partir do momento que perpetuaram a espécie, a senescência ou perda das funções se instala de pronto por volta dos 30 ou 40 anos. Assim, não temos que culpar a velhice por estarmos menos competentes fisicamente para certas atividades.

Vemos que os velhos inteligentes, agradáveis e divertidos suportam facilmente a velhice, ao passo que a acrimônia, o temperamento triste e a rabugice são deploráveis em qualquer idade. Um homem sábio, mesmo na indignação, não se queixa da velhice. Mas, ao contrário, os imbecis consideram um fardo impossível de suportar, mesmo na fartura da opulência.

Diz Cícero que as armas para se usar na velhice são a sabedoria e a prática das virtudes, que darão com certeza frutos soberbos no término de uma existência bem vivida.

Quem se aposenta e não pratica mais nada, não continua aguçando o intelecto, não se atualiza, não se manifesta frente às injustiças, não reage a nada e nem consegue se indignar mais, são os mesmos que culpam a velhice por tudo, sem lembrar que são suas insuficiências, suas faltas graves, sua covardia e não a velhice responsável por tudo de mal que os circunda.

E o que mais reprovam na velhice são:

1. Ela nos afastaria da vida ativa;
2. Ela enfraqueceria nosso corpo;
3. Ela nos privaria dos melhores prazeres;
4. Ela nos aproximaria da morte.

Tecendo comentários sobre cada um destes itens acima citados podemos dizer que, na verdade, se a velhice não está incumbida das mesmas tarefas que a juventude, seguramente ela faz mais e melhor.

Não são nem a força, nem a agilidade física, nem a rapidez que autorizam as grandes façanhas; são qualidades como a sabedoria, a clarividência, o discernimento. Qualidades das quais a velhice não só não está privada, mas, ao contrário, pode muito especialmente se valer.

Com relação ao *débacle* da força, não devemos nos importar com isto. O que me interessa se meu músculo é mais fraco do que

o de um jovem, se sou capaz com a minha inteligência de remover um touro caído na minha frente sem usar um grama de minha força muscular?

Com relação aos prazeres da vida, Cícero se expressa da seguinte maneira: “Que maravilhosa dádiva que a idade me proporciona, pois me poupa do que a adolescência tem de pior. A volúpia corrompe o julgamento, perturba a razão, turva os olhos do espírito, se posso me exprimir assim, e nada tem a ver com a virtude”. Desta forma, ele sublimava a possibilidade de não ter mais capacidade para fazer o amor, dizendo ele que tinha outros prazeres, que superavam aquele que supostamente havia perdido. Ele podia repartir seus bens que eram tão prazerosos quanto!

Com relação à possibilidade da proximidade da morte, comentava que deveríamos era desprezá-la, porque este é um risco que dividimos com os jovens, e que morriam mais jovens do que velhos. É evidente que tem menos velhos, porque os jovens na sua maioria não têm o privilégio do envelhecimento. E podemos até desejar a morte, se é verdade que a alma após a morte se imortaliza.

Continuava indagando: “O que há de mais natural para o velho que a expectativa da morte?”. E dizia mais: “Quando a morte colhe um jovem, a natureza se revolta, pois era como se uma chama fosse apagada por um jato de água. Já na velhice a morte se assemelha a uma fogueira que se extingue lentamente”. Refletia ele que quanto mais se aproximava da terra, era como se fosse um barco que finalmente chegasse ao porto depois de uma longa travessia. E concluía dizendo que os velhos não devem nem se apegar desesperadamente nem renunciar sem razão ao pouco de vida que lhes resta. Sem essa preparação, nenhuma serenidade é possível. Cada um de nós deve morrer, com efeito hoje mesmo, talvez. Mas com a obsessão da morte que pode sobrevir a qualquer momento, como conservar o espírito calmo?

Longvidade é privilégio?

O homem sempre tentou sobreviver mais e mais! Desde a época das cavernas, quando só saía em dias claros, nunca à noite, só abatia pequenos animais, e colhia frutos nas florestas, sempre com cuidado com os predadores, para não sucumbir. Mas desde 1600 anos antes de Cristo, no Papiro de Edwim Smith já existia referência aos homens longevos.

Contudo, o próprio Cristo que foi sacrificado na cruz aos 33 anos, morreu velho para a época, pois a expectativa de vida àquela altura não era maior do que 25 anos.

No Velho Testamento temos duas referências sobre idosos muito idosos, “Matusalém”, e em Isaías 65:20, quando se refere à possibilidade do homem viver mais de 100 anos.

Mais recentemente temos Leonardo da Vinci (90 anos) Michelangelo (89 anos), e agora no século XX, em 1997 morreu a madame francesa Jeanne Calmet com 122 anos, que estabeleceu o limite contemporâneo de maior longevidade.

Mas não deixaram de surgir coisas fantásticas, tanto para o rejuvenescimento como para aumentar a longevidade. O Elixir da Longa Vida na Idade Média, a poção milagrosa do papa Inocêncio III, que dizia que seria eternamente jovem e, portanto, Papa para a vida toda, mas morreu antes dos 60 anos.

Mais recentemente Ana Aslan, médica búlgara que teve muito sucesso fazendo aplicações de embrião de pinto, procaína, reposição hormonal e outras coisas mais, mas tudo sem comprovação científica... e não teve nenhum centenário entre seus pacientes.

Depois, principalmente nos Estados Unidos, veio a febre dos antioxidantes, complexos vitamínicos em superdoses, sais como Magnésio, Selênio, Vitaminas C, E, caroteno e hormônio do crescimento, quelações (com EDTA) e etc. Tudo com resultados conflitantes, quando testados cientificamente.

O que na verdade pode prolongar a vida com qualidade, podendo levar ao centenário são: prevenir e prevenir (não correr riscos desnecessários); nutrição rica em fibras (verduras, legumes e frutas), nunca ultrapassar 1.800 calorias diárias, não comer frituras, nunca comer banha, óleo de palma, torresmo. Comer no máximo 20% de proteínas nas refeições, nunca ultrapassar de 25% de gorduras, dando preferência para as não-saturadas. Açúcares em torno de 50 a 60% da dieta, escolhendo sempre açúcares complexos, pois os simples entram imediatamente na circulação e podem ser maléficos.

E o sal, devemos comer? O sal é um dos maiores riscos alimentares. Ele pode causar hipertensão, que por sua vez leva a doenças cardiovasculares sérias. A necessidade diária de sal para um homem de 70 kg não é mais do que 2 gramas, o equivalente a uma colher de chá rasa; e somente um pão de 100 gramas já tem 6 gramas. Portanto, sal é um “veneno”.

Não deixem colocar saleiro na mesa. O sabor de sal pode ser substituído por uma combinação de vinagre, limão e páprica. Dormir no mínimo 7 horas por dia, descansar sempre 30 minutos após as refeições. Fazer no mínimo cinco refeições em pequenas quantidades por dia. Não se expor muito ao sol. Sorrir pelo menos 17 minutos por dia. Fazer muito amor. Caminhar seguidamente de segunda a segunda, no mínimo 40 minutos seguidos, sessenta passos por minuto, sempre no plano. Proteger a pele com filtro solar fator 50, diariamente, mesmo nos dias que chover. E torcer para trazer geneticamente uma lipoproteína no seu cromossomo, chamada Apo E 2, que tem relação com a longevidade.

Recentemente cientistas, depois da decifração do genoma humano, estão tentando através da engenharia genética, controlar o gene da “morte celular” – apoptose, repressando o tempo e a velocidade desta apoptose, tratando de evitar o encurtamento dos “telômeros” do DNA, evitando com isto a morte programada das células e, em consequência, a morte humana.

Quiçá possamos presenciar neste século o aumento da expectativa de vida humana para 150 anos (guardando a qualidade de vida, a autonomia e a lucidez, a capacidade produtiva, a virilidade dos homens, o encantamento e a feminilidade das mulheres).

Enquanto isto, façamos a nossa parte, não fumando, bebendo muito líquido – de preferência, água, chá, vinho tinto (uma taça no almoço e outra no jantar), evitando estresse, vivendo em ambiente familiar, tendo hábitos sadios, tendo lazer, lendo bons livros, escutando música de sua preferência e amando muito; sem esquecer de orar a Deus, permanentemente.

Com certeza, fazendo tudo isto, e com os avanços da Medicina moderna (imunização, novos métodos de diagnóstico, antibiótico-terapia, transplantes de órgãos, e agora com a construção de células tronco), partamos todos nós para viver muito e melhor!

Ser velho é bom? Claro que sim!

Quem não envelhece é porque não teve o privilégio de viver muito e morreu jovem. Logo, ser velho é muito bom!

É neste momento que o Brasil avança na longevidade, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A expectativa de vida do povo brasileiro está chegando aos 70 anos, graças às políticas públicas que fizeram com que a mortalidade infantil caísse, o processo de educação fundamental melhorasse, o saneamento tivesse outra expressão em relação há cinquenta anos atrás, a maioria das habitações têm água potável, as vacinas para crianças e idosos são aplicadas regularmente, dentre outros fatores.

A população, que há 50 anos era basicamente rural, hoje é urbana e facilita a atenção de saúde primária, secundária e terciária. Nos próximos vinte anos seremos o sexto país do mundo em população de idosos.

Recentemente, foi aprovado pelo Congresso Nacional o “Estatuto do Idoso”, estabelecendo as regras que terão que ser observadas por todos nós, o Estado e a sociedade, dando e garantindo os verdadeiros direitos daqueles que ultrapassaram o umbral dos 60 anos.

² O Estatuto do Idoso traz 118 artigos que regulamentam os direitos para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. O estatuto foi sancionado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva em outubro de 2003.

Hoje em dia, chegar aos 60 anos não é muito difícil, porém o desafio deste novo século será cuidar para que os anos a mais de vida sejam plenos de vida verdadeira: com autonomia, sem doenças, com habitação, com renda, e com o respeito merecido por todos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu, para fins burocráticos de direitos, a idade de 65 anos para que um indivíduo possa ser considerado idoso. Tal classificação vale para os países do chamado “Primeiro Mundo”, enquanto para os demais a idade equivalente é de 60 anos.

Ainda segundo a OMS, existem três classes de idosos, a saber:

- Indivíduos de 60/70 anos – Idosos/Jovens;
- Indivíduos de 70/80 anos – Idosos; e
- Indivíduos com mais de 80 anos – Idosos muito idosos.

Os direitos e deveres serão diferenciados dependendo do estágio de idade. Tanto é assim que agora, na Pec Paralela da reforma da Previdência no Congresso, existe uma cláusula liberando aqueles cidadãos com mais de 75 anos de idade do pagamento da contribuição previdenciária.

Essa contribuição nos parece desnecessária e abusiva, inclusive retirando um direito adquirido que “era” a cláusula pétrea na Constituição de 1988. Aquela “CIDADÃ”!

Concluo exortando todos de ir a buscarem o envelhecimento a qualquer custo, com o objetivo de ter uma velhice com qualidade!

³ Constituição Cidadã, na expressão de Ulisses Guimarães, presidente da Assembleia Nacional Constituinte que a produziu, deve-se ao fato de que, na sua feitura, houve ampla participação popular e, especialmente, porque ela se volta dedicadamente para a plena realização da cidadania.

Tem que ter sabedoria para envelhecer com qualidade

Segundo Renato Maia,⁴ grande geriatra contemporâneo, a velhice não goza de boa reputação por causa dos preconceitos.

Diz ele que qualquer pessoa chamada para interpretar o papel de um velho vai se colocar, de pronto, corcunda, de bengala na mão, dizendo-se mouco (o que não escuta) e fingindo não entender bem as coisas.

Contudo, o grande sucesso do século passado foi o aumento da expectativa de vida e agora o desafio será manter a qualidade desta vida. Logo, este mito de “velho” ser igual a “doente” está para desaparecer.

Então, o que se deve fazer para envelhecer com a mesma capacidade de raciocínio, memória preservada, sem perda de força muscular, podendo ter desempenho sexual adequado e etc.? É se convencer que a velhice é uma fase da vida e, diga-se de passagem, uma ótima fase, porque quem não envelhece, morreu jovem!

⁴ Renato Maia é diretor do Centro de Medicina do Idoso, em Brasília, e um dos mais importantes nomes em Geriatria no Brasil.

Sabemos que uma alimentação balanceada, exercícios, projetos, manutenção no estilo de vida tais como: não fumar, beber moderadamente, não se empanturrar de comida, quando beber, descansar após refeição e dormir nunca menos que seis horas por dia (de preferência à noite), viver alegre e sorrindo, procurar não se estressar, trabalhar o suficiente sem exageros, fazer sexo com regularidade, mas sempre com segurança, ter lazer saudável são regras básicas para um envelhecimento saudável.

Assim como, depois dos 50 anos, procurar pelo menos uma vez por ano o seu médico de preferência, fazer exames de controle com regularidade, não comer sal, não se expor muito ao sol.

Tanto é assim que não devemos achar um pecado a tentativa de manter a juventude, mas lembrando que tudo que se faz com exagero, carregado de riscos e, muitas vezes, leva ao ridículo!

Tudo o que vai acontecer nos próximos 20 ou 30 anos estamos escrevendo agora, neste instante. Ao adiar a possibilidade de mudar o nosso estilo de vida para quando tivermos mais tempo, estará se antecipando ao envelhecer, com certeza, antecipação de coisas desagradáveis da velhice.

Não existe ninguém todo-poderoso que não vai nunca ter dissabores de vida ou que vai viver eternamente.

Por isso tudo temos que ser mais dóceis, menos estressados. Não devemos esquecer que as coisas da tecnologia são muito importantes, mas existem outras coisas, às quais também devem ser cultivadas tais como: alma.

Quem vive bem, é feliz com seus amigos, sua família, seus colegas de trabalho enquanto jovem, irá permanecer assim também quando envelhecer, desde que este pavor do envelhecimento deixe de existir em seu coração.

Procure lembrar sempre que “o tempo não pára no porto, não apita na curva e não espera ninguém”, segundo o grande filósofo Cícero.

Concluo com os versos do poeta popular “Oliveira das Panelas”, citado por Maia (2004) em seu recente artigo na revista *Reviva*:

*Adimiro a Juventude
Não querer envelhecer
Velho ninguém quer morrer
Só é velho quem vive,
Bom é ser velho e viver.*

5 Oliveira das Panelas é um artista popular, violeiro-cantador, vencedor, em 1997, do 1º Campeonato Brasileiro de Poetas Repentistas.

6 Palestra proferida no Simpósio Nacional sobre o Estatuto do Idoso, em 25 de agosto de 2004. Revista *Reviva*, 2004.

Viver mais e melhor é simplificar a própria vida

Enriqueça seu dia-a-dia descomplicando a vida. Para tal, abandone a compulsão pelo consumo ilusório; pare de cobiçar o que o outro possui e não consegue controlar a sua própria vida. Logo, sugiro que abandone o consumismo e volte a ter sua vida simplificada, com a certeza que uma felicidade virá, e sobrá tempo suficiente para descobrir o que realmente fará mais feliz.

Ficar pensando do que esta felicidade buscada a todo custo está com a chave do carro novo ou com o último lançamento de alguma grife de jóia e ou de roupa é ledô engano. Tudo isto não passa de alimento para consolar as suas próprias frustrações

Deixar que o mercantilismo o obrigue q todas estas coisas é não vislumbrar que você está o tempo todo a ele subordinado e não consegue controlar a sua própria vida. Logo, sugiro que abandone o consumismo e volte a ter sua simplificada, com a certeza que sua felicidade virá.

Não estou sugerindo que vá fazer sempre suas compras em um armazém de roupas usadas e leve uma vida de recluso frade franciscano. A vida simplificada não tem nada a ver com pobreza. A pobreza tem a ver com involuntariedade e não com supérfluos. Vida simplificada é não encher todos os quartos de roupas e sapatos. Temos que lembrar que roupas bem cuidadas duram muito tempo e que estiver entulhando o seu guarda-roupa deverá ser redistribuído ou reciclado e nunca guardado para não mais utilizar.

Construa uma nova motivação, cuidando para saber realmente do que você necessita e fuja sempre de todo tipo de fantasias que são puras ilusões e complicam a própria vida de quem as alimenta. Dizia Ampère que: “a capacidade de eliminar tudo o que é supérfluo é o que de mais necessário existe”. Se seguirmos os mandamentos de um dos grandes gênios do século passado, com certeza entraremos na simplicidade voluntária, dizendo adeus aos excessos.

Vou reproduzir aqui o que Rita Mendonça, bióloga, escreveu em seu livro de cuidados do meio ambiente:

Quando sair para as compras, respeite sempre os cinco “R’s”: Antes de comprar, REFLETA se o que está comprando é necessário e indispensável. Se achar que não precisa, RECUSE. Se achar que precisa, REDUZA a quantidade. Depois do uso, REUTILIZE e, por fim, RECICLE.

Portanto, ao contrário do que pensamos, a felicidade não custa tão caro assim.

7 MENDONÇA, Rita. *Como cuidar do seu meio ambiente*. São Paulo: Bei, 2002.

Abuso, negligência e exploração de idosos

O que vem a ser abuso ou negligência para com os idosos?

Abuso físico: é o ato de infligir lesões corporais e pode se manifestar por lacerações, fraturas, traumas dos tecidos moles, queimaduras ou contusões.

Abuso sexual é qualquer forma de atividade sexual íntima sem o consentimento do idoso. Inclui atividade sexual com pessoas incapazes de um consentimento adequado, tais como aquelas com demência ou retardos mentais.

Abuso emocional ou psicológico: é o ato de infligir angústia mental, tal como intimidação por meio de gritos, insultos, ameaças ou silêncio.

Abuso ou exploração financeira: é mau uso dos fundos ou posses de uma pessoa idosa sem o seu consentimento ou conhecimento. Pode ter várias formas, tais como a retirada de pequenas quantias de dinheiro, contas bancárias, cobrança exagerada de compras de supermercado ou cuidados domésticos pelas pessoas que realizam tais serviços.

Por negligência entende-se a atitude maldosa por um cuidador de idoso das necessidades da pessoa idosa, quer seja por retaliação, desinteresse ou interesses financeiros. Os exemplos incluem a provisão inadequada de nutrição e mau uso dos medicamentos, tais como uma sedação exagerada com tranquilizantes.

Autonegligência é o desrespeito ao bem-estar e ao ambiente doméstico de uma pessoa. A causa exata não tem muita explicação, mas parece ser de origem de distúrbios de saúde mental.

Atualmente, existem leis que protegem os idosos de todos estes abusos. Basta uma denúncia ao Ministério Público que com certeza o infrator vai ser coibido de imediato por força da lei.

Aqui em Manaus funciona um serviço de SOS maus-tratos de idosos na Fundação Dr. Thomas e o (92) 3633-6118. Basta acioná-lo!

Não fuja do seu médico

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que todo cidadão acima de 60 anos deveria se consultar com o médico de sua confiança, pelo menos uma vez ao ano e tomar vacinas contra a pneumonia, contra a gripe, as que estiverem disponíveis nos postos de saúde governamentais, também uma vez por ano; devemos combater no início qualquer doença, facilitando assim a proteção à saúde.

Segundo a mesma Organização, as doenças mais comuns nos idosos são:

- Doenças Cardiovasculares (infarto, angina, insuficiência cardíaca), cujos sintomas são: falta de ar, dor no peito, inchaço, palpitações.
- Derrame (acidente vascular cerebral – AVC). Os principais sintomas são: tontura, dormência súbita, paralisia súbita.
- Câncer. Os sintomas mais comuns são: emagrecimento, dores, perda de sangue pelo ânus, escarros com expulsão de sangue.
- Pneumonia. Seus principais sintomas são: tosse, falta de ar, dor ao respirar, escarros de sangue e febre.
- Enfisema e bronquite. Têm como principais sintomas: tosse, falta de ar, muita secreção.
- Enfisema e bronquite. Têm como principais sintomas: tosse, falta de ar, muita secreção.

- Infecção urinária. Seus principais sintomas são: ardor ao urinar, vontade frequente de urinar, às vezes febre.
- Diabetes. Os principais sintomas são: muita sede e aumento do volume de urina; não existem sintomas.
- Osteoporose. Dor em consequência de fraturas que aparecem com o tempo.
- Osteoartrose. Seus principais sintomas são: dores nas juntas de sustentação (joelho, tornozelo e coluna) e nas mãos e pés.

Os fatores de risco que estão envolvidos são: sedentarismo, obesidade, fumo, alcoolismo, casos destas doenças na família, uso de muito sal na comida, dietas desregradas com muita gordura, açúcares (dietas hipercalóricas). Também exposição prolongada ao sol e dieta pobre em cálcio.

A prevenção? Não fumar, beber somente água ou vinho moderadamente, não exagerar em regularidade, fazer dieta de baixa caloria, não se expor muito ao sol, controlar permanentemente o peso, viver em ambiente saudável, não se expor a grandes diferenças de temperatura, dormir no mínimo 8 horas por dia, não comer sal e nem açúcar exageradamente.

Por tudo isto que acabamos de ler, não fujam do seu médico!

Progeria (envelhecimento precoce)

Existe uma doença genética chamada PROGERIA. Recentemente foi descoberta por cientistas franceses e norte-americanos uma mutação genética que seria a causa do envelhecimento precoce nas crianças.

De repente, uma criança que nasceu normal começa a ficar com a pele da face enrugada, a ter queda de cabelos, apresentar hipertensão, aterosclerose, diabetes, catarata, acidente vascular cerebral e ter morte prematura. Aos 15 anos de idade, apresenta aspecto de 80 anos ou mais. É um defeito causado por uma proteína que desestabiliza o núcleo celular, sede da maioria dos genes e dos cromossomos, afetando desta maneira todas as células do corpo, com exceção das cerebrais.

Segundo estes mesmos cientistas, a vida eterna estaria ao alcance de certas espécies, e a morte não seria obrigatória para todos os seres vivos na face da Terra. Em condições ambientais normalmente estáveis, um ser unicelular dará origem a uma segunda célula. Esta, por sua vez, a quatro células, estas a dezesseis e assim sucessivamente, sem que se estabeleça o envelhecimento e morte da célula-mãe.

Existem animais assexuados, como as anêmonas marinhas, que são seres multicelulares à semelhança da raça humana, que não vão necessariamente ter processo de envelhecimento e morte.

O envelhecimento seguido de morte surgiu na Terra juntamente com a reprodução sexuada. Machos e fêmeas acasalam, têm filhos, envelhecem e morrem.

Foi provado que dentre as moscas das frutas (*Drosophilas*), aquelas que reproduzem precocemente originam filhos com genes que não mutaram e, portanto, seguem o processo normal de envelhecimento e morte precoce. Entretanto, aquelas moscas que originaram filhos já bem mais velhas passaram genes resistentes a todos os fatores de risco inerentes ao envelhecimento e morte precoce.

Na espécie humana, quando um indivíduo reproduzir depois dos 60/70 anos (somente os “homens”, pois estes não perdem poder reprodutivo com o envelhecimento), geram filhos sempre muito longevos, pois se os seus pais viveram com capacidade acima da média da idade reprodutiva, sem ter tido infarto, AVC, diabetes, artrose, entre outros, com certeza irão transmitir genes com estas características e, portanto, com longevidade garantida.

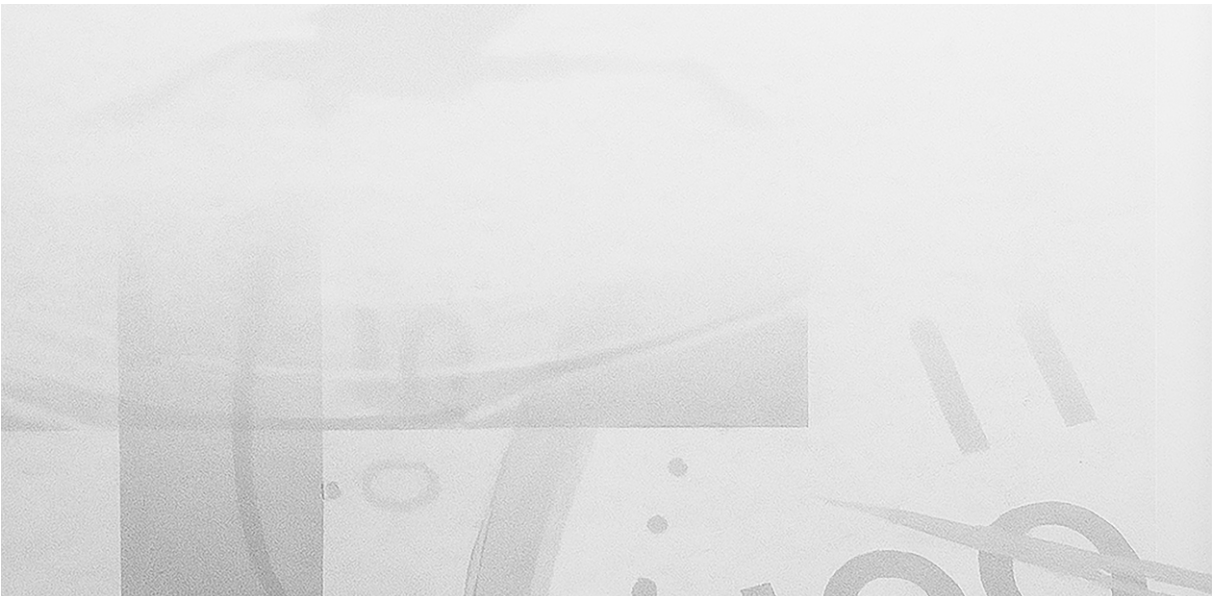
Quiçá com estas novas descobertas possamos prolongar mais e mais a vida dos seres humanos, identificando os genes do envelhecimento, tentando descobrir mecanismos de eliminá-los ou de bloqueá-los, e com isto ultrapassar ainda neste século os limites estabelecidos para a maior expectativa de vida dos seres humanos, que hoje está em torno de 122 anos.

E no futuro, quem sabe, seremos eternos? Com estas predições, se estivéssemos no passado, na época da Santa Inquisição, eu seria forte candidato a arder na fogueira. Que acham?



CAPÍTULO II

GENERALIDADES



A Importância da água para os seres vivos

A Água é um dos elementos mais importantes para os seres vivos. Cerca de 70% do volume do corpo humano é constituído por água. Um único copo d'água corta a sensação de fome durante uma noite para quase 100% das pessoas que fazem regime, segundo pesquisas feitas na Universidade de Washington.⁸

Os mesmos pesquisadores recomendam que ingerir de 8 a 10 copos de água ao dia pode aliviar as dores das pessoas poliqueixosas, que referem dores nas costas, nos joelhos, nas mãos, de variada intensidade.

Se o ser humano perder somente 2% da sua água, é capaz de desconcentrar, ter atitudes incoerentes e perder a memória recente momentaneamente, podendo inclusive ter problemas com cálculos simples de matemática, dificuldade para focalizar telas de computadores, ou ler um jornal.

Está comprovado que os bebedores de cinco ou mais copos de água por dia saem do risco de câncer de cólon em 45%, de mama em 79%, têm menor chance ainda de desenvolver câncer de bexiga e próstata.

⁸ HAYFLICK, L. *How and why we age*. New York: Ballantine, 1994.

Você já se deu conta da quantidade de líquido que vem tomando durante o dia ultimamente? Será que a quantidade que você toma está sendo suficiente? O que se preconiza para cumprir as necessidades diárias é nunca menos que 0,40 ml por Kg de peso/dia.

Por outro lado, a população mundial, substitui a água por outros líquidos. E o maior equívoco é quando toma refrigerantes à base de cola, que além da água possuem outros componentes nada favoráveis aos seres vivos.

Você sabia que os guardas rodoviários nos Estados Unidos usam o refrigerante à base de cola mais vendido no mundo para retirar o sangue no asfalto em consequência de acidentes? Que este mesmo refrigerante é muito usado para desentupir sanitários e esgotos? Se você colocar um osso dentro de um copo deste refrigerante em 24 horas o osso se dissolve? O ácido cítrico desta bebida serve para tirar manchas de vasos sanitários, para remover terminais oxidados das baterias: se você colocar uma lata desta bebida sobre a ferrugem, de imediato terá removida toda a oxidação.

O ácido fosfórico que existe nesta bebida é capaz de dissolver uma unha em 96 horas. E este mesmo ácido fosfórico é capaz de promover a maior reabsorção óssea com retirada de cálcio dos ossos e acaba em osteoporose.

Por outro lado, bebidas que contenham essas substâncias já citadas e ditas *light* formam uma bomba de efeito retardado, pois quando associadas com “aspartame” são suspeitas de causar lúpus e doenças degenerativas do sistema nervoso.⁹

Concluimos perguntando, você prefere um copo de água ou deste refrigerante?

⁹ SILVA, Renato Medeiros, Água ou Coca-Cola? Disponível na Internet em <<http://www.e-biografias.net/site/content/view/309/54/>>, 2024.

Água e sal

Beba água à vontade durante todo o dia, no mínimo um litro e meio, o equivalente a seis ou oito copos diários. A ciência comprova que a água é o melhor lubrificante para a pele e os cabelos, deixando-os mais brilhantes, lisos e viçosos, e com isto você ganha um aspecto mais jovem, pois a água em si evita as rugas.

Como é o melhor hidratante, quem usa muito a voz (cantores, professores, locutores, donas de casa e profissionais liberais), quem fala muito durante o dia, merece tomar bastante água por causa da laringe, que se não for hidratada resseca e causa disfonia (rouquidão).

Sempre tome água filtrada para evitar bactérias que podem trazer sérias consequências para a saúde. Quando estiver com muita fome, experimente tomar antes de qualquer refeição dois copos de água, e esperar uns 10 minutos, que com certeza vai diminuir a quantidade de alimentos a serem consumidos, e comer somente o necessário.

Por outro lado, a nossa necessidade de sal diária não ultrapassa 2 gramas, o equivalente ao conteúdo de uma tampa de caneta esferográfica. Mas somente um pão francês de 100 gramas tem 6 gramas de sal, três vezes mais do que necessitamos por dia. Como o sal é responsável pelo endurecimento das artérias e pela hipertensão, logo não necessitamos dele, se não quisermos adoecer.

O sal surgiu no paladar depois que o homem começou a armazenar comida; como não existia a geladeira, começou a salgar os alimentos, e assim o sal ficou fazendo parte da cultura alimentar do homem.

Os idosos sentem menos o paladar e, por este motivo, exageram no uso deste condimento, que só faz muito mal. Cuidado com os substitutos do sal que existem nas farmácias; todos eles são à base de potássio, que fazem tanto mal quanto o sódio do sal de cozinha.

Como já falei da quantidade de sal no pão, temos também em outros alimentos que nem suspeitamos, como bolos, bolachas, macarrão, biscoitos e, principalmente, nas conservas. Todas elas são ricas em sal. Cuidado com elas!

Aprenda a comer sem sal: cozinhe seus alimentos com todos os temperos, mas sem sal. No momento que for comê-los, retempere-os com limão, vinagre branco de maçã e páprica, que conseguirá o sabor do sal, sem os malefícios para saúde que este proporciona.

Não use saleiro na mesa, e fuja das comidas rápidas como hambúrguer, pastel de feira livre, queijos de coalho. Um único hambúrguer contém 890 mg de sal, você sabia disto?

Portanto, quero encerrar este artigo aconselhando a todos: tomar bastante água ao longo do dia e não comer nada de sal se for possível. E assim você viverá mais e melhor!

Alegria = A Vida longa

Está comprovado que a alegria de uma pessoa não tem nada a ver com genética e sim, com o estado psíquico de cada um. Quando estamos alegres e felizes liberamos em nosso organismo, substâncias que são mensageiros químicos cerebrais, chamados neurotransmissores,¹ são as endorfinas, serotoninas, as encefalinas, que desencadeiam uma sensação de bem-estar e prazer.

Quando estamos alegres, nossa capacidade de produzir anticorpos fica aumentada, o que fortalece a imunocompetência. Quando estamos deprimidos emocionalmente, nossa imunocompetência enfraquece, o herpes volta a aparecer, a psoríase recidiva etc.

Se estamos deprimidos e esta depressão for muito intensa e demorada, podemos até chegar ao câncer. Isto acontece quando anticorpos que ficam rastreando as células que se modificaram e que se transformarão em malignas não estão sendo produzidos em quantidade suficiente e, assim, nossa guarda está desprotegida.

10 Os neurotransmissores são pequenos de proteína que carregam informações específicas. Normalmente, eles ficam armazenados em vesículas dentro da célula neuronal e são liberados quando há o estímulo nervoso.

Da mesma forma, isto acontece porque a rede cibernética inteligente que interliga os sistemas de imunidade, sistema hormonal e sistema nervoso entre si, como se únicos fossem, estão em desarmonia. Assim, qualquer desequilíbrio em um destes repercutirá imediatamente no outro, sempre com consequências não tão favoráveis, pois os neurotransmissores são os mesmos.

Então, rir é o melhor remédio. Quando RIMOS é porque estamos ALEGRES. Neste ato todos os sistemas inter-relacionados recebem os neurotransmissores em abundância, aumentando a produção hormonal e, em consequência, fortalecendo o sistema imunitário, interagindo com o sistema nervoso, fazendo com que as nossas defesas contra doenças transmissíveis, ou degenerativas (hipertensão, diabetes, artrose, câncer, osteoporose etc.) estejam sempre prontas para nos proteger.

Gostaria de finalizar dizendo que somente o dinheiro não deixa as pessoas felizes, pois felicidade é um estado de espírito, construído por qualquer um de nós. E alegria e felicidade não se compra.

Portanto, sorriam 17 minutos ou mais por dia, pois já foi comprovado ser suficiente para liberação de todas estas substâncias a que me referi, e com isto vivam mais e melhor!

Atualidades

A grande conquista do século passado foi o aumento da expectativa de vida dos homens ao redor do mundo. E o grande desafio deste século XXI será tornar estes anos a mais de vida ganhos no século passado em vida saudável, vida com qualidade!

O Brasil, que teve um crescimento demográfico geométrico nas décadas de 60 e 70 e depois apresentou uma queda lenta e gradual na curva de crescimento total, mostra curiosamente que aquele crescimento que falamos acima era devido à base alargada da pirâmide etária com faixas de idades concentradas na juventude, de zero a 30 anos. E à medida que a população ia envelhecendo, a pirâmide se afunilava com as faixas de 50 e mais. Contudo, as faixas etárias compreendidas entre 70 e 80 anos, nos dias de hoje, são as que mais acumulam e crescem.

Por este motivo, atualmente mudou o quadro demográfico brasileiro: o que era antes uma pirâmide, hoje tem aspecto colunar. Com isto, a expectativa do Brasil para os próximos 25 anos, com relação a dados prospectivos demográficos, é de estar incluído entre os seis países de maior concentração de idosos no mundo.

Por outro lado, entre todos os países de grandes concentrações de idosos, como França, Inglaterra, Espanha, EUA, Japão e outros de primeiro mundo, o Brasil foi o único que praticamente dobrou a população acima de 60 anos em meio século, enquanto nos países já citados levou-se mais de um século para que este fenômeno acontecesse.

Uma coisa curiosa ao redor do mundo, com esta expectativa de vida aumentada, é o número crescente de “centenários” (pessoas que vivem acima de 95 anos, são assim consideradas). O Japão, nação que tem a maior expectativa de vida ao nascer, ultrapassando os 80 anos, guarda um estoque muito grande destes “centenários”.

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) já registrou mais de 50.000 centenários, dos quais 31.000 são mulheres. Portanto, para cada 50.000 brasileiros já se acumula um centenário.

Se a expectativa da vida aumentou, foi graças às mudanças da Organização Mundial de Saúde (OMS), que privilegia a prevenção. Vacinas, cuidados com a dieta, melhoria no sistema de atenção de saúde, investimentos no saneamento, novos métodos cirúrgicos (transplantes, cirurgias de coração), imunoterapia, radioterapia, exercícios programados, foram com certeza também os responsáveis por este fenômeno.

Agora o homem quer mais! Pesquisas recentes, no ano 2000, cientistas no Japão conseguiram, através de engenharia genética, modificar o DNA de animais simples, como vermes e moscas de frutas (*Drosófilas*), alterando os braços do DNA (Telômeros), evitando seu encurtamento todas as vezes que a célula se replica, aumentando a expectativa de vida destas moscas, de 16 dias para 40 dias.

Logo, sabemos que em um futuro muito próximo, ainda neste século XXI, teremos humanos vivendo 150 a 200 anos, com qualidade de vida. E viva a vida!

Beber café será um ato saudável?

Agora temos uma excelente e confortadora notícia a respeito do ato de tomar café várias vezes ao dia. Pesquisadores da PUC, de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade de Coimbra – Portugal, descobriram a vantagem de uma substância que existe em grande quantidade no café, guaraná, chá, chocolate, chimarrão e refrigerantes à base de cola. É uma xantina cujo nome é cafeína. Esta substância tem capacidade protetora contra a Demência de Alzheimer, nas pessoas que fazem uso normalmente destas bebidas.

Recentemente foi publicado no periódico *British Journal of Pharmacology* este estudo destacando o efeito da cafeína como protetor dos neurônios (células do cérebro) expostos à proteína BETA AMILÓIDE, que ao se depositar no cérebro dos indivíduos lesa regiões responsáveis pela memória e aprendizado. Isto se dá pelo fato de a cafeína exercer um bloqueio sobre outra substância denominada “adenosina”.

Esta última é encontrada no cérebro em áreas bem distintas, inclusive nos neurônios que se degeneram na Doença de Alzheimer e aumentam com a idade avançada. Esta adenosina é muito importante no cérebro porque é uma substância encarregada de neurotransmissão, ajudando a manter o equilíbrio de toda energia do cérebro, inclusive a elétrica.

A pesquisa está baseada na injeção de quantidades de cafeína equivalentes à ingestão de duas xícaras de café/dia em animais de laboratório e, em seguida, uma outra quantidade daquela proteína BETA AMILÓIDE, responsável pela degeneração dos neurônios que levam à doença nos humanos.

Foi observado durante muito tempo, proporcional à sobrevida de um animal (camundongo), que não existia nenhum déficit de memória dos mesmos. E como nos humanos já foi pesquisado e comprovado que aqueles que têm Doença de Alzheimer são indivíduos que tomaram menos de 60% de cafeína, correspondendo à maioria da população sem a doença; logo esta correlação foi estabelecida como favorável neste sentido.

Já está sendo estudada a possibilidade de se tratar, em um futuro próximo, os doentes de Doença de Alzheimer com cafeína, por esta ser uma substância bastante conhecida e investigada, além de ser de baixo custo!

Também tem sido usada em prática médica, emergencialmente, para excitar padrões de depressão respiratória, e até para determinadas dores de cabeça.

Concluimos dizendo que teremos que ter cautela, mas a notícia é auspiciosa!

Como parar de fumar para viver melhor

Quem fuma morre, mas que não fuma morre também. Só que morre com muito sofrimento!

O tabagismo é uma doença. Doença sempre adquirida na imaturidade, na juventude. Contudo, esta doença se manifesta quase sempre na velhice. É uma doença que está entre as de maior repercussão na saúde pública.

Cerca de 30% da população mundial fuma, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, pelo menos um milhão e meio de pessoas fumam acima dos 65 anos de idade e somente 6% das pessoas conseguem deixar de fumar.

Cerca de metade dos fumantes morrerão em consequência de doenças tabaco-dependentes.

Riscos do tabagismo à saúde dos idosos

- Infarto do miocárdio;
- Câncer de pulmão;
- Câncer de boca;
- Câncer de bexiga;
- Câncer de garganta e outros;
- Bronquite crônica;

- Enfisema pulmonar;
- Derrame cerebral e outros problemas circulatórios;
- Osteoporose;
- Impotência sexual;
- Queimaduras;
- Retardo da cicatrização;
- Envelhecimento precoce da pele;
- Mau cheiro da boca;
- Manchas amareladas no bigode e nos dedos.

Benefícios para os idosos que deixam de fumar

- Há redução de morte por todas as causas daqueles que pararam de fumar;
- Cai em mais de 50% o número dos eventos cardiovasculares;
- O risco de morte por câncer tabaco relacionado reduz 30%;
- Redução da prevalência dos sintomas respiratórios que promovem inatividade;
- Número de horas ausentes do trabalho é reduzido drasticamente;
- Há melhora da circulação geral beneficiando assim o cérebro;
- O indivíduo fica mais ativo;
- A memória melhora.

Logo, há uma melhora considerável na qualidade de vida em relação aos fumantes da mesma idade.

O indivíduo estará livre de um vício e servirá de exemplo às crianças de sua família. Poupará bastante tempo e dinheiro.

Para finalizar deixamos algumas sugestões que podem ser úteis para quem se convenceu que é melhor parar de fumar:

- Procure auxílio médico;
- Siga rigorosamente o aconselhamento de seu médico de confiança;
- Marque a data para parar de fumar;

- Avise seus familiares e amigos, pedindo apoio;
- No dia marcado de parar, efetivamente PARE de fumar;
- Elimine cinzeiros de sua casa e escritório de trabalho;
- Desodorize o seu ambiente do cheiro de cigarro;
- Não permita mais entrar cigarro em sua casa;
- Recuse a oferta de cigarros por “amigos”;
- Evite situações que se associavam com o cigarro, como o cafezinho a toda hora, por exemplo.

Lembre-se: mesmo só um cigarro depois de parar de fumar lhe fará muito mal. Você estará se expondo a um risco muito grande de recair, e sentir-se-á muito culpado por não ter tido força para vencer o apelo do vício.

Conselhos para manter a Jovialidade

Buscar a felicidade é um dever de todo ser humano, e vejo como o único objetivo da vida. O estilo de vida, a filosofia de vida, a maneira de viver são os mecanismos psicossociais envolvidos no prolongamento da nossa vida.

O conhecimento científico nos informa que o processo de arteriosclerose começa precocemente na infância. Por este motivo temos que planejar o nosso futuro, correndo atrás do prolongamento da vida, levando uma vida com moderação, comendo corretamente, fazendo exercícios, não fumando, bebendo moderadamente, sem esquecer da parte espiritual. E isto tudo deverá ser buscado precocemente, desde muito cedo.

Saúde, qualidade de vida e felicidade significam a mesma coisa! Levamos anos construindo nosso infarto ou um futuro câncer. Seja sempre ambicioso em qualquer idade, queira e busque sempre viver muito e com qualidade!

Não importa que idade você tenha, nunca é tarde para você iniciar esta busca de viver mais e melhor. Comece hoje mesmo!

Segundo Fernando Lucchese, existem 13 regras para se viver muito:

11 LUCCHESE, Fernando, *Pílulas para Prolongar a Vida*. Coleção L&PM. Porto Alegre: Pocket/ Saúde Ed., 2001.

1. Aceite-se como você é;
2. Acerque-se de seus familiares e amigos;
3. Mantenha-se ativo e útil. Não se aposente;
4. Não entre em disputa ou competição;
5. Seja flexível. Aceite mudanças ao natural, sem ser forçado;
6. Aprenda a viver gastando pouco;
7. Mantenha seu cérebro em atividade. Exercite-o;
8. Não cultive o passado. Dedique-se a planejar o futuro;
9. Não corra riscos desnecessários;
10. Caminhe e alongue-se;
11. Mantenha-se magro(a);
12. Cultive sua ESPIRITUALIDADE;
13. Mas, principalmente, queira e dedique-se a viver muito.

Resolvi dividir com todos estes preceitos, que com absoluta certeza, se forem absorvidos e processados, ganharão vida longa com qualidade. VIVA a VIDA!

Estresse

Estresse é uma palavra derivada do latim, que significa "pressão" ou "esforço" exercido pela própria pessoa, seu organismo e mente.

Ele é definido como a resposta fisiológica ou emocional a um estímulo externo que origina ansiedade e tensão.

As causas do estresse são inúmeras e podem ser de origem interna e externa, como pressão para o sucesso profissional, conflito com os filhos, atrito com pessoas próximas (marido e mulher), separações, doenças, conflitos de interesse, preocupações com familiares doentes, desemprego, perda de pessoas próximas, preocupações financeiras, falta de autoconfiança etc.

As situações que causam estresse para um indivíduo não representam, necessariamente, um problema para outras pessoas.

Aqui seguem algumas sugestões para lidar com o estresse:

1. Discuta seus problemas com outras pessoas. Converse com alguém que você confia (amigo, médico, pai, mãe, parceiro/a). Frequentemente, quando falamos a respeito do problema percebemos novas alternativas para lidar com ele;
2. Afaste-se da causa do estresse. Vá a um cinema, leia um bom livro, saia para um passeio de carro ou a pé. Assim que estiver mais controlado emocionalmente, volte a lidar com o problema. Fuja da tensão só por alguns momentos;

3. Libere sua raiva. Faça algo construtivo que requeira energia física — arrume a garagem, trabalhe no jardim, limpe a casa, jogue tênis, caminhe, corra. O exercício é um relaxante natural que alivia o estresse. As endorfinas (substâncias que relaxam e dão prazer) produzidas durante o exercício funcionam como um sedativo natural;
4. Reconheça quando comete erros;
5. Ajude outras pessoas. Se você está continuamente se preocupando consigo mesmo, tente fazer algo pelos outros;
6. Lide com uma tarefa de cada vez, seja paciente;
7. Estabeleça expectativas razoáveis. Ninguém é perfeito o tempo todo. Escolha as tarefas que darão maior satisfação pessoal e profissional. O que você não sabe fazer bem, peça para outros com talento executarem a tarefa;
8. Não critique outras pessoas. As pessoas que se dizem decepcionadas pelo comportamento de outros, em geral estão decepcionadas consigo mesmas. Em vez de criticar o comportamento dos outros procure as características positivas daquelas pessoas e ajude-as a desenvolvê-las.

Fazendo tudo desta forma, com certeza você se livrará do mal do século que é o Estresse e, em consequência, a Depressão!

Idosos x Medicamentos

Temos de estar sempre em alerta!

O consumo de medicamentos *per capita* entre idosos é muito maior que no seio da população mais jovem; seja pela presença de mais doenças, ou até mesmo pelo descuido muitas vezes do profissional assistente, o qual pode não atentar para os medicamentos que o idoso já está fazendo uso. Desta forma, não consegue instituir um esquema de tratamento mais adequado, fazendo com que venham a ocorrer duas situações perigosas: a polifarmácia e a iatrogenia.

A polifarmácia é quando se usa pelo menos uma droga a mais, e desnecessária, numa prescrição de vários medicamentos estritamente indispensáveis. A iatrogenia configura efeito patogênico (capacidade de fazer adoecer) de uma droga, ou quando uma droga faz interação com outra, produzindo inadvertidamente uma doença. Infelizmente, isto está se tornando um problema sério de saúde pública geriátrica.

Um recente estudo feito nos Estados Unidos demonstrou que 7% de idosos vivendo em casas especializadas têm receituário inadequado. Extrapolando para o Brasil, onde as regras são menos rígidas, imaginem que perigo vivenciamos!

O problema torna-se mais grave quando se percebe que a assistência aos idosos acontece de maneira desintegrada, entre as várias especialidades médicas afins, sem atentar para uma visão globalizada, que leve em consideração a melhoria da capacidade funcional dos mesmos. É quando se faz necessário que entre em atuação uma equipe multiprofissional.

A maior consequência dessa assistência de maneira desintegrada e exercida por múltiplos especialistas é a chamada “cascata iatrogênica”.

Como isto ocorre? A partir de um diagnóstico qualquer, é instituído um tratamento com determinada medicação, a qual gera efeitos colaterais. Em vez de suspender a droga ou modificar a posologia (maneira de administrar), prescreve-se outro medicamento para tratar o efeito colateral do primeiro. Este novo medicamento também pode gerar outro efeito colateral e assim por diante, virando uma cascata que muitas vezes pode ser letal.

Portanto, para que isto não aconteça temos de estar alerta! O idoso, sempre que for ao médico, deve estar acompanhado de alguém que conheça quais medicamentos estão sendo administrados e, de preferência, levar as caixas dos referidos medicamentos em uso para que o médico que o esteja acompanhando possa, enfim, administrá-los corretamente.

O coração versus Aspirina

Aspirina é um remédio usado desde os tempos antigos. É um sal derivado de duas plantas: no Brasil, do sabugueiro (*Sambucus nigra*) e no exterior da planta *Salix Alba*. Ambas dão como extrato um salicilato de sódio.

Esta substância, inicialmente usada como analgésica e antitérmica, tem propriedade diaforética, “faz suar”. Antigamente, as pessoas ofereciam o chá destas plantas quando havia suspeita de doenças que tinham manifestação na pele, como o sarampo. Após a sudorese, aparecia a doença.

Uma empresa farmacêutica alemã sintetizou esta substância em laboratório, no século passado. É o ácido acetil salicílico, até hoje a droga mais vendida no mundo.

Subitamente, devido a seus vários mecanismos de ação, sendo a maioria benéfica, todo o mundo passou a usá-la indiscriminadamente.

Por que devemos usar Aspirina?

1. Aspirina ajuda a prevenir ataques cardíacos e derrames cerebrais;
2. É um medicamento eficaz e de baixo custo;

3. Interfere na produção das plaquetas, evitando trombos (coágulos), reduzindo riscos cardiovasculares e cerebrais.

Por que não devemos usar Aspirina?

1. Os acidentes hemorrágicos cerebrais se tornam mais freqüentes quando se usa Aspirina;
2. Em pessoas que não tenham doença cardiovascular, não previne nem infarto e nem derrame;
3. Por prevenir a formação de coágulos, pode causar hemorragias de leves a severas;
4. Nenhum medicamento está isento de risco.

Os efeitos colaterais mais freqüentes da Aspirina são: irritação do estômago e do intestino e formação de úlceras; zumbido no ouvido; asma; alergia de pele.

Como decidir se devemos ou não tomar aspirina?

Pessoas sem problema cardiovascular não se favorecem do seu uso. Logo, jovens e sem doenças cardíacas e vasculares não devem fazer uso preventivo, pois ela não traz benefícios.

Conclusão: não existe medicamento milagroso. Parece que a Aspirina é aquele que mais se aproxima disto. Os benefícios da Aspirina, para quem realmente precisa, são evidentes, a custo reduzido. O índice de complicações é baixo, mas quando estas surgem podem ser fatais.

Não deixe de consultar seu médico antes de usá-la.

O que é ser velho?

A grande polêmica se estabelece quando, na cronologia da idade, se ultrapassam certos patamares. Prestando atenção naqueles que ultrapassaram os 60 anos, verificamos que existe uma grande diferença na velhice da idade e na velhice do comportamento, ou melhor, na velhice do espírito.

Temos muitos jovens, que só de olhar já ficamos convencidos de que são irremediavelmente velhos. E temos também muitos velhos com toda a energia de garotos, mas com um diferencial: a experiência e a sabedoria, as quais só os anos vividos podem acrescentar.

Agora vem a pergunta: O QUE É SER VELHO? Alguém com toda lucidez pode responder? É ter dificuldade de entendimento das coisas simples, é ter dificuldade para a locomoção, em ser dono de seus horários e de suas vontades? Mas se analisarmos os recém-nascidos, perceberemos que são criaturas nas mesmas condições. Ou não são?

Envelhecimento, ah... Envelhecimento é perder as suas funções. Será que é perder também a capacidade de se apaixonar? Não, porque para se apaixonar não entra em questão a idade cronológica, nem tempo, nem regra. Basta manter a leveza da alma, não ter preconceito, não se importar com as coisas materiais, ser sonhador e tentar ser feliz, independente da sua idade.

Quem já tem o amanhecer, o pôr-do-sol, o canto dos pássaros, o sorriso dos parentes e dos amigos não tem que se preocupar com a idade; tem que viver o presente com toda a intensidade, porque PRESENTE, o próprio nome já diz, é dádiva de Deus. O PASSADO foi ontem e não volta mais, e o FUTURO... Ah... O FUTURO... é imprevisível.

Logo, vamos correndo agradecer a Deus, que nos escolheu para viver muito e esqueçamos isto de ser velho. É só lembrar que todo o dia é um novo dia, e com ele surgem novas forças e muita determinação. Com todas estas dádivas, o resto... Ah, o resto... seremos capazes de construir.

Queria, para concluir, lembrar o seguinte: que as confidências corrompem as amizades; o estreito contato consome as amizades; o respeito ajuda a conservar as amizades. E ser velho é usar sua experiência e não cometer equívocos. Sejam felizes por isto!

Eutanásia

Quem concorda com a deliberada decisão de permitir a morte daqueles que estão em extremo sofrimento, e sem possibilidades de retorno para a vida normal?

Culturalmente não estamos preparados para a finitude. Principalmente dos entes queridos. Mas, muitas vezes somos instados por estes mesmos entes, que não desejando mais sofrimento, nos solicitam que nós os ajudemos a partir o mais rápido possível para cessar aquela situação sem retorno. Contudo, nem a Justiça e nem a Igreja permitem, não é mesmo?

Acabamos de assistir à morte do Papa Santo. Ele, deliberadamente, desejando não sofrer mais, não permitiu sua reinternação no hospital, não se alimentando, porque o Parkinson não permitia; recusou-se a usar a sonda nasogástrica para alimentação e muito provavelmente parou de tomar medicamentos. Isto pelo que sabemos através das notícias dos periódicos do mundo todo. Tendo sido respeitada a sua vontade, partiu deixando para trás aquele atroz sofrimento.

EUTANÁSIA CONSENTIDA? Nós cristãos, não aceitamos isto, porque nos foi ensinado que somente Deus tem o poder sobre a vida e sobre a morte.

Recentemente, o Congresso Francês aprovou uma lei, permitindo que os pacientes terminais desejosos de partir tenham sua vontade assim respeitada. Enquanto isso, o Ministério da Saúde do Brasil já permite que sejam transferidos para os apartamentos e/ou residências, pacientes internados nas UTIs, aqueles que tenham a atividade elétrica do cérebro anulada, e que tenha sido atestado por dois neurologistas competentes, confirmando que naquele caso existia morte cerebral, deixando assim espaços nas UTIs para quem tem possibilidades de recuperação. Nestes casos o paciente já está morto, mas com seus tecidos vivos, pois o coração – que é responsável pelo bombeamento do sangue para todos os tecidos – está funcionando. Por outro lado, os fetos anencéfalos, isto é, sem córtex cerebral e, por conseguinte, sem atividade elétrica do cérebro, são também mortos com tecidos vivos. E nem assim é permitido o aborto destes fetos. Nestes casos só esperamos o nascimento para sepultá-los.

Um destes dias eu assistia na TV uma gestante portadora de um feto anencéfalo, a quem a justiça não permitiu o aborto. E ela dizia muito decepcionada que toda gestante tem a expectativa de fazer as roupinhas do seu futuro bebê; no caso dela, tinha certeza que a primeira roupinha do seu bebê, seria o caixão. Reflitam sobre isto. Não é cruel?

Por outro lado, há as situações em que pacientes com morte cerebral deixam documentos ou a própria família permite a doação de seus órgãos. Nestes casos é permitida a retirada dos mesmos para transplantes dos tecidos vivos, mesmo que o coração esteja funcionando. Fica aqui uma posição dúbia, dois pesos e duas medidas para casos semelhantes.

Isto é uma polêmica que não vai se encerrar tão cedo, mas quero deixar aqui estes conceitos e preconceitos para uma profunda reflexão.

Particularmente, acredito que o poder sobre a vida e a morte só pertence a Deus. Contudo, fica a pergunta: quem tem atividade elétrica do cérebro comprovadamente nula (morte cerebral), mesmo com o coração funcionando, está VIVO OU MORTO? A decisão é sua!

Ciência e fé

Até o século XIX, a cura era sempre feita pelos bruxos, acurandeiros e pajés, até que um neurofisiologista conhecido chamado Sigmund Freud descobriu uma nova ciência, a qual denominou Psiconeuroimunologia.

Ele dizia que as doenças não eram simplesmente disfunções dos órgãos e que corrigindo estas disfunções estaria o problema resolvido. Por exemplo: a úlcera de estômago seria o resultado da disfunção na produção do ácido clorídrico, que por sua vez em grande quantidade iria atacar o revestimento do estômago e fazer uma úlcera.

Para ele teria uma coisa a mais a ser cuidada, que eram as emoções, que inebriam a mente, e se não fossem também controladas, nunca teríamos cura daquela úlcera. Com isto, Freud dava origem à Psicanálise e citava como exemplo deste envolvimento “corpo e mente” o caso de uma menina, sua paciente, que não falava e nem andava. Então, ele descobriu uma causa psicológica que havia chocado de tal forma a sua paciente levando-a a reagir não falando e não andando mais. Uma vez removida esta causa, a menina voltou a andar e falar.

A partir deste momento, Freud passou a estudar o papel das emoções na vida humana. Descobriu que vários hormônios são liberados nas emoções e que dependendo da predominância de um ou de outro teríamos este ou aquele comportamento dos indivíduos. Veremos a seguir como ele descreve as emoções, seus efeitos e o comportamento humano, em função da liberação destes hormônios.

Na Depressão ocorre uma queda acentuada dos hormônios estimulantes. Neste caso, no sítio cerebral chamado de hipotálamo, decresce a produção do fator produtor de corticóide e de Hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e aumentam a produção de Cortizol que é, por sua vez, inibidor dos fatores de proteção do organismo, tais como das células responsáveis pela limpeza do organismo das bactérias e vírus que são os macrófagos (células brancas do sangue), deixando o organismo, assim, desguarnecido e aberto às infecções. Por outro lado, baixa a produção de Serotonina e aumenta a reabsorção da Noradrenalina, causando mudança de humor. As pessoas ficam tristes, choram, não se alimentam, não querem fazer sua própria higiene e muitas vezes até se suicidam.

Na Ansiedade provoca uma excitação do sistema cardiovascular, aumentando em muito a possibilidade de doenças tais como arritmias, taquicardia, hipertensão, infartos do miocárdio, derrames, tudo isto em consequência da liberação em grande quantidade na corrente sanguínea de Adrenalina e Noradrenalina, que são hormônios excitantes.

Na Raiva estes mesmos hormônios excitantes são responsáveis pela perda da razão com consequências sempre desastrosas.

No Medo, quando internalizado, mobiliza o cortizol. Já o medo projetado para fora se transforma em agressão pela liberação de adrenalina e noradrenalina.

Na Paixão, que é a mais “gostosa” das emoções, cujo fenômeno de tão complexo acaba por desorganizar todo o corpo e a mente, gera uma irresponsabilidade esplendorosa, e pode gerar dor no estômago, momentos de alegria e tristeza, com excitação e depressão simultâneas.

No Estresse, que faz parte do dia-a-dia dos indivíduos, é sempre por conta dos hormônios excitantes, desde que não seja prolongado. Podemos até controlá-los e reduzi-los.

Com todos estes conhecimentos, Freud chega à conclusão que corpo e mente podem se unir na cura. Para lidar com isto, claro tem que ter conhecimento de todos estes mecanismos, reconhecendo que somente através da ciência psicossomática podemos realmente UNIR CIÊNCIA E FÉ, CONTROLAR AS DOENÇAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS.

Celulas tronco

O que vem a ser uma “célula tronco”? Estas são células especiais, que têm a capacidade de se diferenciar e constituir diferentes tecidos no organismo.

Elas são únicas, porque a maioria das células só pode fazer parte de um determinado tecido ou órgão. Por exemplo, células da pele só podem fazer parte da própria pele.

Uma outra propriedade única destas células tronco é que elas são capazes de se auto-replicarem, ou seja, são verdadeiras “fotocópias”, pois reproduzem cópias exatas das primeiras.

Com estas duas características que somente elas têm, se tornaram nos dias de hoje o maior foco dos investimentos em pesquisas científicas ao redor do mundo.

O futuro nos aponta para verdadeiros milagres da ciência biológica a partir das novas descobertas. Quem sabe, em um futuro próximo, ainda neste século XXI, poderemos nos antecipar às doenças degenerativas, como câncer, diabetes, Doença de Alzheimer, Parkinson e tantas outras?

A esperança é que superaremos todos os obstáculos científicos, éticos, religiosos e, finalmente, poderemos viver acima de 100 anos de idade com a verdadeira qualidade de vida que estamos sonhando hoje.

Os cientistas conseguiram classificar estas células em dois grandes grupos.

O primeiro grupo é denominado de células “Totipotentes” ou “Embrionárias”. As células deste grupo têm a capacidade de se transformar em todos os 216 tecidos, inclusive na placenta e nos anexos embrionários.

As células do segundo grupo, denominado de “Células Multipotentes” ou “Pluripotentes”, diferentemente das do primeiro, podem se transformar em todas as outras células, exceto placenta e anexos embrionários.

Existem, ainda, mais dois tipos de células de um subgrupo, com menor capacidade de diferenciação que são as células “Oligopotentes” e as “Unipotentes”. Estas, por sua vez, só conseguem se diferenciar em poucas outras células ou apenas em um tipo exclusivo de células.

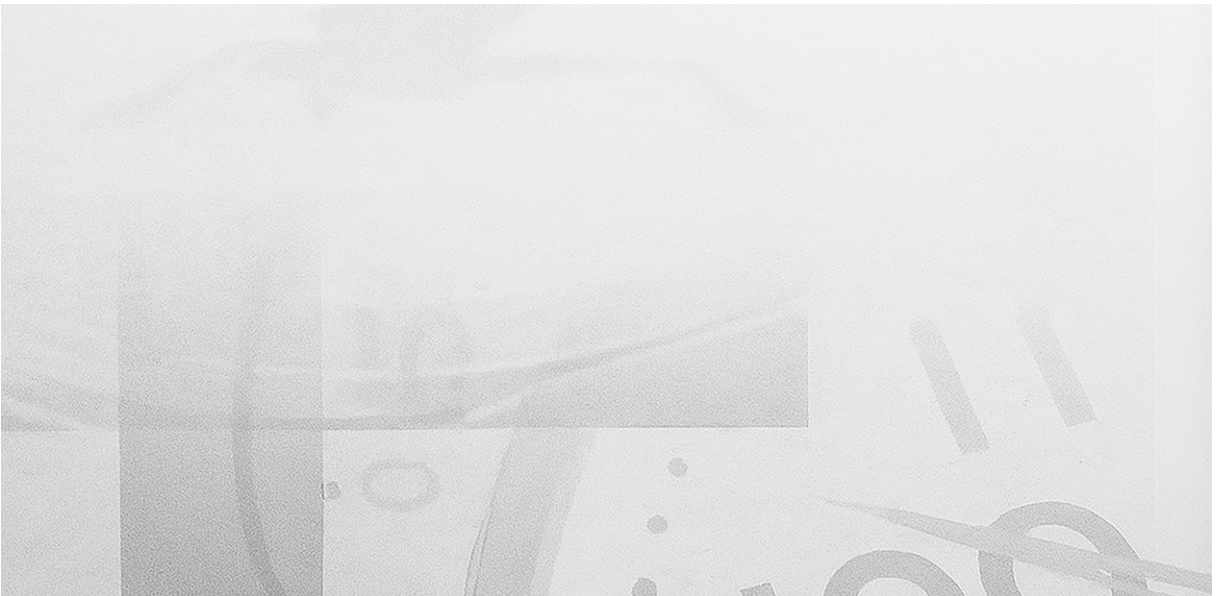
Onde podemos encontrar estas jóias da ciência? Somente em embriões! Mas as menos diferenciadas encontram-se na parede do intestino e no cérebro de adultos.

A capacidade que estas células têm de se diferenciar nos mais variados tecidos e órgãos durante a fase embrionária, quando uma mesma célula pode dar origem a fígado, osso, cérebro, coração e etc., ainda está envolta em profundo mistério. E é sobre este mistério que a pesquisa científica se debruça nos dias de hoje, objetivando descobrir e usar seus recursos para o bem de todos.



CAPÍTULO III

ALTERAÇÕES COGNITIVAS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO



Memória

Tem sido uma das queixas mais comuns nos consultórios médicos: “Doutor, estou perdendo a memória!”.

Isto tem variado de pessoa para pessoa, mas a memória se modifica realmente após os 40 anos. As principais alterações serão: maior dificuldade em aprender coisas novas; maior dificuldade em concentrar a atenção nas coisas importantes; dificuldades em processar informações com rapidez; dificuldade de encontrar a palavra certa para determinada coisa ou ocasião. Uma coisa é certa: tudo aquilo que foi aprendido no passado, ficou cristalizado no cérebro.

O funcionamento da memória se faz em diferentes etapas: atenção, percepção, registro, retenção e resgate ou evocação.

Como podemos prevenir este fato desagradável que é o declínio da memória?

Exercitar permanentemente a memória! Assista filmes, veja novelas, discuta estes eventos com outras pessoas, lembre o nome dos personagens e do próprio ator, estabeleça notas do desempenho de cada um. Jogue xadrez, faça palavras-cruzadas, faça jogos de memória com os amigos e netos, navegue na *Internet*, aprenda outra língua, faça cursos de seu interesse. Use sempre uma agenda de bolso e anote tudo do seu dia-a-dia.

Quando encontrar com amigos, tente relembrar episódios passados que os relacionou com outros amigos. Pratique caminhadas diárias, sempre com outras pessoas diferentes das de sua rotina, conheça novas criaturas e procure saber sobre suas vidas. Alimente-se de maneira saudável. Não fume nunca e fique longe de quem está fumando.

Não beba em excesso e evite as drogas, até aquelas prescritas pelos médicos! Com isto tenho certeza que preservará sua memória.

O Envelhecimento como causa dos distúrbios da memória

A expectativa de vida saudável ao redor do mundo se ampliou no último século. Isto foi considerado a maior conquista do século XX. E agora, temos pela frente o desafio de não só ampliar esta expectativa, como também dar vida aos anos que ganhamos. E esta não será uma tarefa fácil!

Tudo isto em consequência das perdas de funções que normalmente acontecem com o envelhecimento natural. E mais, sem ser considerada como doença a disfuncionalidade dos órgãos e tecidos do corpo, próprias do envelhecimento, que se denomina de “senescência”.

A memória é composta de vários vieses sequenciais, tais como: Atenção, Retenção, Armazenamento e Evocação. O nosso cérebro é constituído de vários componentes celulares e substâncias químicas com vários territórios, cada qual com as suas características e funções específicas. Sabemos hoje que as células cerebrais denominadas de neurônios, que são em número de mais de quarenta milhões de células, pelo próprio envelhecimento são eliminadas por um processo natural, denominado de “apoptose”, ou morte por mecanismo de suicídio celular, em uma média de nada menos de trinta mil células por cada 24 horas, após os 30 anos de idade.

E como o computador nada mais é do que uma imitação do cérebro, todas as informações que são armazenadas nas células ficam à disposição para serem evocadas a qualquer instante. Assim, se as células (*chips*) forem eliminadas na noite anterior, aquele número de telefone que nós guardávamos foi eliminado juntamente com a célula que se suicidou nesta dita noite.

O computador é igualzinho: se eliminarmos determinado *chip* de memória que estava carregado com alguma informação, quando necessitamos desta e fazemos a pesquisa não encontramos absolutamente nada, pois a memória foi apagada.

As queixas de perda de memória são mais comuns quando os indivíduos estão fora de suas atividades rotineiras, cansados, sob estresse ou mesmo quando solicitamos informações de recordações não utilizadas recentemente. Logo, se estabelece que a memória cristalizada, aquilo que foi aprendido de repetição, fica mais fortemente estabelecido, e as coisas recentes e que não passam por um processo de treinamento das células do cérebro já cansadas, estas não permanecem e quando evocadas não aparecem. Aí as pessoas se dão conta que algo de anormal está acontecendo.

Como sabemos, a população de idosos do Brasil acima de 60 anos de idade crescerá de 8,9% para 18,8% até o ano 2025, segundo dados do IBGE. Por isto temos que, de pronto, ter políticas públicas voltadas para a preservação da memória do povo brasileiro. E para tal temos que investir maciçamente na Saúde de Preservação com Qualidade de Vida! Teremos que ter escolas especiais de Oficinas de Memória, obrigatórias para todos que ultrapassarem o umbral dos 60 anos.

Como entender a depressão

Todo mundo de quando em vez fica *down*, “derrubado” ou “na pior”. É normal sentir tristeza por certos períodos de tempo, principalmente se as coisas não muito boas acontecem em nossas vidas. Mas, a tristeza da Depressão é muito mais intensa, doída e duradoura.

De 10 a 20% de todas as pessoas vão sofrer depressão ao longo da vida; sendo que 25% das mulheres estão propensas a este fato contra somente 10% dos homens, e esta diferença não tem explicação.

Como podemos reconhecer o estado depressivo:

1. Sentir tristeza;
2. Sentir melancolia e sem esperança de melhorar;
3. Chorar freqüentemente e sem motivação;
4. Ficar irritado sem explicação;
5. Não se divertir mais com os seus principais passatempos;
6. Ausência de autoconfiança ou sentir-se fracassado;
7. Ter dificuldades para conciliar o sono;
8. Ter menos interesse em sexo;
9. Viver pensando em morte ou ter ideia suicida.

Se você se enquadrar em 5 (cinco) destes itens citados acima e principalmente neste último, procure logo um médico, porque pode estar entrando no estado depressivo.

Quais as causas da “Depressão”?

Existe um verdadeiro “caldo químico” banhando o cérebro permanentemente, e este “caldo” é composto por várias substâncias que são denominadas de neurotransmissores. Entre estes, temos como principais responsáveis pelo controle do equilíbrio das emoções duas substâncias: Serotonina e a Noradrenalina. Estas devem estar permanentemente em equilíbrio tanto de produção como de distribuição, pois quando acontece desequilíbrio de um destes, temos “Depressão” ou “Euforia”. Você pode ficar triste quando deveria estar exultante de alegria e o inverso também acontece, ou seja, pode ficar eufórico quando deveria estar triste.

Pesquisas científicas indicam que o processo químico que leva a depressão é familiar, contudo existem outros fatores desencadeantes da depressão, tais como: grandes perdas; doenças físicas como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral; *diabetes mellitus*; baixos níveis hormonais, principalmente pós-menopausa; impotência sexual no homem; uso de certos medicamentos: diuréticos, anti-hipertensivos, tranquilizantes etc.; uso de drogas e álcool.

Existem várias maneiras de tratamento da depressão e nenhuma pessoa que se sinta deprimida precisa sofrer sem necessidade. Deverá, sim, procurar: atendimento médico, apoio psicológico, aconselhamento e apoio familiar e de grandes amigos, meios estes eficazes no tratamento da depressão.

Idosos e seus possíveis transtornos mentais

Avelhice, como sendo uma fase normal da vida, se caracteriza por algumas alterações físicas, mentais e psicológicas. Por estas alterações, não necessariamente o idoso é considerado doente por ser idoso. No entanto, existem algumas alterações mais comuns. Assim, podemos esperar acontecer no idoso: depressão, transtornos da memória, fobias e algumas alterações em consequência do uso prolongado do álcool.

Algumas destas alterações podem ser evitadas e até revertidas, desde que descobertas precocemente e tratadas adequadamente.

Existem alguns fatores de risco para estas alterações, que devem ser considerados. Exemplificando, veremos: perda de posição na sociedade, perda de autonomia, morte de amigos e parentes próximos, saúde em declínio, isolamento social, perdas e restrições financeiras, perda na capacidade de compreender e julgar, do pensamento lógico, com reflexos na memória.

Podemos ter por ordem de frequência estas alterações, as quais são: Demência, Demência de Alzheimer, Demência vascular, Esquizofrenia, Transtorno bipolar, Transtorno delirante, Transtorno de ansiedade, Transtornos somatoformes, Transtorno por uso de álcool e outras drogas.

Faremos uma série cuidando cada dia de alguns destes transtornos. Começaremos hoje com Demência.

Demência é uma alteração que se caracteriza por um comprometimento da cognição, quase sempre sem retorno e progressivo. Vamos perdendo o aprendizado passado, e a evocação fica cada dia mais difícil. Isto tem uma prevalência de 10 a 15% até os 65 anos e à medida que a idade avança, podemos chegar a 20% de perda da cognição. Os principais fatores de risco para Demência são três: história familiar de demência; sexo feminino e idade avançada.

Os principais sintomas são: perda progressiva da memória, dificuldade na linguagem, perda na orientação espacial visual, inquietação, irritação, agressividade, gritos, desinibição sexual, insônia, pensamento sem lógica e alucinações.

Suas principais causas são as doenças vasculares cerebrais, diabetes, HIV, doenças crônicas pulmonares, tumores cerebrais e doenças degenerativas cerebrais.

Delirium

Esta tem sido uma manifestação comum entre os idosos. Nada mais é do que um estado de confusão e desorientação mental. É freqüente em idosos demenciados, porém freqüentemente acomete pacientes que ficaram expostos a um estado de estresse, tal como: acidentes de trânsito, cirurgias (principalmente aquelas que intervêm em ossos), infecções urinárias, pulmonares, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral etc.

E como se manifesta? Com desorientação no tempo e no espaço, o paciente não reconhece as pessoas mais próximas, se perde dentro de casa, perde o controle dos esfíncteres (urinando e defecando) sem querer. Diz coisas desconexas e a agressividade está quase sempre presente, com gestos e ações.

Reconhece-se a doença porque começa abruptamente do dia para a noite, levando o indivíduo a mudar de comportamento, fator este que chama a atenção dos que com ele convivem.

Por outro lado, é um estado reversível: com cuidados especiais e medicação adequada os pacientes voltam a se estabelecer dentro do processo de orientação desejado. Sempre vem acompanhado de amnésia pós-delirium, diferentemente do Delírio, que faz parte de um quadro psicótico dos pacientes com esquizofrenia.

A manifestação é lenta, gradual e irreversível, e sacrifica o lado sensorial, principalmente o auditivo, ocular e o proprioceptivo, se caracterizando por alucinações visuais, auditivas e persecutórias. São pacientes que escutam vozes do além, músicas maravilhosas, desconfiam permanentemente que alguém os está perseguindo, alguém real ou virtual, como por exemplo, alguém que trama sequestrá-los e matá-los, ou ouve vozes que vão roubar seus pertences, ou acreditam que roubaram-lhe uma fortuna, que nunca existiu.

Pode, ainda, sentir permanentemente alguém que já morreu por perto, e chega a descrever a roupa que esta pessoa está usando, a expressão dos lábios, a cor dos cabelos etc. Todas estas manifestações podem ocorrer nos idosos, mas que também são muito comuns entre os jovens portadores de esquizofrenia e nas síndromes de supressão de drogas, tais como o álcool.

Assim, sabendo a diferença entre *Delirium* e Delírio, temos que estar atentos para estas manifestações que podem ocorrer entre os nossos idosos.

Demência do tipo Alzheimer

A conquista do século passado foi o aumento da expectativa de vida ao redor do mundo. Com isto, as pessoas que ultrapassam a cifra média de vida e chegam a mais de 60 anos podem estar sujeitas a este tipo de alteração de comportamento. Com frequência muito grande são vítimas de eventos cardiovasculares, os quais repercutem no sistema nervoso central, causando transtornos tais como: acidente vascular cerebral, doença de Parkinson e demência de Alzheimer.

E o que é esta doença? Nada mais é do que a deposição de uma proteína denominada “amiloide” no sistema nervoso central, nas células do cérebro e fazendo uma desorganização da sua estrutura, fazendo-o ficar como se fosse um novelo neurofibrilar dos prolongamentos das células. Isto traz como consequência um hiato entre aquele indivíduo e o seu meio social.

Caracteriza-se por perda da memória recente, troca de personalidade e desorientação no tempo e no espaço. De repente, aquela figura sempre muito séria começa a falar coisas indevidas ao seu ambiente, toma atitudes pouco usuais, faz propostas indecorosas a outras pessoas, se despe sem cerimônia, passa a não lembrar de casa, conversa com pessoas invisíveis, perde a capacidade de autonomia das atividades da vida diária, como fazer sua própria higiene, vestir-se, comer e fazer suas necessidades sozinho. Daí, passa a se tornar um paciente muito especial, com cuidados permanentes, pois a evolução sem volta é dolorosa.

Sabemos que nenhum dos mortais está livre de padecer desta doença. Apesar de não matar, há uma tendência à desnutrição e à perda da capacidade de conciliar o sono, levando o indivíduo a perambular sem rumo. A família precisa ter uma paciência inesgotável e procurar tomar conhecimento do que é esta doença, para poder entender melhor o que passa a cada dia, além de tomar todas as providências para minimizar a desventura daquela criatura querida e dos próprios familiares.

Várias personalidades foram acometidas desta doença: um ex-presidente de uma Nação de primeiro mundo, que está vivo até hoje,¹² é portador da mesma; a grande estrela da cultura contemporânea inglesa, a escritora Iris Murdoch, recém-falecida, que deu origem a um famoso filme retratando esta doença, também foi vítima de Alzheimer.

Demência Vascular existe numa proporção de 15% das pessoas acima de 70 anos, logo é mais frequente do que se pensa. A caduquice dos nossos velhos nada mais é, na maioria das vezes, do que uma demência, pouco aceita pelos pacientes e principalmente pelos familiares!

Portanto, a qualquer mudança de comportamento de pessoas do nosso ciclo familiar ou de amizade, convém procurar um especialista

12 Em 5 de novembro de 1994, aos 83 anos, Ronald Reagan anunciou publicamente que sofria do mal de Alzheimer, doença degenerativa que acabou levando-o à morte aos 93 anos. O ex-presidente americano ainda estava vivo quando este artigo foi publicado.

Demência Vascular

É o segundo tipo mais comum de Demência, depois da Doença de Alzheimer. A diferença entre as duas é que na Demência Vascular o início se dá de maneira abrupta e segue um curso veloz de degeneração cerebral. Podemos até preveni-la reduzindo os fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, hipertensão e arritmias).

Esquizofrenia

Esta é uma doença que chega aos idosos fazendo uma longa caminhada, desde a juventude, muitas vezes passando despercebida pela família, mas acaba eclodindo na fase adulta para a velhice.

Basicamente, os sintomas são: retraimento social, maneira excêntrica de se comportar, pensamento sem lógica, afeto duro e frio. Os indivíduos esquizofrênicos são candidatos ao suicídio.

Transtornos depressivos

O velho que fica sozinho, viúva ou viúvo na solidão, tem uma forte tendência à depressão, assim como também a doenças degenerativas. Nesta fase da vida, a depressão é sempre recorrente.

O idoso reclama de dores generalizadas, tem insônia, chora com frequência, perde o apetite, perde peso, tem dificuldade de entendimento, sofre por falta de energia, sente cansaço fácil. Tem, também, perda de memória, e tudo isto pode levar a confundir estes sintomas com Demência.

Logo, temos que ter muito cuidado, não deixando nunca os nossos velhos sozinhos, abandonados, sem carinho e sem a presença constante de uma pessoa da família ou amigos.

Transtornos de comportamento

Apresentaremos, a seguir, alguns transtornos de comportamento bastante comuns entre os idosos.

Transtorno Bipolar

Este transtorno se caracteriza por alternância entre depressão e mania, sendo que a mania é a que mais se manifesta nos idosos.

Tem como característica principal os sintomas de euforia, humor expansivo e irritável, o indivíduo não dorme à noite e não tem hipersonia de dia; tem falta de concentração, impulsividade e tendência ao alcoolismo. Fica sempre muito desconfiado e hostil. Fica rico sem sê-lo, gasta sem responsabilidade, faz contas astronômicas, oferece presentes caros, diz ser dono do mundo.

Quando estes primeiros sintomas acontecem após os 60 anos, é bom examinar se não existe algum problema orgânico sério sendo responsável por isto.

Transtorno Delirante

Transtornos delirantes são mais comuns na meia-idade, mas acontecem também nos idosos como fatos isolados. São sintomas quase sempre persecutórios, com alteração do pensamento, que levam o indivíduo a imaginar coisas incríveis.

Pode achar que o presidente da República não gosta da pessoa, e que está organizando um complô para eliminá-lo, faz cartas com ameaças severas e as manda pelo correio para si mesmo, e quando recebem exhibe a todos, mostrando o grau de perseguição que está sofrendo etc.

É muito comum em alcoólatras, em presença de tumores cerebrais e pode ser secundário ao uso de certos medicamentos.

Transtornos de Ansiedade

Estes sempre incluem síndrome do pânico, fobias, ansiedade generalizada, estresse agudo e estresse pós-traumático, porém os mais comuns são as fobias.

Geralmente ocorrem em idosos muito frágeis organicamente. Entram quase sempre em síndrome obsessivas e compulsões (longas caminhadas). Os idosos não ficam sozinhos, têm muito medo de morrer, têm sudorese profusa, esperam a qualquer momento um grave acontecimento ou uma notícia de morte de pessoas muito próximas.

Geralmente este problema atinge pessoas que eram parcimoniosas, organizadas, pontuais e que mudam completamente seus hábitos.

Mal de Parkinson

Em toda pessoa que normalmente não tinha nenhuma dificuldade para caminhar, se vestir sozinha, abotoar a camisa, e que muda abruptamente de comportamento, mostrando dificuldades nesta direção, podemos suspeitar de Mal de Parkinson.

Esta é uma doença que atinge uma determinada região do cérebro denominada *locus ceruleo*. Esta região possui células negras, que quando degeneradas não são capazes de se regenerarem novamente. E reside aí o centro das funções motoras do organismo. Esta disfunção faz com que os pacientes portadores deste mal apresentem tremores das extremidades em repouso, tenham falta de movimento dos músculos da face (face de pau) e ausência de movimentos das pálpebras, o indivíduo não pisca mais. Pode apresentar, ainda, lentificação dos movimentos, passa a arrastar os pés e muitas vezes não consegue iniciar a caminhada. Tem desequilíbrio, sofre de rigidez dos braços, passa a ter lentificação da fala e micrografia (escrita reduzida de tamanho).

Não existem testes para fazer o diagnóstico. Somente o exame clínico e a história natural da doença.

Este mal quase sempre atinge pessoas de mais de 50 anos de idade, e é comum a família relatar mudanças de comportamento do indivíduo que antes era normal, e que de repente começa a ter dificuldade de finalizar tarefas simples, tais como levantar-se da cadeira ou da cama sem ajuda, andar, abotoar, escrever e falar com desenvoltura.

É uma doença que ainda não tem cura, pois atinge células que não se regeneram nunca. O tratamento é baseado no combate aos sintomas e no retardamento do progresso da moléstia. Logo, quanto mais precoce for feito o diagnóstico, mais cedo e melhores são as chances de diminuir os sintomas e o progresso da moléstia.

O grau de incapacidade promovido pela doença é muito grande, a interferência na vida pessoal e social do doente é preocupante, gerando crises de depressão e acelerando muitas vezes a demência que se instala concomitantemente.

O tratamento se faz com medicamentos específicos, fisioterapia, fonoaudiologia e atenção familiar com muito amor.

Consternação

Consternação é um processo de pesar e lamentação que ocorre com a morte de um ente muito querido.

As pessoas consternadas vivem experiências reacionais de pesar constante e períodos de desgosto, como se fosse uma permanente aflição e sensação de perda constante. Isto varia de pessoa para pessoa, dependendo de sua religião e seus hábitos culturais e etnias.

A morte não tem sido o único fator desencadeante deste processo em idosos, podendo outras perdas materiais também desencadeá-lo. É muito comum entre idosos que estes experimentem perdas combinadas em decorrência de doenças, incapacidade, troca de papel na sociedade, assim como perda de parentes e amigos queridos.

Por outro lado, a família também pode entrar em consternação ao ver a mudança de atitude de seus idosos também consternados, e em vez de ajudar pode até agravar a situação que já é difícil.

Existem relatos científicos descrevendo doenças demenciais semelhantes a uma “morte lenta” devido à natureza insidiosa do declínio e perda da identidade e da memória destes idosos.

Ao trabalhar com os idosos, é de fundamental importância lembrar que eles fazem parte de um grande grupo familiar, logo se requer uma consciência aguçada do nível de envolvimento e importância da família junto a estes idosos. Os médicos também deverão entender seus próprios sentimentos sobre morrer, morte e perda.

Freqüentemente, a perda de um paciente evoca fortes sentimentos no próprio médico, que, se não tomar os devidos cuidados, também pode entrar em consternação.

Quero aqui abrir uma discussão para que, nestes casos, os médicos possam se defender e se ajudar a si próprios. Porque médico não é um semideus e, sim, humano como os seus próprios pacientes!

Anciendade e pânico

Ansiedade é uma manifestação psicossomática que se estabelece quando os indivíduos estão sendo observados. É muito comum quando os portadores destas manifestações estão assinando o nome, comendo, se apresentando em público etc. Caracteriza-se por suores frios nas extremidades, ruborização, taquicardia, batimento da asa do nariz, tremores, surgem em ocasiões temidas e só terminam quando o contato com os outros se encerra.

Às vezes, desde muito cedo na vida, as pessoas têm estes distúrbios psicossomáticos, o que prejudica em muito a sua associatividade na sua própria comunidade. São pessoas que parecem frias e arredias por medo de manter contato com os outros, e quase sempre são prejudicadas nas suas relações sociais.

Ao contrário do pânico, que chega em ataques de síndrome do pânico, não deixam de ser um conjunto de manifestações de ansiedade com início súbito, rico em sintomas físicos, de duração limitada ao máximo de 10 minutos. Estes sintomas são quase sempre: palpitações, tremores, sensação de morte iminente, inquietação, tonteiras e até diarreia. Estes sempre se iniciam por controle emocional desordenado. Estas sempre se iniciam por um ataque e prejudicam muitas vezes as pessoas que já de alguma forma se anteciparam de ataques anteriores. Têm como consequência, muitas vezes, o branco na cabeça, dificuldade de concentração e, muitas vezes, até momentos de ausência.

Não sabendo da pessoa onde se encontra, não conhecendo os outros de seu convívio e fazendo com que os indivíduos entrem em um processo de “fobia social”.

O risco é que esta limitação sempre está acompanhada por uso abusivo de álcool e/ou de uma substância chamada “venlafaxina”.

Segundo todas as últimas pesquisas por renomados laboratórios farmacêuticos, tem sido a droga de escolha para tratamento deste distúrbio, o qual se dá em uma região do cérebro denominada “putâmen”.

Hoje tem sido muito comum esta síndrome, mas bem estudada e diagnosticada pode ser tratada com sucesso.

Síncope

É um fenômeno que se caracteriza pela perda momentânea da consciência acompanhada de queda, e com recuperação espontânea. A síncope é mais comum em pessoas de meia idade, sendo mais rara em crianças e idosos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das pessoas já desmaiaram alguma vez na vida.

No entanto, menos de 10% das pessoas são acometidas por causas cardíacas, quase sempre por arritmias (mudança da frequência do ritmo dos batimentos cardíacos). Porém, tais episódios podem ocorrer devido a causas neurológicas, metabólicas (hipotensão), ou estruturais (uso/queda abrupta da pressão arterial).

Tudo isto ocorre em consequência de baixo fluxo de sangue chegando ao cérebro por um destes motivos abordados acima.

Como causa neurocardiogênica é muito comum a síncope em soldado que fica em forma parada e perde a excitação do nervo vago e cai com perda da consciência, a qual recupera rapidamente, mas este indivíduo fica marcado no seu grupo, como aquele que “amarelou”.

13 Quando o paciente está deitado e se levanta rapidamente, ou está de pé e senta-se, a pressão pode cair rapidamente. Em seguida, a pessoa pode ter uma síncope.

Não minimize o seu desmato. Se você é hipertenso , diabético, tem alguma doença cardiovascular e vem apresentando desmaios freqüentes, procure logo um médico para esclarecer o que está acontecendo

Suicídio

Suicídio significa morte intencional, auto-infligida, e isto quase sempre acontece, por tentativa de fuga de um problema que está afligindo muito alguma pessoa.

As estatísticas mostram que nos Estados Unidos pelo menos 100.000 pessoas tentam contra sua própria vida ao ano. Contudo, em média somente 30.000 conseguem seu intento. Logo, a maioria das pessoas que tentam contra a própria vida não consegue o êxito esperado.

As mulheres são as que em maior número tentam o suicídio, mas como usam métodos menos eficazes que os homens, são estes últimos que aparecem com maior número de óbitos por esta causa.

Com relação à idade, estes casos estão entre os extremos. Ou são adolescentes, ou pessoas que já passaram da casa dos 60 anos.

As causas incluídas como as mais freqüentes são:

1. Para se livrar de uma situação muito aflitiva;
2. Por se encontrar em estado psicótico;
3. Por sofrer perseguição com poucas alternativas de fuga;
4. Por se encontrar deprimido e achar que a vida não tem valia;
5. Por se encontrar desesperançado na presença de uma doença sem perspectiva de cura;
6. Por ser portador de transtorno de personalidade, e desejar chamar a atenção para si.

Não podemos prever o suicídio, mas alguns fatores de risco podem nos alertar para a possibilidade deste. Assim, citaremos alguns destes fatores predisponentes:

1. Ideia suicida ou tentativas frustradas anteriormente;
2. Meio para suicídio disponível;
3. Preparação de testamento;
4. Perda de um parente próximo, de muita ligação;
5. Hereditariedade de suicídio;
6. Comportamento pessimista.

Toda pessoa que estiver enquadrada em um destes fatores deverá ser observada, orientada e acompanhada por seus familiares e cuidadores.

Sempre que tiver alguém que foi identificado como suicida em potencial, deveremos de imediato encaminhar para apoio de um psiquiatra e/ou psicólogo, para cuidar com carinho do caso.

Insônia

A insônia nada mais é do que o excesso de “vigília”, ou seja, incapacidade de começar a dormir ou de manter o sono já iniciado.

Os seres humanos, fisiologicamente falando, de acordo com a idade, apresentam diferenças referentes ao tempo de sono. Por esta lei, os recém-nascidos dormem em média 16 a 20 horas por dia; adultos saudáveis, de 8 a 10 horas, porém, os idosos não ultrapassam as 6 horas de sono durante a noite.

A insônia não pode ser considerada uma doença. Ela geralmente se apresenta em consequência de um distúrbio psíquico ou doença orgânica. Quando dormimos, os nossos olhos, durante a primeira fase do sono (superficial), estão permanentemente fechados e imóveis. Esta fase é chamada de REM, sigla em inglês que significa: “olhos se movendo rapidamente”, à medida que o sono vai se aprofundando. Olhos se movendo param de mexer na fase NÃO REM (sono profundo). Durante o sono, existem despertares não percebidos, de 3 a 15 minutos, no espaço de uma noite.

14 O sono REM caracteriza-se pela dessincronização dos potenciais (baixa amplitude e alta frequência das ondas cerebrais), episódios de movimentos oculares rápidos (daí a sigla em inglês, REM) e atonia muscular. Além disso, este estágio é denominado também de sono dos sonhos, já que é período no qual estes ocorrem. Em um indivíduo normal, o sono sincronizado e o sono REM alternam-se ciclicamente ao longo da noite. O sono sincronizado e o sono REM repetem-se a cada 70-110 minutos, com 4 a 6 ciclos por noite. A distribuição dos estágios de sono durante a noite pode ser alterada por vários fatores, como: idade, ritmo circadiano, temperatura ambiente, ingestão de drogas ou por determinadas patologias

15 O sono NÃO-REM pode ser subdividido em quatro estágios, do estágio 1 que é um sono bem leve ao estágio 4 que é o estágio mais profundo do sono. O sono NÃO-REM também pode ser chamado de sono quieto, pois a maior parte das funções fisiológicas estão diminuídas neste momento. A atividade cognitiva é mínima, mas movimentos periódicos do corpo precedem as mudanças de um estágio para o outro.

Nos idosos, a fração de sono REM (fase superficial, olhos em movimento) aumenta consideravelmente e os despertares são 40% mais freqüentes. Daí ser normal o idoso dormir menos tempo, e nem por isto ter alterada a sua fisiologia.

Existem basicamente três tipos de insônia:

1. Inicial – a pessoa custa a iniciar o sono;
2. Intermediária – quando a pessoa dorme, acorda e dorme; isto, várias vezes; e
3. Terminal – quando a pessoa dorme e acorda duas a três vezes por horas, não conseguindo mais dormir depois.

Existem várias causas de insônia:

- Clínicas: alterações neurológicas, respiratórias, cardiológicas, renais, gastrointestinais; dermatológicas e osteoarticulares.
- Psiquiátricas: depressão, demência, ansiedade e alcoolismo.
- Farmacológicas: acredita-se que 90% dos idosos fazem uso, no mínimo, de dois medicamentos de uma só vez. A insônia é sugerida como parte dos efeitos colaterais destes medicamentos: sedativos, hipnóticos, teofilina, simpaticomiméticos, diuréticos, betabloqueadores, cafeína, antidepressivos, neurolépticos, bebidas alcoólicas e tiroxinas.
- Ambientais: esta é um tipo adquirido, freqüente pelo hábito de dormir tarde, ficar lendo ou vendo televisão até de manhã etc.

Para manter a higiene do sono

A seguir, alguns conselhos para que a higiene do sono possa ser mantida:

- Evitar bebidas alcoólicas. Não tentar dormir por conta do álcool, pois o sono será de má qualidade, e o álcool provoca dependência.

- Tomar leite morno. Um copo antes de dormir deixa você sem fome noturna e induz ao sono.

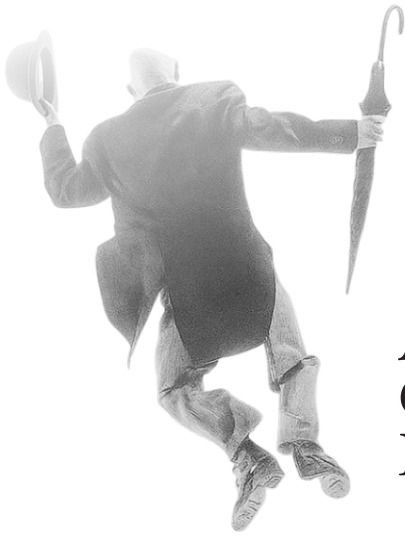
- Praticar o hábito de leitura é um risco, pois ler deitado na hora do descanso noturno, no caso de livros interessantes, pode ajudar à continuidade da leitura até o final, promovendo assim a insônia.

- Atentar para a posição. Quando o insone acorda no meio da noite e não consegue mais dormir, deverá mudar de posição habitual, evitando assim a chamada “posição de insônia”.

- Praticar exercícios. Atividades físicas são salutares, desde que sejam praticadas de quatro a seis horas antes de dormir, pois é quando a temperatura corporal começa a diminuir, induzindo à liberação de endorfina.

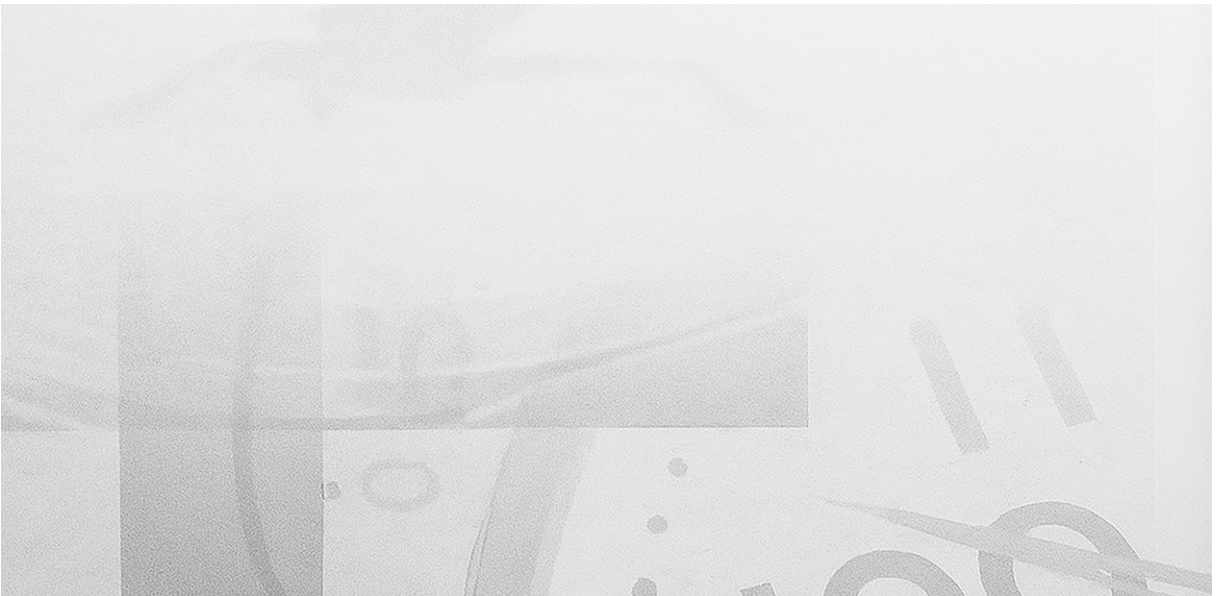
- Ser criterioso com o uso de sedativos. Quando a insônia é provocada por problemas psicofisiológicos, os medicamentos que fazem dormir chegam a ser perigosos. O uso contínuo gera dependência e a insônia raramente é resolvida desta forma.

Apenas quando a insônia é situacional o uso de medicamentos é aconselhável, porém devem ser ministrados sempre sob rigorosa prescrição médica.



CAPÍTULO IV

ALTERAÇÕES GASTRINTESTINAIS E NUTRIÇÃO



Nutrição e envelhecimento

A população idosa apresenta alto risco de má nutrição e até desnutrição, não só devido às mudanças orgânicas próprias do envelhecimento, mas, principalmente se junto a estas estiverem presentes algumas patologias (doenças).

O estado nutricional comprometido relaciona-se, diretamente, com as condições de saúde, em geral também comprometidas. A ingestão em quantidades adequadas de energia, proteínas, vitaminas, entre elas a Vitamina D, e minerais têm papel importante na prevenção de doenças de tecido ósseo, da mucosa bucal e na resposta imunológica.

A água é também um dos nutrientes essenciais para os idosos, já que se o balanço da água não é mantido, se produz desidratação. Como resultado desta, as pessoas se fatigam mais e a pele, olhos e mucosas ficam ressecadas e irritadas.

Existem muitas causas que podem interferir no estado nutricional adequado para o idoso, tais como a pobreza, falta de conhecimentos adequados em relação à alimentação, dificuldades de locomoção, depressão, solidão, deficiência de memória, má absorção e outros fatores decorrentes do processo biológico do envelhecimento. E, ainda, os causados pela deficiência funcional do sistema de mastigação (falta de dentes e de força muscular da musculatura mastigatória), tudo isto levando à má nutrição, que é perigosa para os idosos de maneira geral.

Por outro lado, os idosos perdem as papilas gustativas da língua, perdendo o paladar, tornando-se mais um agravante na questão nutricional dos mesmos.

Ardência bucal no idoso

Esta é uma síndrome até hoje sem muita explicação. Contudo, sabemos que afeta principalmente as mulheres pós-menopausa, numa prevalência de 15%, mas pode atingir também os homens em menor proporção, em torno de 8% após os 40 anos de idade.

Caracteriza-se por uma sensação de ardência ou queimação em toda a boca, lábios e ponta da língua.

O médico deve examinar o paciente para ver se existe alguma alteração visível na mucosa ou na superfície da língua e, existindo, verificar se tem origem local ou se é devido à alteração de doença sistêmica, pois alterações carenciais de ferro, vitaminas do complexo B, em especial B1 e B12, vitamina C e ácido fólico¹⁶ são as principais causas.

As lesões de língua e de mucosa de boca são quase sempre devidas a traumas por dentes mal cuidados ou por prótese dentária desalinhada, não raro com infecções por fungos ou bactérias.

¹⁶ No organismo, o ácido fólico é utilizado milhares de vezes ao dia para “fabricar” células sanguíneas, curar ferimentos, “produzir” músculos – na verdade, é necessário para todas as funções que exigem divisão celular. O ácido fólico é fundamental para a formação do DNA e RNA e garante que as células se dupliquem normalmente. É importante, sobretudo, no desenvolvimento fetal e ajuda a produzir substâncias químicas essenciais para o cérebro e o sistema nervoso

Às vezes não existe nenhum tipo de alteração sistêmica e nem local, mas pode ocorrer por produção insuficiente de saliva, boca seca (xerostomia), ou por uso indiscriminado de medicamentos, tais como anticolinérgicos, anti-hipertensivos, diuréticos, etc.

A depressão nos idosos e a solidão podem também ser causas desta síndrome, principalmente depois dos 70 anos, pois a esta altura da vida as pessoas ficam pensando frequentemente e com muito medo da possibilidade da “morte” que se aproxima.

Por tudo isto que vimos chegamos à conclusão que este fenômeno nada mais é do que uma somatória destes três fatores: sistêmicos, locais e psicológicos. O tratamento tem que ser individualizado, levando em consideração quais fatores de risco para esta síndrome estarão envolvidos.

Câncer de Colo Retal

Segundo o *American Journal of Proctology* (FCM), as estatísticas americanas nos mostram a grande incidência desta moléstia naquele país, chegando a ser a segunda causa mais comum de câncer, e sendo responsável por 60.000 mortes anuais. Infelizmente não conseguimos no Brasil computar por rastreamento quantitativo o número de casos brasileiros, mas sabemos que também a prevalência é muito grande entre nós.

Câncer de colo retal é uma doença que pode acontecer em qualquer idade, contudo a partir dos 40 anos a incidência deste câncer se torna mais frequente. Além da idade, temos como fatores de risco a história familiar de câncer e uma história própria de pólipos, retocolite ulcerativa, câncer de outros órgãos, principalmente o de útero nas mulheres.

Esta é uma doença que sempre pode começar a partir de pólipos intestinais benignos, que são estruturas pré-malignas, e quando aumentam de tamanho e começam a sangrar sempre têm possibilidade de malignizar.

Os sintomas principais são: sangramento retal e mudanças no hábito intestinal tais como alternância entre diarreia e prisão de ventre. Quando estes sintomas aparecem acompanhados de perda de peso, o médico de imediato deverá fazer pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia, que é um exame de exploração do intestino a partir do reto. Estes exames podem esclarecer muito o clínico no sentido de fazer o diagnóstico correto desta moléstia. A dor abdominal só aparece em casos muito avançados da doença, logo não é um sintoma de alerta para diagnóstico.

O tratamento é o cirúrgico, que quando feito precocemente pode curar em 80 a 90% dos casos. Muitas vezes é necessário associar a cirurgia com radioterapia e quimioterapia.

Modernamente estão sendo usados grampeadores mecânicos que, juntamente com rádio e quimioterapia, podem até evitar a colostomia, a qual limita muito os pacientes quando acontece.

Logo, sangramento freqüente nas fezes, ou fezes escuras, perda de peso sem motivo, história de câncer na família servem de alerta: procure de imediato um especialista para esclarecer o seu diagnóstico.

Constipação intestinal

Constipação intestinal é a diminuição da frequência das evacuações.

Lembramos que os idosos, pela perda natural das suas funções, diminuem o ritmo intestinal devido à diminuição da força contrátil da musculatura do intestino e da prensa abdominal. Em consequência disso, ocorre a diminuição da velocidade do trânsito e inicia-se a queda na frequência das evacuações.

Nos Estados Unidos este é tido como um problema de saúde pública por conta do número de pacientes que buscam cuidados médicos nesta área e os custos exagerados na compra de laxativos (medicamentos que promovem evacuações).

Quase sempre os pacientes se automedicam com estes laxativos e são responsáveis por muitas manifestações colaterais indesejáveis. Para alguns pacientes a constipação intestinal (prisão de ventre) é encarada como doença, levando muitos deles à depressão.

Prisão de ventre e intestino preso são termos vulgares comumente usados para denominar esta condição. Isto se torna muito sério pela diminuição acentuada da qualidade de vida dos idosos portadores deste distúrbio.

Podemos considerar normal o indivíduo que evacue até duas vezes ao dia, três vezes por semana, sem nenhum desconforto no ato.

As causas mais comuns são ocasionadas por multifatores, e dentre eles estão: dieta pobre em fibras, diminuição da ingestão de líquidos,¹⁷ redução da prensa abdominal ocasionada pela flacidez dos músculos abdominais, alterações glandulares e da estrutura intestinal como atrofia da mucosa de revestimento do tubo digestivo. Tudo isto levando à maior permanência do bolo fecal no organismo, desidratação do mesmo e dificuldade de progressão e eliminação.

Outras causas como medicamentos, diabetes, hipotireoidismo, ureemia, depressão, sedentarismo, alimentação inadequada e condições ambientais impróprias podem promover constipação intestinal.

O tratamento principal é a reeducação alimentar, fazer os pacientes comerem alimentos ricos em fibras, tais como: frutas com suas cascas, laranja e mexerica com o bagaço, coco ralado, uvas pretas com casca, azeitonas pretas, abacate, abacaxi, melancia; vegetais frescos crus ou cozidos (brócolis, couve-flor, feijão verde, repolho, couve); cereais como farelo de trigo, de milho, de arroz, pois todos são ricos em fibras.

Coadjuvando à dieta tem que se associar exercícios, respeitando as limitações de cada indivíduo, evidentemente. É preciso, também, se estabelecer rotina nos horários de ir ao banheiro, mesmo que não esteja desejando evacuar, pois isto cria o hábito.

O indivíduo não deve deitar logo após as refeições e, ao longo do dia, precisa ingerir uma quantidade de líquido suficiente, nunca inferior a seis copos diários. Deve, também, retirar medicamentos constipantes, como os próprios laxativos, alguns diuréticos, anti-hipertensivos (beta-bloqueadores), opiáceos, anticolinérgicos, carbonato de cálcio e etc.

Quando o constipado ficar mais de sete dias sem evacuar é sinal de alerta. Ele deve procurar imediatamente o médico, o qual através do exame clínico e pelo toque retal saberá se haverá

17 Isto se deve à inibição natural do centro da sede nos idosos.

necessidade de intervir retirando imediatamente as fezes impactadas. Tal medida pode ser necessária, pois os fecalomas (verdadeiros tumores de fezes ressequidas) podem resultar em sérias complicações tais como *delirium*, desidratação, torção da alça intestinal, invaginação das alças intestinais com resultados desastrosos para o paciente .

Diarreia Aguda no idoso

De várias maneiras podemos denominar as diarreias agudas. Podem ser chamadas de gastroenterite aguda, toxinfecção alimentar, dor de barriga, soltura, desarranjo, chorrilho, chibata etc.

E o que é a “diarreia”? Nada mais é do que o aumento do número de evacuações, acompanhado de fezes de consistência diminuída, sem formas, pastosas ou líquida mesmo. Isto é sempre de início súbito e que não permanece por mais de uma semana.

A maior parte das diarreias é causada por vírus, bactérias e toxinas produzidas por qualquer microrganismo e também por parasitas.

Existe um tipo especial de diarreia que é causada por bactérias ou parasita, que invade a mucosa intestinal, causando lesões, que liberam sangue e muco (catarro) e, às vezes, pus. A isto denominamos de disenteria.

Algumas substâncias, como fibras, e algumas drogas existentes em certos medicamentos têm a capacidade de alterar a absorção intestinal, levando muitas vezes a diarreias profusas nos idosos. Daí a precaução no uso de laxativos em pacientes idosos, quando estão com constipação (prisão de ventre), pois podem desencadear diarreias e levar à desidratação, que é um grande risco para pacientes idosos e principalmente nos desnutridos.

A sintomatologia é rica: cólicas intestinais, múltiplas evacuações, boca seca, cefaleia, tonturas, às vezes vômitos, flatulência, mal-estar generalizado.

Como se deve proceder? Levantando de imediato toda alimentação, oferecer líquido — de preferência, água, chá e até Coca-Cola sem gás, todas as vezes que o paciente evacuar. Se isto não for suficiente, levar à emergência para fazer hidratação venosa.

Nunca se deve oferecer antibiótico para estes pacientes. Esta atitude, se tiver que ser tomada, será uma decisão médica. Medicamentos antidiarreicos, que diminuem a frequência das evacuações e aumentam a consistência das fezes visando maior conforto até a resolução definitiva do quadro deverão ser usados dentro da segurança que o caso requer.

Opioides, tais como elixir paregórico, devem ser evitados, pois podem trazer problemas de adição e dependência. Em casos de diarreias sanguinolentas, febre alta e mal-estar geral, não pense duas vezes: busque de imediato auxílio médico.

Nisto tudo o importante é prevenir, com saneamento básico, preparo e armazenamento adequado dos alimentos, não deixar nada exposto às moscas, cozinhar e lavar alimentos com água tratada.

Lembrar sempre que algumas toxinas produzidas por bactérias podem permanecer nos alimentos, mesmo quando o agente produtor já tiver morrido.

Dai a precaução quando guardar alimentos já manipulados, nas geladeiras. Procure usar sempre vasilhas limpas e fechadas adequadamente, não reutilizar papel filme para cobrir novos alimentos, recomendar higiene perfeita após ir ao vaso sanitário e, com isto, evitar que outras pessoas de casa possam ser contaminadas pela mesma fonte.

Disfagia

A disfagia é um sintoma que se caracteriza por alteração na deglutição, quer dizer, no ato de levar os alimentos desde a boca até o estômago, engolir alimentos, líquidos, saliva etc. E sempre se deve a uma doença de base, a qual deve ser pesquisada.

Pesquisas científicas¹⁸ têm demonstrado a frequência da disfagia em idosos, tanto hospitalizados como os institucionalizados, em índice superior a 15%, daí o perigo de aspiração e suas conseqüências nestes idosos.

Como neste processo de engolir estão envolvidos músculos faciais, linguais, mastigatórios, respiratórios e esofágicos, em qualquer alteração da saúde que possa comprometer um destes segmentos, teremos sempre disfagia.

Existem várias causas que podem dar como conseqüência a disfagia: paralisia cerebral, traumatismos cranianos, acidente vascular cerebral, câncer de laringe, traumatismos de medula, tumores cerebrais, AIDS, meningite, esclerose lateral amiotrófica, miastenia grave, demência, Alzheimer, Parkinson, doenças psiquiátricas etc.

¹⁸ KATZ, Paul R. (eds.). *Geriatría Prática*. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

Causas inflamatórias podem ser responsáveis, como também problemas posturais, desvios de coluna vertebral, divertículos de esôfago e grandes cirurgias torácicas.

Muitas vezes esta disfagia é transitória, como é muito comum nos casos em que as próteses dentárias estejam mal adaptadas. Portanto, o diagnóstico deve ser feito de imediato para evitar outras consequências desagradáveis e maiores períodos de internação, infecções hospitalares, e mesmo para se identificar uma doença de base que não tenha ficado visível ainda.

Tanto assim que recomendamos sempre que tiver qualquer dificuldade para deglutir, procurar logo um especialista para identificar e tratar a causa.

Gastrite em idosos

Gastrite é uma inflamação da mucosa do estômago. Existem vários tipos de gastrite. As mais comuns são: gastrite por estresse, gastrite por uso de anti-inflamatórios não-hormonais, gastrite não-erosiva.

A gastrite por estresse é muito comum em idosos hospitalizados, principalmente quando em UTI, sendo relacionada com doenças clínicas ou cirúrgicas. A maioria dos idosos, por vários motivos, tem que tomar anti-inflamatórios não-hormonais e Aspirina (em consequência de artrose, artrite, fibromialgia e infarto agudo do miocárdio), e acabam fazendo lesões na mucosa do estômago.

Uma vez que a mucosa gástrica está lesada, entra em contato com o ácido clorídrico produzido no próprio estômago e acaba por ulcerar. Assim, aquela gastrite, passa a ser uma ulceração (úlceras gastrintestinais).

As principais causas de gastrite têm sido: fatores agressivos (alimentares, bebidas alcoólicas, estresse, desequilíbrio na neutralização do ácido clorídrico, esvaziamento acelerado do estômago, colonização por uma bactéria capaz de produzir ulceração no estômago, chamada de *Helicobacter pylori*)

O diagnóstico de ambas as patologias deve ser feito pela história clínica, exame do paciente e endoscopia digestiva. Os sintomas principais são sempre: peso pós-alimentação, dor como principal sintoma, azia ou queimação permanente e, às vezes, hemorragia.

O tratamento é baseado na sintomatologia e no combate à infecção. Antiácidos, antibióticos, dietas especiais, sais de bismuto, inibidores de bomba H² são recomendados hoje em dia para o tratamento desta moléstia, que tem cura.

Hemorróidas

Hemorróidas são veias inflamadas, localizadas no reto e ânus. Elas, de acordo com a localização, podem ser internas (no reto) e externas (no ânus). As primeiras não despertam dor, mas podem ter complicações, como sangramento, por exemplo.

As externas causam prurido (coceira) intenso e têm uma característica comum: doem muito. As internas, quando muito inflamadas, podem precipitar prolapso do reto, fazendo com que este venha a se exteriorizar através do ânus (é o que vulgarmente chama-se de “sair à via”).

A causa principal é o esforço que o indivíduo faz ao defecar. Logo, as diarreias, a prisão de ventre e o hábito de ler sentado no vaso sanitário por longo tempo acabam por produzir hemorróidas. Destas causas citadas, a principal é a prisão de ventre.

As hemorróidas acontecem numa proporção muito grande da população em geral, e mais cedo ou mais tarde elas acabam aparecendo, principalmente em gestantes, pessoas parasitadas e idosas.

As pessoas com história familiar desta patologia, obesos e trabalhadores que carregam muito peso também estão sujeitos a hemorróidas.

A qualquer sinal de sangramento, de imediato deve-se procurar um médico para saber se é realmente esta doença ou outra mais grave, como câncer de intestino.

Recomendações para se proteger das hemorróidas: tomar no mínimo 2 litros de líquido por dia; comer bastante fibras nas refeições (frutas, verduras, farelo de trigo ou aveia); fazer exercícios com regularidade; não tomar laxativo, pois se tiver diarreia poderá agravar a doença; não prender quando sentir vontade de ir ao banheiro – vá imediatamente.

Para prevenir recomendamos, ainda, não usar papel higiênico e, sim, lavar o ânus após as evacuações. Se já tiver hemorróidas, procure usar compressas de gelo para diminuir a coceira e o ardor.

Faça banho de assento com vinagre e bicarbonato de sódio três a quatro vezes ao dia. Procure usar pomadas anestésicas e que contenham corticóides. Não demore sentado no vaso. Tente prevenir diarreia e mude seus hábitos alimentares para evitar prisão de ventre.

Se trabalhar sentado, procure usar uma roda d'água para não agravar a situação.

Hoje tem cura esta moléstia, não só cirurgia, mas outros métodos modernos de tratamento, estrangulando os botões hemorróidários com ligas elásticas, método indolor e que não requer anestesia.

Hérnia de Hiato Esofágico

Existe um músculo que separa as vísceras do tórax das vísceras do abdômen. Este músculo tem uma passagem (abertura) que permite que o esôfago passe através deste para a cavidade abdominal. Quando esta passagem está aumentada além do suficiente para deixar passar o esôfago, pode, por qualquer movimento (como agachar, dobrar sobre o abdômen ou simplesmente deitar após uma refeição), proporcionar a tração do estômago para dentro da cavidade torácica. Pode, também, produzir refluxo do conteúdo gástrico para dentro do esôfago.

Tudo isto promove um sintoma terrivelmente incômodo. Teremos pirose (queima, azia), sufocação por aspiração do suco gástrico para a traquéia.

A hérnia de hiato na verdade não dá sintomas, mas a síndrome do refluxo sim: azia, dor torácica e tosse por aspiração do conteúdo gástrico para a traquéia. Se o refluxo não é tratado, o esôfago se inflama e teremos esofagite de refluxo; e aí pode haver queixa de dificuldade para engolir os alimentos ou até mesmo dor.

durante este ato. A esofagite é a consequência mais comum do refluxo gastroesofágico.

O diagnóstico da hérnia de hiato esofágico é realizado pelo raio-X ou pela endoscopia. O diagnóstico do refluxo é diagnosticado mais precisamente pela cintilografia.¹⁹

O importante é tomar conhecimento de que a hérnia de hiato não é tratável. São raros os casos em que se aconselha cirurgia para este tipo de hérnia. A hérnia vai acompanhar o indivíduo para sempre. Já o tratamento do refluxo, este sim, é possível, sendo muito importante devido aos sintomas e às complicações já citadas anteriormente.

O tratamento do refluxo é realizado com medicamentos anticolinérgicos, bloqueadores de bomba de H² e medidas gerais. Em relação a estas medidas gerais, é importante obedecer às regras que seguirão:

1. Elevação na cabeceira da cama em 20–30 cm, para evitar o refluxo durante a noite;
2. Evitar refeições abundantes. Deve-se fracionar a dieta, comer pouco e freqüentemente;
3. Evitar deitar-se após as refeições; esperar no mínimo duas horas para fazê-lo. Sempre com cabeceira alta;
4. Parar de fumar;
5. Normalizar o peso;
6. Evitar determinados alimentos que favorecem o refluxo (gorduras, chocolate, álcool, café, farináceos, refrigerantes, pimenta).

¹⁹ A cintilografia é um método de investigação clínica que consiste na injeção endovenosa ou ingestão de uma substância radioativa com afinidade eletiva para determinado órgão ou tecido, permitindo o estudo da distribuição topográfica do isótopo radioativo nesse órgão ou tecido por meio de um detector especial chamado câmara de cintilação ou gama-câmara. O método tornou possível o estudo anatômico e funcional de vários órgãos e tecidos, como a tireoide, rim, fígado, pulmões e cérebro, bem como o trânsito no trato digestivo, especialmente no esôfago e estômago.

Pancreatite e alcoolismo

A pancreatite nada mais é do que a inflamação da glândula denominada pâncreas, cuja função é muito importante, pois regula o metabolismo dos açúcares através da produção de “insulina” e das gorduras através da produção do suco pancreático, juntamente com a “bile”.

Portanto, a inflamação do pâncreas, aguda ou crônica, sempre tem sérias consequências no comprometimento da saúde das pessoas, principalmente dos idosos. As duas principais causas da pancreatite são: cálculos biliares e alcoolismo.

Tanto a bile como o suco pancreático são levados ao intestino por intermédio de um canal único, e se por ventura um cálculo (pedra) biliar obstruir este canal, teremos certamente inflamação do pâncreas, assim como também a ingestão diária de álcool pode produzir este processo inflamatório que na maioria das vezes cronifica e acaba levando à morte.

Outras causas também podem produzir pancreatite, tais como: caxumba (papeira), hiperparatireoidismo, excesso de triglicerídeos no sangue e traumatismos abdominais.

O principal sintoma é dor lancinante no epigástrio (boca do estômago), vômitos, náuseas e tonturas, diarreia de intensidade variável e rica em gorduras. Tudo isto em consequência de não haver produção adequada de enzimas pancreáticas e as gorduras se acumulam sem serem absorvidas e metabolizadas.

O diagnóstico se faz através da história do paciente que é alcoólatra ou que é portador de cálculo biliar ou, ainda, que teve uma virose e/ ou traumatismo abdominal. Para se identificar este problema, usa-se também a ultra-sonografia abdominal e exames de sangue.

O tratamento pode ser clínico e, muitas vezes, requer tratamento cirúrgico. A principal prevenção é parar totalmente de beber bebidas alcoólicas. A incidência é muito alta entre idosos alcoólatras

Soluços

É uma inspiração rápida, seguida de uma pequena parada, que desregula o ciclo da respiração. É sempre conseqüências de um estímulo involuntário de qualquer um dos músculos relacionados com a respiração.

É um desconforto rápido que não demora muito, mas em certas ocasiões pode durar horas e até dias.

Suas causas mais freqüentes são: distensão gástrica pelo excesso de ingestão de bebidas gasosas; deglutição de gás e alimentos em grande quantidade; mudanças bruscas de temperatura de alimentos ingeridos ou mesmo variação de temperatura abruptamente da pele, como acontece nas saunas, banhos de vapor e duchas frias; ingestão de grande volume de bebidas alcoólicas e, por incrível que pareça, até gargalhadas são responsáveis por soluços.

Temos causas mais severas, tais como: tumores cerebrais, ureia, desequilíbrio hidroeletrolítico, estímulo direto no nervo vago (introduzir cotonetes no ouvido), aumento da glândula tireóide, pneumonias, infartos, esofagite, hepatite e pancreatite, anestesia geral e estado pós-anestésico.

O tratamento nos casos agudos e benignos se faz com o tracionamento da língua, elevação da úvula ou campainha com uma colher, oferecer um pouco de açúcar, assoar o nariz, beber água em pequenos goles, parar de respirar por segundos, respirar dentro de um saco.

Se não cessar o soluço é necessário fazer uma boa exploração clínica do paciente. Descoberta a causa, deve-se fazer tratamento direcionado ao problema.

Anorexia (falta de apetite)

A falta de vontade de comer é um sintoma comum que acomete com certa frequência os idosos. Existe grande variedade de desordens clínicas que podem levar a um quadro de anorexia. Algumas destas sem nenhuma importância e outras, que podem ser em decorrência de doenças degenerativas. Nestes casos são sempre graves.

O envelhecimento vem sempre acompanhado de “anorexia”, pela redução do apetite e da ingestão dos alimentos. Mesmo nos idosos saudáveis há diminuição de peso após os 70 anos de idade, pela perda contínua de sua massa magra. Nas casas asilares é muito comum os idosos ficarem sempre emagrecidos devido à solidão e outros fatores, tais como falta de cuidados especiais.

Sabemos hoje que a produção e secreção do Hormônio do Crescimento nos idosos é diminuída, fazendo com que haja redução do apetite e ocorra o emagrecimento.

A anorexia e a perda de peso entre idosos é sempre multifatorial, e uma das causas evidentes é a diminuição do olfato e da gustação, que faz com que o idoso não queira se alimentar.

Não sentindo o cheiro e o paladar dos alimentos, não é estimulado para comer.

Nos homens, em particular, o declínio do hormônio masculino, a “testosterona”, faz subir a concentração de “leptina” no sangue que, por sua vez, é anorexígena. Mesmo buscando intensivamente, ¼ das causas responsáveis não são encontradas.

Outras patologias como: gastrintestinais, pulmonares, endócrinas e vasculares levam também à perda do apetite.

Existem também causas psíquicas e ambientais influenciando em muito no apetite dos idosos. O câncer é marcante como fator de anorexia nos idosos, mas a depressão é a que com mais frequência estabelece o fator inibidor do apetite.

Na maioria dos casos, o médico tem que fazer uma intervenção medicamentosa ou propor alimentação parenteral. Como agente medicamentoso, existe um número grande de drogas, e hoje se preconiza hormônio do crescimento, esteróides, ciproheptadiína, antidepressivos etc.

Alertamos para os cuidadores de idosos que, no primeiro sintoma de anorexia, busquem de imediato ajuda qualificada para evitar a desnutrição, que é tão grave quanto qualquer doença degenerativa.

Edentulismo

Existe um mito de que o envelhecimento vem sempre acompanhado de perda total dos dentes. Isto parece ser natural como um processo de envelhecimento, mas segundo Baldisseroto *et al.* (2002) isto não passa de um mito, o qual deve ser esquecido.

Por mais que exista um grande número de idosos edentados (sem dentes), sabemos hoje que a perda dos dentes não está ligada ao envelhecimento.

A grande maioria dos nossos idosos frequentou de alguma forma um consultório dentário, e por falta de orientação correta muitas vezes retirou sem necessidade seus dentes e os substituíram por próteses, parciais ou totais. Tal ato representa nos dias de hoje um crime!

Por outro lado, temos também outro grupo de idosos que, ao longo da vida, souberam com cuidados especiais conservar seus próprios dentes, gozando de uma saúde bucal invejável, demonstrando desta maneira que a perda de dentes não é igual ao envelhecimento.

Aqueles que perderam seus dentes perderam também o manejo da mastigação, que nada mais é do que um arco-reflexo que se origina nos ligamentos alveólo-dentários. Sem isto a mastigação é defeituosa e a digestão que começa na boca não se completa, levando sempre às agravantes de saúde destes idosos.

Surgem, assim, a preocupação com a manutenção dos dentes para que a dinâmica mastigatória não se altere e, com isto, se preserve junto com os dentes a saúde daqueles que souberam envelhecer com qualidade.

Pirose ou Azia

Este é um sintoma que se traduz como se fosse uma queimação atrás do esterno. Estudos feitos nos Estados Unidos mostraram que cerca de 30 a 40% das pessoas se queixam deste sintoma e que entre idosos pelo menos 15% deste têm azia ou pirose no mínimo uma vez por mês. Por vezes, a azia ou pirose é confundida com dor coronariana.

Acontece quase sempre devido ao regurgitar dos líquidos da ampola gástrica, que acontece com frequência nos idosos, mesmo aqueles que não têm lesão ulcerada na mucosa gástrica. É sintoma característico da doença do refluxo gastresofágico.

Aconselhamos a quem tiver este sintoma tomar as seguintes precauções: diminuir a ingesta de alimentos gordurosos; evitar refeições copiosas; evitar deitar-se até 2 horas após as refeições; evitar bebidas alcoólicas; evitar fumar; elevar a cabeceira da cama; evitar alimentos como frutas cítricas, molho de tomate, café, bebidas gasosas, chocolate, balas e menta.

As medicações recomendadas são: antiácidos (hidróxido de alumínio), bloqueadores dos receptores de H₂ (cimetidina, ranitidina), inibidores da bomba de prótons (omeprazol, lansoprazol) e procinéticos (clorpromida).

Com frequência, durante as refeições, pacientes idosos tosse e se engasgam, tudo por conta do refluxo, e muitas vezes até ficam sufocados ou aspiram alimentos para o pulmão, levando a pneumonias severas e com alto risco.

Não deixem de consultar um médico todas as vezes que os seus idosos começarem a apresentar sintomas desta natureza.

Colesterol: O que é?

O colesterol é um tipo de gordura encontrada em quase todas as células do organismo e é fundamental para a nossa vida. O colesterol faz parte das membranas celulares e da estrutura de muitos hormônios essenciais à vida. Portanto, o colesterol é bom para o ser humano. O problema acontece quando o colesterol está em excesso no nosso organismo.

Existem duas fontes de colesterol: uma endógena (produção de colesterol pelo próprio organismo, geralmente pelo fígado e somente à noite), e outra exógena (obtenção de colesterol através da alimentação com carnes, ovos, queijos e leite integral).

Sendo uma gordura não-solúvel, o colesterol não pode circular no organismo sozinho. E a forma que o organismo resolveu este problema foi torná-lo solúvel através da ligação dele com proteínas conhecidas como lipoproteínas. Estas lipoproteínas são classificadas em dois tipos: HDL (lipoproteína de alta densidade) e LDL (lipoproteína de baixa densidade).

As lipoproteínas HDL carregam o colesterol do sangue para o fígado e daí o colesterol é eliminado do organismo. Devido a este trajeto, o colesterol ligado ao HDL é conhecido como bom colesterol. Quanto mais alto o teor de colesterol no sangue, maior a proteção ao coração. Isso é obtido através de dietas ricas em fibras e exercícios físicos regulares.

As lipoproteínas LDL transportam o colesterol do sangue para dentro da parede dos vasos, facilitando o desenvolvimento de placas de arteriosclerose que, por sua vez, levam à obstrução dos vasos sanguíneos. Valores altos de LDL colesterol no sangue estão relacionados a dietas ricas em derivados animais, como carne, ovo, leite e queijo. Logo, de onde deduzimos que também são responsáveis por muitos eventos cardiovasculares e cerebrais, na sua maioria mortais, tais como: infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE).

Portanto, pela importância desta “gordura”, o colesterol, que é muito boa, mas pode aprontar surpresas desagradáveis, teremos sempre de estar de olho nela. E, para isto, temos que caprichar na dieta, fazer exercícios regulares, e modificar o estilo de vida!

Reduzir Colesterol com uma dieta saudável

Eis algumas dicas para quem desejar ter hábitos saudáveis de vida:

1. Mantenha os níveis de pressão arterial abaixo de 140x90 mm de Hg;
2. Combata a obesidade: Índice de Massa Corpórea² menor que 25;
3. Reduza a ingestão de sal/sódio: abaixo de 6 g/dia;
4. Mantenha a glicemia de jejum menor que 100;
5. Mantenha o colesterol total abaixo de 200 (HDL maior que 40 e o LDL menor que 100);
6. Pratique exercícios físicos regularmente e diminua as situações estressantes;
7. Não fume e evite o consumo de bebidas alcoólicas;
8. Só tome remédio sob prescrição médica.

20 A avaliação do grau de obesidade é feita através do cálculo do índice de massa corpórea (IMC): peso (Kg) dividido pela altura da pessoa (m) ao quadrado. O cálculo do IMC é muito simples, e segue a seguinte fórmula:

$IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura (m)}^2$

Por exemplo: se seu peso é de 98 kg e sua altura de 1,80 m, o IMC é igual a 98 dividido por 1,80 multiplicado por 1,8, ou seja, 98 dividido por 3,24. Assim, neste caso o IMC é de 30,25.

Dieta para quem tem colesterol elevado

EVITAR alimentos com alto teor de colesterol: gema de ovo, miúdos, frutos do mar.

EVITAR também gordura saturada: carnes gordas visíveis, banha animal, *bacon* (toucinhos), embutidos, manteiga, margarina *trans*, óleo de dendê, gordura de coco, chocolate, frituras, milanesa, empanados, leite integral, queijos gordurosos, biscoitos, tortas, bolos, pudins, sorvete.

Dieta para quem tem triglicerídeo elevado

RESTRIÇÃO de açúcares: mel, melado, doces, refrigerantes, bebidas alcoólicas.

EVITE consumo elevado de: produtos dietéticos, arroz, batata, pão, farinhas, massas, mandioca, inhame, cará, aveia, milho, torradas, bolachas, feijão, ervilha, grão-de-bico, lentilha.

PREFIRA adoçante artificial e produtos dietéticos à base de aspartame.

Consuma alimentos naturais com baixa caloria, ricos em fibras (farelo de aveia, leguminosas e frutas).

Tenha uma dieta rica em fibras. A quantidade recomendada de fibras alimentares é de 20–30 g/dia, sendo 25% (6 g) ao dia de fibra solúvel. Suas principais fontes são os cereais integrais, as frutas e as verduras.

Procure consumir, também, fibras solúveis por seus efeitos fisiológicos, tais como: retardar o tempo de esvaziamento gástrico; diminuir a absorção de glicose e gorduras (colesterol). Suas principais fontes são o farelo de aveia, as leguminosas e as frutas.

Orientações para pacientes com hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia

O colesterol é encontrado somente em alimentos de origem animal.

Deve-se restringir o consumo de leite integral e seus derivados (queijos amarelos, manteiga, creme de leite), sorvetes cremosos, além de carnes vermelhas gordurosas, carne de porco, *bacon*, enlatados em geral, vísceras (miolo, fígado, coração, língua) e alguns animais marinhos (camarão, lagosta, ostra).

Procure usar leite e iogurte desnatados, queijos com baixos teores de gordura, como ricota, *cottage* e queijo de Minas fresco.

Em relação à carne bovina, procure escolher os cortes com menor teor de gordura, como *filé mignon*, patinho e coxão mole.

Nas carnes brancas, preferir frango e peru sem pele, lembrando que a carne escura dessas aves possui, às vezes, quantidades mais elevadas de gordura do que alguns cortes de carne bovina.

Procure evitar frituras em geral. Usar óleo de oliva, óleo de canola e oleaginosas (castanha, nozes, amêndoas).

Consuma peixes de água muito fria, como salmão, arenque, bacalhau e cavala.

Prefira creme vegetal ou margarina à manteiga.

Consuma alimentos que contenham fibra solúvel como frutas, leguminosas (ervilha, feijão-carioca, lentilha) e aveia, pois diminuem os níveis de colesterol total e LDL.

Algumas fontes de fibra solúvel são: aveia, feijões, abóbora, maçã, frutas cítricas, couve-flor, feijão verde, couve, leguminosas secas, cenouras, morangos, batatas, repolho, mandioca.

Reduza a ingestão de café e procure usar café filtrado.

Consuma alimentos que contenham vitamina E (cereais integrais, castanha-do-brasil, nozes, brócolis, espinafre, couve, alface, agrião, frango), flavonoides (uva, maçã, cebola, chás e bebidas derivadas, como suco de uva e vinho) e vitamina C (acerola, goiaba, laranja, maracujá, abacaxi, tomate), pois inibem a oxidação do LDL.

Procure reduzir a ingestão de carboidratos simples (açúcar, mel, bolos, geleias e doces em geral) e de bebidas alcoólicas.

Evite excesso de carboidratos complexos (arroz, macarrão, pães, batata, mandioca, trigo e fubá).

Devemos consumir alimentos pobres em colesterol e gorduras saturadas, como:

Laticínios	Leite e iogurte desnatados, queijo branco fresco, ricota, <i>cottage</i> e queijos <i>light</i> .
Cereais e tubérculos	Arroz, batata, inhame, macarrão, pães, bolacha de água e sal, cereais integrais.
Carne	Carnes magras e peixes ou aves sem pele.
Ovos	Clara de ovos. Frutas e hortaliças Frutas e hortaliças frescas.
Óleos e gorduras	Canola, girassol, milho, soja, azeite de oliva e cremes vegetais <i>light</i> .
Diversos	Picolés de frutas, <i>frozen</i> iogurte e doces de frutas.

Devemos evitar consumir alimentos ricos em colesterol e gorduras saturadas, como:

Laticínios	Leite e iogurte integrais e queijos amarelos (prato, mussarela, provolone, parmesão etc.)
Cereais e tubérculos	Massas com ovos ou preparos com creme de leite, requeijão, manteiga, croissant, pães echeados, cremes ou coberturas de chocolate ou coco
Carnes	Carnes gordas, miúdos (fígado, moela, rim, língua etc),. embutidos (linguiça, salsicha, mortadela, salame, presunto etc.) <i>lula e escargot</i>
Ovos	Alimentos que contenham grande quantidade de gema, como quindins e fios de ovos
Frutas e hortaliças	Coco, hortaliças preparadas com creme de leite, margarinas duras, requeijão ou queijos gordurosos
Óleos e gorduras	Sorvetes cremosos, chocolate, tortas e bolos confeitados
Diversos	Gordura hidrogenada, manteiga, margarina, banha de porco, gordura e óleo de coco

Você sabe a diferença entre Light e Diet, ou não?

Diet são alimentos que não possuem um ou mais ingredientes na sua composição, que pode ser ausência de açúcar (sacarose, mel, açúcar mascavo, glucose), ausência de sal e ausência de gorduras.

Light são alimentos que se caracterizam por apresentar redução na quantidade total de um dos seus componentes, de no mínimo 25%, como exemplo, açúcar, gordura e sódio.

Os produtos *light* e *diet* são usados com fins específicos; tais como: indicados para diabéticos, hipertensos, dislipidêmicos (colesterol e triglicerídeos altos).

É muito importante fazer a leitura cuidadosa dos rótulos na hora da compra dos alimentos; para se certificar de que quantidade de calorias você está comendo. Não confie apenas na denominação *diet* ou *light* escrita na embalagem ou rótulo. Identifique a quantidade de cada nutriente (gordura, carboidrato, sal, proteínas, vitaminas e minerais).

Faça sempre a conta para saber exatamente quantas calorias você está ingerindo!

A maioria das pessoas, por não estarem esclarecidas adequadamente sobre o que é *light* e *diet*, acaba por abusar destes produtos. E, por conseguinte, ingerem quantidades calóricas muito acima das suas necessidades. Por exemplo: uma fatia de bolo comum, que tem aproximadamente 205 calorias, se for trocada por duas fatias de bolo *diet* fará com que você esteja comendo 270 calorias. Por este motivo tem que se ter muito cuidado!

O laboratório Medley em uma publicação recente chama a atenção que existem produtos que são ao mesmo tempo *diet* e *light*. Por exemplo: o iogurte desnatado é *light*, ou seja, apresenta baixo teor de gordura, mas ao mesmo tempo é *diet*, pois não possui açúcar.

Os refrigerantes *diet* e *light* podem ser consumidos tanto por pacientes diabéticos, quanto por aqueles que estão fazendo tratamento para perder peso.

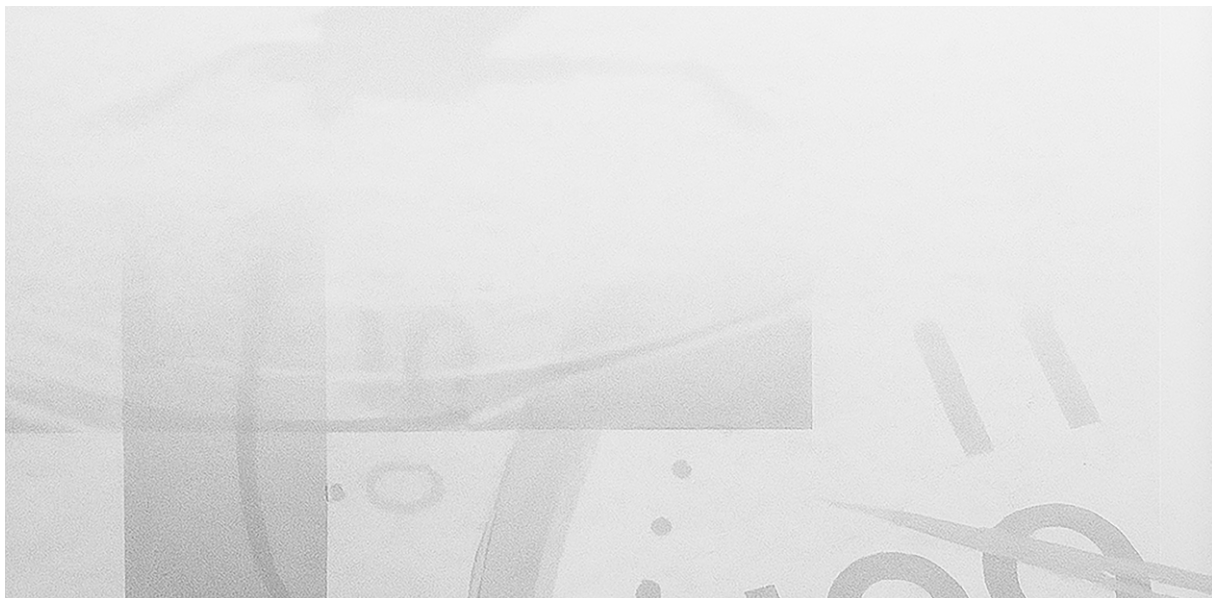
Existe legislação no Brasil específica para controle destes alimentos indicados para fins especiais: é a Portaria n.º 29, de 13/01/1998, que obriga constar nos rótulos dos alimentos tabelas com a classificação alimentar e o seu respectivo teor calórico.

Portanto, agora que você já sabe a diferença entre alimentos *light* e *diet*, exercite os seus conhecimentos quando for ao supermercado e não se deixe mais enganar!



CAPÍTULO V

ALTERAÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO



Asma

A asma é uma doença muito comum tanto em crianças, jovens, adultos e idosos.

Caracteriza-se por respiração ruidosa, falta de ar e tosse. Acentua-se principalmente no início da manhã e à noite. Comumente as pessoas dizem ter um chiado de gato no peito, tudo isto em consequência da obstrução da árvore brônquica, por edema da mucosa de revestimento, espasmo da musculatura brônquica e aumento exagerado da secreção das glândulas produtoras de muco.

As principais causas são: hereditariedade, alergia a substâncias inalantes como, pó, poeira, ar frio e seco, ácaros, odores fortes de perfumes e substâncias químicas, fumaça, mofo, além de substâncias alimentares com alto poder alergizante, tais como: mariscos, chocolates, carne gorda (porco), bebidas que contenham corantes amarelos, bebidas muito geladas etc. Estresse, depressão e uso de certas drogas pesadas, como cocaína, também são fatores agravantes.

O diagnóstico se faz pela história do paciente e pelo exame clínico. O médico tem que ter muita precaução no diagnóstico, pois nem tudo que sibila (chiado) é asma. Às vezes um corpo estranho na árvore brônquica de uma criança pode ser confundido com asma, assim como também um edema agudo de pulmão para os menos avisados pode também ser confundido... e o erro pode ser fatal.

A espirometria, que é um exame simples, ajuda bastante também no diagnóstico. Temos que lembrar que em pacientes que já tenham tido asma anteriormente as infecções podem precipitar crises asmáticas.

O tratamento se baseia em afastar as causas precipitantes das crises de asma do paciente. Isto envolve um processo educativo do próprio indivíduo bem como de seus familiares, limpeza permanente do ambiente domiciliar (controle do ambiente no que pertine a inalantes e alimentos), evitar exercícios naqueles que reconhecidamente desencadeiam crises aos menores esforços. Mas lembrar que, durante o tratamento, as caminhadas e a natação ajudam bastante na recuperação destes pacientes.

O tratamento está baseado, também, no uso de broncodilatadores, hidratação, corticoterapia, antibioticoterapia, exercícios especiais visando à expiração forçada e melhorando a capacidade vital destes pacientes.

Os asmáticos de infância não necessariamente serão idosos asmáticos, mas uma grande maioria será se durante a vida esta doença não for bem manejada.

Enfisema Pulmonar e Bronquite Crônica

Estas são duas doenças consideradas graves entre aquelas que se denominam Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC). Muitas vezes são confundidas com asma brônquica, mas apesar de terem sinais e sintomas parecidos, não têm nada a ver com asma.

A DPOC, por ser uma doença crônica, é progressiva e debilitante, e tem como principal característica a obstrução das vias aéreas (brônquios e bronquíolos). Manifesta-se clinicamente por falta de ar, tosse persistente e produtiva (muita expectoração). Como é debilitante, o paciente tem dificuldade de se locomover, tomar banho, conversar, subir escadas etc., pois fica sempre muito dispnéico (com falta de ar). As crises são repetidas, uma vez que as infecções estão quase sempre presentes.

É uma doença com grande repercussão na saúde pública, pois na maioria dos países está presente em mais de 10% da população. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a DPOC está entre as maiores causas de doenças incapacitantes, influenciando negativamente no Produto Interno Bruto (PIB), sendo responsável por 23% das faltas ao trabalho e, por conta disto, da baixa produtividade do processo industrial.

As maiores causas destas doenças são: o fumo e, em seguida, poeiras industriais tais como asbesto, cimento, calcário, fibras de vegetais usados na indústria de tecelagem, cânhamo, fumo em geral (como é o caso da defumação do látex para coagulação deste último, que vitimou muitos brasileiros na época áurea da borracha).

O diagnóstico de DPOC deve ser considerado em qualquer pessoa que apresente sintomas por mais de um mês, como tosse, expectoração, dispneia e/ou história de exposição a poluentes atmosféricos já referidos acima. Este diagnóstico deve sempre ser confirmado por raio-X e espirometria,¹ que é um método que avalia vários parâmetros respiratórios da função pulmonar.

O tratamento visa melhorar farmacologicamente os sintomas e impedir as recidivas do processo. Os exercícios são indispensáveis para a recuperação da função ventilatória e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Ultimamente, a ciência tem desenvolvido substâncias que têm proporcionado melhores dias aos pacientes de DPOC. Existe uma nova droga chamada Brometo de Trio-trópico que, com apenas uma única inalação diária, vem mantendo o bem-estar de pacientes dependentes de oxigênio-terapia e várias inalações por dia com broncodilatadores diversos. Respirando muito melhor, os pacientes têm a expectativa de viver com qualidade os anos que lhes restarem.

21 A espirometria permite verificar se existe obstrução ao fluxo de ar, ou seja, se as vias aéreas estão anormalmente contraídas, ou se o volume dos pulmões está normal. São realizados ainda testes de medicação broncodilatadora (bombinhas do tipo Aerolin ou Berotec), determinando se a obstrução é reversível ou não. Com este procedimento pode-se diagnosticar a presença de asma e o quanto há de melhora após o uso do broncodilatador.

Quero chamar a atenção para aqueles que se autopoluem com fumaça do cigarro, para o respeito que deverão ter com aqueles que inteligentemente não fumam. Ninguém tem o direito de poluir o outro; hoje é considerado crime quem fumar em lugar proibido! Prefiro ver a população de fumantes presa, encarcerada, a vê-los como os vejo sempre: sem poder andar, conversar, subir um degrau, sorrir e amar!

Epistaxe

É a perda de sangue pelo nariz, que pode sair também pela boca, sendo freqüente em velhos e crianças.

Por que ocorre? O nariz é bastante irrigado por vasos muito finos, que por vários fatores podem romper com facilidade.

Os fatores mais comuns deste tipo de sangramento são: traumatismos, espirros freqüentes, ambiente com baixa umidade, medicamentos, grande uso de inalatórios e drogas, como a cocaína.

A grande maioria das vezes, os episódios de epistaxe podem se resolver espontaneamente, bastando para isto pressionar a parede lateral do mesmo lado da narina que sangra e respirar fundo pela boca.

Se, contudo, o sangramento não parar, podemos colocar um chumaço de algodão embebido em água oxigenada, com adrenalina ou norepinefrina.

Quando cessar o sangramento, deve-se recorrer a um serviço de urgência. É importante não assoar o nariz por um período de sete dias e procurar estar sempre lubrificando a narina com vaselina até três vezes ao dia, a fim de evitar novo sangramento.

Muitas vezes se faz necessário a cauterização ou o tamponamento, que deve ser realizado por um especialista com muita experiência neste assunto.

Algumas vezes o sangramento se dá em consequência de doenças da coagulação sanguínea, como a hemofilia.

Quem estiver fazendo uso de aspirina ou anticoagulante, deve ter reavaliada a dosagem pelo seu médico.

Portanto, em sangramento nasal não se deixe alarmar! Nem sempre é grave, e às vezes é até benéfico!

Derrame Pleural

Derrame pleural não é uma doença, mas uma manifestação de uma doença. É o acúmulo de líquido pleural entre duas folhas de revestimento: uma que recobre os pulmões (denominada pleura visceral) e outra que recobre internamente a grelha costal.

Normalmente existe um espaço virtual, com pequena quantidade de líquido, que serve para lubrificar pulmão e a parede das costelas, facilitando assim o deslizamento do pulmão na função principal, que é a respiração.

Logo, se acontecer de se acumular maior quantidade de líquido neste espaço, teremos o que chamamos derrame pleural. A natureza deste líquido pode variar, desde um líquido fino amarelo-citrino, com viscoso, mais escuro, mas pode também ser sanguinolento, purulento e até leitoso. Tudo isto dependendo de que tipo de líquido se acumulou, se resultou de um traumatismo com rompimento de vasos e/ou extravasamento de sangue, ou uma tumoração da própria pleura ou do pulmão.

Diz-se purulento quando resulta de uma infecção pulmonar ou pleural devido a bactérias piogênicas (aquelas que produzem pus), como o tuberculoso e estreptococos e outros. Leitoso quando provém da linfa acumulada normalmente dentro do tórax.

Os sintomas são: tosse seca acompanhada de dor em pontada, dependente da respiração. Os sinais, dependendo do volume acumulado, podem ser falta de ar e abaulamento visível quando o paciente está despido, na ausculta o médico não consegue ouvir o ruído do enchimento dos pulmões.

O diagnóstico se faz através da história do paciente, um raio X de tórax e/ou uma ultrassonografia, que vai nos revelar o volume contido entre os dois folhetos pleurais, acompanhado de exame clínico competente

É necessário fazer o diagnóstico da causa para se iniciar o tratamento, pois se este for mal conduzido, o paciente poderá chegar ao óbito.

Vale lembrar a insuficiência cardíaca, ou seja, a falência do coração de bombear sangue para o resto do corpo em volumes adequados, é a causa mais freqüente em idosos. Mas os tumores, as infecções e os traumatismos também são fatores de risco para o derrame se instalar.

O tratamento, na maioria das vezes, é clínico-cirúrgico, pois devemos esvaziar este derrame, se este é extenso e está dando sintomas visíveis como falta de ar, e clínico, usando medicamentos de acordo com o agente causador.

Roncos noturnos ou Apneia do sono

Apnéia do sono é a condição definida por paradas repetidas e temporárias da respiração durante o sono. Este distúrbio é freqüentemente associado aos roncos noturnos.

O ronco é simplesmente a tradução sonora indicando que há uma diminuição ou estreitamento da via aérea de passagem do ar. Se o referido estreitamento torna-se severo, ocorre o fechamento ou colapso da via aérea, resultando na apnéia.

Estas paradas transitórias da respiração são responsáveis por diminuições das concentrações de oxigênio no sangue e de despertares freqüentes, despercebidos durante a noite.

A Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) ocorre quando o esforço respiratório é iniciado, mas o mesmo não chega aos pulmões em decorrência da obstrução das vias aéreas.

Os indivíduos são considerados portadores desta síndrome quando o índice de apnéia é superior a 10 episódios de 10 segundos em cada hora de sono.

Os sintomas que acompanham esta síndrome são: sonolência diurna excessiva, roncos noturnos podendo ultrapassar mais de 60 decibéis, obesidade, apnéias, enurese noturna (urinar na cama enquanto dorme), refluxo gastroesofágico, fadiga diurna excessiva, sono não-reparador, sensação de cansaço ao acordar, despertares freqüentes durante a noite, perda progressiva da memória e dificuldade de concentração, cardiopatias associadas (extrassístoles, taquicardia, hipertensão arterial, angina do peito, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca pulmonar), sudorese noturna, diminuição da libido, cefaleia matutina, retração da mandíbula, depressão, irritabilidade, modificação da personalidade e da voz.

Em alguns pacientes predispostos a estas síndromes, certas drogas podem precipitá-la, tais como: álcool, sedativos (benzodiazepínicos e similares), anestésicos e narcóticos (codeína, morfina).

O diagnóstico se faz pela história de que o paciente produz ruídos estranhos na calada da noite (sempre referido pelo parceiro), acompanhados de toda sorte de sintomas já referidos acima.

Existe um exame chamado Polissonografia²² que mostra em um gráfico as diversas vezes durante a noite em que o indivíduo fez a apnéia. Se estiver acima de 10 episódios em 1 hora, está feito o diagnóstico.

Temos que alertar que esta é uma síndrome de alto risco, pois aquela história que o fulano foi dormir bonzinho e não acordou mais pela manhã, muitas vezes foi em consequências de uma parada respiratória após uma parada respiratória prolongada tendo, como resultado, parada cardíaca e morte.

O tratamento é possível, com cuidados gerais, cirurgias do palato mole, prótese especial para não permitir a queda da língua e a mudança de posição da mandíbula, facilitando assim a passagem do ar pelas vias aéreas até os pulmões. Evitar bebidas alcoólicas à noite e drogas já referidas que podem desencadear apnéia.

22 A polissonografia é realizada em um laboratório de sono sob a supervisão de técnico ou enfermeiro treinado para este fim. O paciente deve dormir com sensores fixados no corpo que permitem o registro do sono. Os sensores (ou eletrodos) são fixados de maneira a permitir ao paciente movimentar-se durante o exame, não atrapalhando assim o sono.

estes episódios de apnéia, cuidar da obesidade, não fumar, dormir em posição especial, de lado com a cabeça levantada. E, sobretudo, conscientizar o paciente dos riscos e da necessidade de ter estes cuidados especiais.

Portanto, cuide de dormir com qualidade, sem estar com o estômago cheio e nunca durma embriagado. Faça tudo para não roncar à noite, pois esta tem sido a segunda causa mais comum alegada para o divórcio nos Estados Unidos.

Assim, não perca seu parceiro por causa de um barulhinho a mais...

Tosse

A abrupta eliminação do ar dos pulmões através da boca com a produção de um forte ruído é o que chamamos de tosse.

É quase sempre de origem irritativa da garganta, laringe, traquéia, brônquios e até da pleura, por agente estranho, pólen, poeira, fumaça ou gases. De uma maneira geral, corpos estranhos. Isto ocorre sempre como mecanismo de defesa do organismo, com a finalidade de expulsar estes agentes irritantes.

Logo, a tosse tem múltiplas origens: cigarro (que é um dos principais), hiper-reatividade dos brônquios (como acontece na asma), bronquite etc. Também as infecções do trato respiratório, refluxo do líquido do estômago, tumores das vias respiratórias e do esôfago, insuficiência do coração, corpos estranhos, infecções bacterianas (principalmente tuberculose) e inalação de ar muito quente ou muito frio.

É importante observar a tosse em relação a: há quanto tempo ela tem se manifestado, é esporádica ou contínua, vem ou não acompanhada de secreção (catarro), que cor tem a secreção, é sanguinolenta ou purulenta? Existe relação com o tipo de atividade da pessoa? Em que época do ano começou a tosse? Há outras pessoas da família com o mesmo tipo de tosse?

O tratamento é sempre da causa da tosse, logo o médico esperto cuida de descobrir o agente causador, para eliminá-lo, caso contrário não consegue tratar corretamente.

A prevenção se faz sempre, principalmente em idosos, com as vacinas antigripais e antipneumônicas e controle do ambiente domiciliar e trabalho.

O cuidado com a tosse é muito importante, pois molesta muito as pessoas, principalmente os idosos, e posso afirmar que em casos de sufocamento podemos ter até o óbito do paciente.

Tosse fantasma

Muitos idosos queixam-se de tosse sem estar resfriados, gripados ou com qualquer infecção do trato respiratório. Logo a tosse fantasma tem que ser averiguada sua causa, pois sempre existe uma.

Sem perceber, na medida em que você vai envelhecendo, pela própria e natural perda das funções, a musculatura do esôfago fica com menor poder contrátil e a válvula que separa o esôfago do estômago (que deverá sempre abrir-se todas as vezes que você se alimenta e que o esôfago estiver repleto, para passar para o estômago), nos idosos fica deficiente e não se fecha adequadamente. Por este motivo, ao se alimentar fica sempre um refluxo do estômago para o esôfago, de restos alimentares, agora ricos em suco gástrico.

O suco gástrico, por sua vez, é muito ácido, e se dá o fenômeno da “queima” ou “azia”, como é conhecido. Na maioria das vezes este suco chega até a traquéia e entra no pulmão, produzindo crises de tosse intensa e sufocante. Muita das vezes produz “pneumonia química”, de difícil tratamento. Logo, esta síndrome do refluxo deverá sempre ser lembrada nos casos de tosse sem explicação.

Nestes casos o paciente tem que ter recomendações especiais quanto à frequência que deve se alimentar, as quantidades ideais em cada refeição, com recomendações de não deitar antes de uma hora após a ingestão de alimentos. Também não deverá tomar líquido em grande quantidade e, quando tomar, deve ser sempre longe das refeições.

Um outro componente de risco de tosse sem explicação ou fantasma todas as vezes que o idoso deitar é a presença de sinusite etmoidal, que drena secreção pela parte posterior do nariz, à qual caminha até a traquéia e produz o reflexo da tosse.

Então, todas as vezes que você estiver frente a um problema de tosse em idoso, tem que ser pesquisado tanto o aparelho digestivo, para afastar a possível causa de síndrome do refluxo gastrointestinal, quanto as vias aéreas superiores, para afastar a suspeita de sinusite etmoidal.

Tosse sempre tem causa, e não existe tosse fantasma! Aparecendo este sintoma, tanto em idosos como em jovens, deverão sempre ser pesquisados.

Pneumonias em idosos

Este termo, pneumonia, quer dizer infecção ou inflamação nos pulmões. Todos os seres vivos que possuem pulmão estão passíveis de terem pneumonia. Contudo, nos seres humanos é mais comum nas crianças e nos idosos.

Todas as vezes que houver falha nos mecanismos de defesa orgânica, esta infecção pode se instalar. O desenvolvimento da infecção se dá por inalação das bactérias, vírus ou agentes químicos, ou por aspiração das bactérias que existem normalmente na boca e até por proliferação de uma outra infecção em outro sítio do organismo, que através da circulação acaba chegando aos pulmões.

Existem os mecanismos naturais de defesa orgânica, tais como a filtração do ar nas narinas, e é por este motivo que temos pelos dentro do nariz, por expulsão de partículas estranhas quando inaladas através do espirro e da tosse e, finalmente, pela ação de células macrófagas, que englobam e matam bactérias e vírus, além de outras partículas estranhas que chegam aos alvéolos pulmonares.

Estas infecções debilitam muito os idosos, pois estes se desidratam com a febre, têm muita dor na respiração, se enchem de secreção, escarram catarro cor de tijolo por causa do sangramento provocado pela infecção nos alvéolos e bronquíolos terminais, promovem muita falta de ar, e muitas vezes caem na circulação e acabam fazendo infecção generalizada e morte dos pacientes.

A frequência de internação por problemas respiratórios é muito alta, principalmente em grandes fumantes e naqueles que previamente são portadores de doenças obstrutivas crônicas pulmonares, tais como: bronquites, sinusites, enfisema e bronquiectasias.

Em climas frios, o número de pneumonias em idosos com desfecho fatal é muito alto, assim como também em climas quentes, com umidade acima de 90%, com muitas chuvas, como acontece aqui no Norte.

O diagnóstico tem que ser feito precocemente para evitar o pior, e é bom estar atento porque, nos idosos, nem sempre os sintomas como febre e tosse estão presentes e pode, às vezes, iludir o médico. Daí a necessidade de um exame apurado e sempre procurar fazer um raio-X de tórax para ajudar a identificar, diagnosticar e tratar precocemente o problema.

Como a bactéria mais comum é o *pneumococos* e existem antibióticos potentes para matar esta bactéria, logo deverá ser estabelecida a oferta de antibioticoterapia, hidratação, expectorantes, antitérmicos e analgésicos, repouso, ambiente ventilado, alimentação de suporte e muita atenção, porque quase sempre a pneumonia vem acompanhada de depressão nos idosos, o que agrava muito mais o quadro geral do paciente.

Para evitar tudo isto, basta que se faça a imunização contra a gripe e pneumonia com vacinas disponíveis na Rede Pública, as quais são muito eficazes, reduzindo não só as infecções como também os casos fatais.

Rinite

Rinite é uma inflamação não contagiosa das mucosas das fossas nasais, que atinge pelo menos 30 a 40% da população em geral, mas particularmente crianças e idosos. É uma inflamação devida a agentes irritantes, fumaça, cheiro forte, poeira, pluma, fungos. E por estes motivos, nas pessoas sensíveis, é uma doença recorrente.

Os sintomas mais evidentes são: corrimento nasal, coceira no nariz, garganta, boca e olhos, espirros e até febrícula pode aparecer.

Entre os agentes causais não podemos esquecer certas medicações, como antibióticos, sulfas, vitaminas e certos alimentos, como chocolate, leite integral, mariscos, frutas gordurosas. Vale ressaltar, também, a influência de mudanças bruscas de temperatura.

Para prevenir, devemos evitar ficar muito tempo em ambientes viciados, sem renovação de ar, não fumar, não ficar perto de ambientes recém-pintados, ficar longe de locais mofados.

As complicações mais frequentes são em consequência da obstrução nasal, que interfere no sono, provoca apneia do sono, que em idosos tem risco alto, além de infecção de ouvidos e sinusite.

O tratamento, que deve ser sempre realizado com acompanhamento médico, inclui descongestionantes, analgésicos, antialérgicos e antitérmicos.

Em idosos que têm hipertensão não podemos olvidar que medicamentos à base de fenilefrina são extremamente perigosos, pois podem fazer elevação da pressão arterial e acabar em eventos cardiovasculares sérios.

Sinusite

As fossas nasais se comunicam com outras cavidades ao redor do nariz, e que são revestidas por uma mucosa rica em vasos. Estas devem estar permanentemente permeáveis e ventiladas, para manter a normalidade nesta região.

A sinusite nada mais é do que uma inflamação desta região por vírus ou bactérias, promovendo obstrução por edema desta mucosa, produção de grande quantidade de secreção infectada, podendo provocar espirros freqüentes com odor muito desagradável, muita dor na face e na cabeça, mal-estar geral e tosse, pois as secreções drenam pelos orifícios posteriores das fossas nasais e chegam até a traqueia, promovendo tosse irritante e, muitas das vezes, até infecção pulmonar séria.

O diagnóstico se faz através da história do paciente, exame físico da região e exames radiográficos da face.

O tratamento se faz com antibioticoterapia apropriada, de acordo com o germe isolado e/ou anti-fungos quando necessário, nebulizações, fluidificantes, antitérmicos e analgésicos.

Nos idosos é muito comum sinusite, principalmente naqueles que são grandes fumantes. É hoje menos freqüente, mas ainda existem os fungadores de rapé (uma porção de tabaco esmagado que alguns idosos inalam).

Existe um tipo de sinusite mais ou menos comum nos idosos, que é aquela provocada por doenças sexualmente transmissíveis, em consequência de sexo oral, e acontece principalmente quando a atividade sexual é praticada com pessoas de risco, como são as prostitutas. Por este motivo temos que colher bem a história dos pacientes e, sempre que possível, fazer uma cultura das secreções nasais para identificar as bactérias e tratar corretamente o problema.

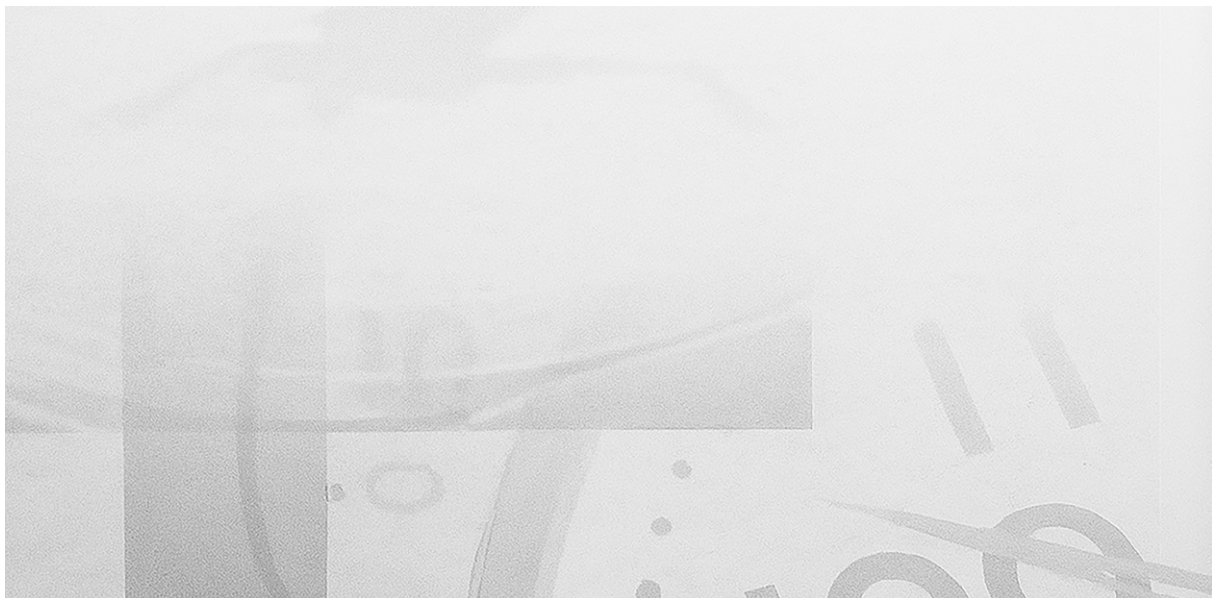
Devemos prevenir esta doença que é séria. Portanto, devemos evitar as infecções as quais já me reportei, tentando manter sempre permeáveis as cavidades ao redor do nariz, tratar corretamente os problemas alérgicos, corrigir cirurgicamente os desvios do septo.

Isto tudo em conjunto pode prevenir a sinusite, principalmente os que moram em regiões mais frias, evitando choque térmico, para não provocar coriza (corrimento nasal) e, em seguida, infecção sinusal.



CAPÍTULO VI

MANIFESTAÇÕES DE DOR NOS IDOSOS



Dor

Ador tem sido uma das queixas mais freqüentes nos consultórios geriátricos.

Paciente maior de 60 anos se queixa duas vezes mais de dor do que os menores de 60 anos. Estudos comprovam que 25 a 50% de idosos padecem de dor crônica e 45 a 80% de pacientes institucionalizados têm este sintoma subtratado pela equipe médica.

A dor crônica compromete a qualidade de vida dos pacientes e cursa quase sempre com depressão, fadiga, perda de apetite, reclusão, insônia, distúrbios de marcha, quedas, dificuldade de deambular e muitas vezes com a polifarmácia.

Na maioria das vezes o tratamento não surte efeito pela subestimação deste sintoma na maioria dos casos. E muitas das vezes pode até provocar iatrogenia, levando a complicações e morte dos pacientes quando, ao tentar resolver o problema, usamos drogas que podem interferir no centro da respiração com sedação e parada respiratória e suas consequências.

No idoso é freqüente dor articular e muscular, muitas vezes associada com osteo-artrite, neuropatia periférica, dor por câncer, dor da coronariopatia, assim como as dores da insuficiência vascular periférica com câimbras nos membros inferiores.

Doenças comuns nesta fase da vida, como polimialgia reumática e arterite temporal devem ser sempre lembradas quando a queixa é dor de cabeça, juntamente com dores difusas pelo corpo.

Quando pretendemos tratar a dor, devemos levar em consideração a clínica, buscando a causa para tratá-la. Melhorar a capacidade funcional do paciente, o sono, o humor e a socialização do mesmo. Por este motivo está indicado o concurso multidisciplinar do caso.

Não devemos deixar de usar todos os recursos disponíveis e a acupuntura é sempre indicada nestas situações.

Manejo da dor

É freqüente o binômio idade avançada – dor na prática do dia-a-dia no consultório do geriatra. Daí a importância da abordagem deste tema na população de idosos que recorrem aos serviços médicos. Como na modernidade a dor é considerada o 5.º Sinal Vital, não pode estar nunca fora de uma anamnese bem feita.

A síndrome dolorosa se torna assim um grande desafio a ser enfrentado pelo Poder Público na aplicação de Saúde Pública de qualidade para este segmento expressivo na nova sociedade mundial. A síndrome dolorosa originará, com certeza absoluta, uma carga de sofrimento individual e com custos consideráveis.

A experiência individual com este terrível sintoma é de capital importância, sendo de origem sensorial, pois cada um tem a sua própria percepção do fenômeno. Fatores tais como idade, atenção, medo, ansiedade, nível cultural/vida afetiva, experiências prévias influem diretamente na percepção dolorosa. A dor crônica é tão frequente nestas populações de idosos e pode originar depressão, ansiedade, prejuízo na socialização, insônia e aumento das necessidades de cuidados especiais de saúde pública.

Pesquisas mostram que 80% das síndromes dolorosas ocorrem em consequência de alterações músculo-esqueléticas, e que isto aparece entre 25 a 45% nas populações acima de 65 anos de idade. Está provado que com a idade vai diminuindo a sensação dolorosa em todo o corpo com exceção das articulações, pois nestas há uma exacerbação da dor. Quase sempre nos convencemos que a dor faz parte integrante do processo de envelhecimento, e os velhos por isto e por não quererem incomodar os demais muitas vezes omitem estas informações, mas por outro lado mudam de humor, ficam ranzinzas, prejudicando o seu tratamento e diminuindo em muito a sua qualidade de vida e de seus familiares.

O que temos a fazer é sempre buscar as causas, identificá-las e tentar de qualquer maneira aliviar este sintoma, que é o mais comprometedor da qualidade de vida daqueles que foram beneficiados com um maior número de anos de vida, os quais deverão ser desfrutados na sua plenitude!

Cefaléia ou dor de cabeça

Esta é uma das queixas mais comuns entre os idosos ao chegarem aos consultórios médicos. Cefaléia tem como definição aquela dor que atinge toda a cabeça, ou apenas a parte frontal desta.

Muitas são as causas envolvidas neste processo. Existem cefaléias benignas e malignas. As benignas são as mais comuns e quase sempre derivam de: distúrbio gástrico, sinusite, enxaquecas, alterações hormonais nas mulheres e muitas vezes pela própria tensão emocional.

Felizmente estas são causas não-mortais. Contudo, existem outras causas ditas malignas porque podem levar a risco de vida. São elas: meningite, tumores cerebrais e hemorragias subdurais (sangue que se acumula entre a dura-máter e o crânio).

Há dores de cabeça que têm surgimento há anos, deixam muito mal-estar e prejudicam o paciente até socialmente, mas não levam ameaça à vida. Por outro lado, àquelas que surgem de pronto e que se exacerbam rapidamente, que mantêm relação com o aumento de esforço, qualquer que ele seja, são perigosas e devem ser investigadas por um clínico ou um neurologista. Nestes casos, deveremos recorrer de imediato a exames tais como tomografia ou ressonância magnética do crânio, raio-X de coluna vertebral, raio-X ou tomografia de face, coleta e exame do líquido céfalo-raquidéo (líquido da espinha). Estes exames podem orientar de imediato o médico para qual tipo de procedimento deve ser executado.

Logo, cefaléias demoradas e de longo tempo claro que devem ser pesquisadas e cuidadas. Às vezes, basta uma simples correção da lente dos óculos para resolver o problema. Outras vezes, tratando adequadamente a enxaqueca livra-se o paciente deste mal-estar.

Vale lembrar que comida rica em gordura e condimentos também podem desencadear crises de cefaléia. Mas com as grandes dores de cabeça súbita, devemos ter cuidados especiais, pois nem sempre o diagnóstico é favorável e o médico terá que intervir de imediato, devido ao risco que correm os pacientes.

No caso de cefaléia de qualquer natureza, não se automediquem. Procurem logo um médico especialista!

Enxaqueca

Enxaqueca pode ser definida como dores de cabeça recorrentes (que vão e voltam), que podem ser uni ou bilaterais, com muitas náuseas, vômitos, fotofobia (hipersensibilidade à luz), distúrbios visuais, com escotomas cintilantes (estrelinhas luminosas), auditivas (zumbido), cuja característica é de duração de poucos segundos a horas ou dias.

É quase sempre de caráter hereditário, porém, não sabemos ao certo quais são as verdadeiras causas. Contudo, estão entre os fatores de risco o estresse, traumas psíquicos ou somáticos, a ingestão de certos alimentos (café, chá, chocolate, álcool, queijos fortes, etc.), mudanças bruscas de temperatura e umidade, sono incompleto, distúrbios hormonais em homens e mulheres, certos medicamentos, como os anticoncepcionais.

O diagnóstico se faz pela história de dor de cabeça que tem duração de 4 a 72 horas, sempre em conjunto com náuseas, vômitos, com sensibilidade a sons e luz. É necessário observar, ainda, que estas dores guardem as seguintes localizações: toda a cabeça ou somente uma metade da cabeça é atingida.

Pode ser pulsátil ou não. E a intensidade pode variar de média para maior intensidade de dor, levando muitas vezes o paciente ao desespero e aos gritos.

A prevenção se faz evitando aqueles alimentos referidos anteriormente, os quais são do grupo de risco de produzir enxaqueca. Procure fazer exercícios regulares e limitar o estresse.

O tratamento é feito evitando os fatores predisponentes, tais como, fumo, álcool, sono, estresse, fadiga, ingestão de certos alimentos, medicamentos tais como ergotamina, dihidroergotamina, triptanol, beta-bloqueadores, anti-inflamatórios, não-hormonais, antidepressivos tricíclicos, e anticonvulsivantes.

O Idoso sente dor muscular quando se exercita?

Sim, é muito comum o idoso queixar-se de dor muscular intensa após o exercício físico.

Quando você está muito tempo parado e volta novamente a fazer exercícios físicos, com muita probabilidade acordará nos dois próximos dias queixando-se de dor muscular sem localização precisa. A sensação é de que você tomou uma boa surra, e tem dificuldades até em escovar os próprios dentes.

Os mecanismos responsáveis por isto são, com certeza, decorrentes de um processo inflamatório que foi ocasionado por microlesões nas fibras musculares. Então, o sistema imunológico se apressa em mandar células reparadoras, tais como neutrófilos e macrófagos. Estas, ao se deslocarem para cessar o processo inflamatório, degranulam e liberam prostaglandinas e bradicininas que se apoderam dos receptores da dor no organismo e os deixam muito sensíveis, aumentando em muito a possibilidade da sensação dolorosa.

Se você insistir nos exercícios, o seu corpo vai lentamente se adaptando e o processo doloroso desaparece. É necessário sempre fazer alongamento antes e depois dos exercícios, mas esta prática não diminui em nada este processo inflamatório que dá origem à dor. Portanto, é importante que se faça sempre alongamento antes e depois dos exercícios, mas consciente que não vai interferir em nada no processo gerador dos estímulos dolorosos.

Não confundir estes episódios dolorosos com mialgia das doenças reumáticas e da fibromialgia, pois estas são dores que, na maioria das vezes, não se limitam somente aos músculos, mas que muitas vezes têm extensão para as articulações, o que é gerado por um mecanismo completamente diferente do primeiro.

É sempre muito prudente buscar a ajuda de um especialista após exercícios acompanhados de processos dolorosos.

Por outro lado, o exercício é fundamental para manter a higidez nos idosos, mas deve ser sempre programado, com cargas proporcionais ao índice de massa corporal de cada um, pois se o indivíduo fizer qualquer excesso corre o risco de causar lesões importantes de músculos e articulações.

Lesões por Esforço Repetitivo (LER)

É doença que se apresentou após a instalação da modernidade na vida dos trabalhadores a partir do século XX. Quando as linhas de montagens se instalaram, a digitação passou a fazer parte do cotidiano das pessoas, se intensificou o aparecimento principalmente de: tenossinovites (inflamação da bainha dos tendões), tendinites (inflamação dos tendões) e epicondilites (inflamação do epicôndilo), que é uma proeminência óssea localizada na face lateral distal da extremidade do úmero. Estas são enfermidades compressivas ou inflamatórias associadas ao uso repetitivo de segmentos do corpo, principalmente das extremidades dos membros superiores, que são locais preferenciais destes tipos de lesões.

A queixa principal é de dor e limitação dos movimentos das extremidades dos membros superiores. Logo, o repouso se impõe e é fundamental como parte do tratamento. O afastamento do trabalho deverá ser feito imediatamente, porque aí reside o principal fator causal.

Analgésicos, anti-inflamatórios não-hormonais, relaxantes musculares e fisioterapia são recursos utilizados no tratamento. Muitas vezes a imobilização é necessária. Não esquecer que quando existem fatores de compressão gerando todo o processo doloroso a cirurgia faz parte do tratamento. Portanto, temos que recomendar que se evitem as atividades repetitivas (datilografar ou digitar sem descanso horas seguidas sem interrupção, por exemplo). O certo para o trabalhador que exerce atividades repetitivas é ter descanso a cada hora e fazer 15 minutos de alongamento, como atividade de prevenção contra este tipo de doença.

Modernamente o termo LER está sendo substituído por DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). Como é uma doença incapacitante, já existem leis que protegem estes trabalhadores.

Aconselhamos a todos que fazem este tipo de trabalho repetitivo tomarem todas as precauções com as medidas preventivas aqui citadas.

23 DORT é exatamente igual a LER, porém identifica prontamente a origem do problema: o trabalho. Sendo assim, denomina-se DORT quando sua origem estiver na atividade ocupacional e LER quando tiver outra origem.

Lombalgia ou Lumbago

Lombalgia ou Lumbago é a dor na região lombar independente da causa. Pode ser aguda ou crônica.

- *Lombalgia Aguda*: é uma dor de início súbita e brusca que incomoda muito e deixa o indivíduo com dificuldade de exercer suas atividades da vida diária.
- *Lombalgia Crônica*: com início impreciso, com períodos de acalmia e outras de muita dor. As causas principais são as lesões nos ligamentos paravertebrais ou nos discos intervertebrais.

Algumas vezes se deve a fraturas vertebrais em consequência da osteoporose, defeitos congênitos, tumores ou violentos traumatismos, postura inadequada, enfraquecimento da musculatura por hipoproteïnemia, infecções, como a causada pela tuberculose e a prática esportiva sem controle.

O tratamento se faz preferencialmente com repouso no leito, medicamentos analgésicos potentes e, sobretudo, terapia expectativa de observação. Caso a melhora não se observe nas primeiras 48 horas deveremos buscar o auxílio de um médico competente para fazer avaliação com detalhes e levantar o diagnóstico causal.

Com o diagnóstico feito, iniciamos o tratamento que pode ser fisioterapia, acupuntura, massagem postural, correção dos vícios de postura, fortalecimento e alongamento dos músculos paravertebrais, não devendo excluir, também, a possibilidade de cirurgia.

A lombalgia tem sido uma das principais queixas nos consultórios médicos e uma das principais causas da ausência ao trabalho da maioria dos trabalhadores brasileiros.

Dor abdominal no idoso

Ador abdominal no idoso tem se tornado um desafio considerável para o diagnóstico médico.

Estudos americanos, de acordo com a *Medical Clinics of North America* (2001), concluíram que metade dos casos de idosos que chegam às emergências com queixas de dor abdominal são internados. Um terço destes pacientes acabam na mesa cirúrgica e cerca de 10% de todos os casos vão a óbito, em consequência do fato gerador da dor.

Daí este desafio diagnóstico para o médico que recebe o paciente na emergência. Logo, o profissional não pode deixar de pesquisar tudo o que é mais comum no idoso, e que pode levar a este quadro de dor.

Não podemos esquecer as peculiaridades dos idosos, tais como: diminuição da imunidade, as queixas são na maioria das vezes vagas, e ainda existe um número muito grande de doenças subjacentes (diabetes, neoplasias, pneumopatias e cardiovascularopatias, por exemplo) em relação à população mais jovem.

As doenças mais freqüentemente encontradas têm sido: doenças das vias biliares, apendicite, diverticulite, isquemia mesentérica, neoplasias, obstrução intestinal não-neoplásica, aneurisma da aorta abdominal, doença ulcerosa do estômago e gastroenterite.

Como já nos referimos anteriormente, o quadro clínico não é típico nos idosos, então o diagnóstico tem que ser feito, cuidada e muito minuciosamente para evitar surpresas desagradáveis.

Um equívoco no diagnóstico pode levar a atrasos no tratamento, e muitas vezes pode ser fatal.



CAPÍTULO VII

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES EM IDOSOS



Angina do Peito – Infarto do Miocárdio

Angina, *angina pectoris* ou angina do peito é uma dor localizada no centro do peito, geralmente atrás do osso esterno. É descrita habitualmente como um peso, um aperto, uma queimação ou uma pressão.

Algumas vezes essa dor pode se estender para os braços, pescoço, queixo ou costas. A dor aparece quando o suprimento de sangue para o coração é insuficiente. Por este motivo, o coração não recebe oxigênio e nutrientes em quantidades necessárias.

Essa dor surge mais freqüentemente durante a realização de exercícios ou em situações de muito estresse emocional ou mesmo pelo frio.

O suprimento de sangue para o músculo cardíaco é feito pelas artérias coronárias. Na angina, este suprimento é reduzido temporariamente levando à dor no peito. No infarto ocorre uma interrupção abrupta do fluxo de sangue para o músculo cardíaco porque a artéria coronária foi completamente entupida. No infarto, a dor é muito mais intensa e dura mais tempo.

Quando as crises de angina se tornam mais frequentes, intensas ou passam a ocorrer com exercícios leves ou até mesmo em repouso é um sinal de alerta de que algo mais grave está por perto. Essa situação é conhecida pelos médicos como Angina Instável e pela população como ameaça de infarto.

O que causa o entupimento das artérias coronárias na angina e no infarto é a Arteriosclerose, a qual provoca um estreitamento nas artérias devido ao depósito de gorduras, como o colesterol. No entanto, existem outros fatores que favorecem essa obstrução, como o fumo, a pressão alta, a obesidade, o *diabetes mellitus*, a falta de atividade física, o estresse, entre outros.

É importante ressaltar que a arteriosclerose começa na infância e a maioria das pessoas por volta dos 40 anos já tem em algum grau essa doença.

O diagnóstico da angina é realizado pelo eletrocardiograma. Quando o eletrocardiograma de repouso é normal, o médico solicita um eletrocardiograma²⁴ de esforço, o qual pode ser realizado na esteira ou na bicicleta. Também pode ser solicitado um cateterismo cardíaco ou cineangiocoronariografia através da introdução de um cateter pelo braço ou pela perna. Esse exame mostra se as artérias estão entupidas e qual é a gravidade da obstrução, sendo totalmente filmado e depois analisado pelos médicos.

O tratamento dessa doença é realizado, em primeiro lugar, pelo controle dos chamados fatores de riscos da doença (controle do colesterol, controle da pressão arterial, suspensão do fumo, diminuição do peso, diminuição do estresse, controle do *diabetes mellitus*, realização de exercícios físicos) e pelo uso de medicamentos.

Se as crises de angina persistirem, apesar do controle dos fatores de risco e do uso dos medicamentos, poderá ser indicada uma angioplastia (cateter com um balãozinho vai até a obstrução e esmaga a placa de gordura contra a parede da artéria, desentupindo-a) ou cirurgia de revascularização, a conhecida ponte de safena (uma veia é retirada da perna e colocada sobre a artéria entupida, ultrapassando o local do bloqueio). Existe ainda a possibilidade da colocação de uma pequena “tela” no local da obstrução, a fim de facilitar a circulação da coronária.

24 Este é um exame que registra as atividades elétricas do coração.

A angina é um problema comum. Para controlá-la e ter uma boa qualidade de vida modifique seus hábitos: Não fume, mantenha os níveis do colesterol dentro dos limites normais, mantenha a pressão arterial dentro dos limites normais, faça exercícios físicos de acordo com suas limitações, evite o estresse, mantenha seu peso normal e, se for diabético, mantenha a doença controlada.

Cuide bem do coração que você tem

Uma coisa que poucos sabem é que a deposição de gordura saturada na íntima dos vasos arteriais (que todos conhecem por arteriosclerose) começa muito precocemente. Na necrópsia de recém-nascidos que morreram por pneumonia (exame pós-morte) foram encontradas, no interior da parede dos vasos, células espumosas de gordura que vão dar origem a este processo terrível de envelhecimento precoce.

Então, se este processo é inexorável no curso da vida, o que poderemos fazer para evitar esta catástrofe?

É fácil: as gestantes podem evitar isto para seus bebês, não fumando e comendo pouco ou quase nenhum sal de cozinha; devem fazer exercícios até o momento final da gravidez, não comer gorduras visíveis (picanhas, frango com pele, abacate, bebidas alcoólicas, manteiga, margarinas *trans*, vísceras de frango e de boi etc.).

A escola tem que exigir a prática esportiva para todos, incluindo os portadores de necessidades especiais, com práticas diferenciadas de exercícios físicos aeróbicos, de preferência esportes coletivos e caminhadas.

Na fase adulta, temos que ter cuidados com certos fatores de risco, tais como: diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia (aumento do colesterol) e triglicerídios, além da obesidade. Estes são os principais fatores, responsáveis pelo número cada vez maior de infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico (derrames).

Logo, os adultos têm que se exercitar diariamente (em qualquer idade), de preferência caminhar uma hora por dia, sete dias por semana, fazendo sol ou chuva. Evitar sal nos alimentos, trocá-los por limão, vinagre, páprica, pimenta-malagueta, mostarda; evitar gorduras saturadas, comer óleo insaturado (arroz, girassol, canola, soja) ou monossaturados (oliva), nunca comer gorduras saturadas, tais como banha de porco, de coco ou de palma (dendê). Lembrar que se fritar qualquer destes óleos, estes ficam saturados e fazem mal da mesma forma.

Quanto ao sal, alertamos que o permitido por dia é somente 2 gramas/dia (uma colher de café rasa de sal) e somente um pão de 100 gramas tem 6 gramas de sal!

Vida ao ar livre, pouco estresse, beber no máximo 30 ml de álcool/dia, o equivalente a uma dose de uísque ou um cálice de vinho (este último tem uma substância da casca da uva, o resveratrol, que é antioxidante comprovado). Repousar 30 minutos após as refeições (sesta), mastigar lentamente (vinte vezes) cada alimento. Dormir no mínimo 8 horas por dia. Fazer pequenas refeições cada duas horas (suco, iogurte desnatado, frutas, fibras, leite desnatado). Evitar bebidas gaseificadas, comer salada nas duas principais refeições (de cinco cores diferentes), não abusar de açúcares (pão, bolos, doces, massas, arroz etc.). Tomar um copo de água ou chá a cada hora, não exagerar em bebidas que são ricas em xantinas (café, chocolate, guaraná). Fazer sexo três vezes por semana... se agüentar!

Assim, seguindo o tripé nutrição adequada, exercícios e estilo de vida sem excessos você estará cuidando bem do coração que você tem.

Flebite, Tromboflebite, Trombose

Esta moléstia, também chamada de Trombose Venosa Profunda (TVP), nada mais é do que o desenvolvimento de um trombo (coágulo de sangue) dentro de uma veia, que por sua vez poderá ou não obstruir este vaso, total ou parcialmente.

Isto acontece com muita frequência. São mais ou menos 50 casos em cada 100 mil habitantes, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). As consequências são sempre: insuficiência de retorno do sangue venoso dos membros inferiores, que levam a edema das pernas (inchaço), dor nas panturrilhas (batatas das pernas), úlceras de estase (feridas) e, muitas vezes, embolia pulmonar, que é sempre grave e pode levar à morte.

Os fatores de risco principais são: estase venosa (sangue não caminha dentro das veias por estarem as pessoas acamadas muito tempo, longas viagens sentadas, cirurgias de longa duração etc.); lesão intra-luminal (dentro do vaso), como acontece nos traumatismos, injeções de drogas, infecções e outras causas; hipercoagulabilidade, quando o sangue passa a coagular espontaneamente dentro da veia, como pode acontecer durante a gravidez, em uso de anticoncepcional, tumores malignos, diabetes e outras doenças do sangue. É mais freqüente nas veias das pernas e das coxas.

Os sintomas podem variar desde não sentir absolutamente nada até sentir muita dor, a perna fica avermelhada, com aumento de temperatura e muito inchada, quase sempre com rigidez da musculatura comprometida.

O diagnóstico é feito quando o quadro se apresenta com toda a sintomatologia acima descrita, mas caso contrário somente é possível através da radiografia contrastada do vaso, ou eco-doppler colorido dos vasos suspeitos e, mais modernamente, com ressonância nuclear magnética.

O tratamento é sempre realizado com anticoagulantes e antibióticos.

A prevenção se faz em pacientes hospitalizados por longo tempo ou submetidos à cirurgia de longa duração, anticoagulantes e deambular precoce (fazer o paciente caminhar o mais rápido possível após a cirurgia). É preciso, também, evitar ficar parado na mesma posição por muito tempo, principalmente em viagens de ônibus ou aviões.

Quem for portador de varizes deve procurar usar meia de compressão média sempre e caminhar com frequência, levantando as pernas por 15 minutos ou meia hora três vezes ao dia sempre que tirar as meias.

Trombose Venosa Profunda

A Trombose Venosa Profunda (TVP) é uma doença causada pela formação de coágulos no interior das veias. Isto está sempre relacionado com a imobilidade por grandes períodos, principalmente dos membros inferiores. Daí o risco das grandes viagens e o ficar muitas horas sentado na mesma posição, como também no pós-operatório imediato, se não se mobiliza os pacientes precocemente. No caso da viagem, tem ainda como agravante o uso comum de sedativos e bebidas alcoólicas, que são utilizados pela maioria das pessoas que tem pânico de avião.

O risco cresce com o aumento do período de imobilidade, sendo mais significativo quando a duração ultrapassa 5 horas de não-atividade. Por outro lado, a frequência desta doença aumenta quando as pessoas são do grupo de risco: gestantes, usuárias de anticoncepcional, fumantes, obesos, indivíduos com idade acima de 50 anos, aqueles que sofreram infarto recentemente etc.

Esta doença chamou a atenção na época da Segunda Guerra Mundial, naquelas pessoas que, para se protegerem, ficavam horas a fio sentadas em pequenos espaços, em abrigos antiaéreos.

Em meados do século passado, na era da utilização em larga escala do transporte aéreo pelos civis e a popularização dos vôos internacionais, esta doença começou a chamar a atenção mais ainda em consequência de casos de morte em pleno vôo, quase sempre por embolia pulmonar, de pacientes que faziam trombose e embolia com morte durante a viagem. Por este motivo começou a ser chamada de “Síndrome da Classe Econômica”, porque a maioria das vítimas eram pessoas que vinham nessa classe, em exíguos espaços, sem mobilidade. O mesmo pode também ocorrer em outros meios de transporte, como automóveis, trens etc.

Preventivamente aconselhamos a todos que viajam, principalmente os que são do grupo de risco, a não usar roupas e calçados apertados, não colocar volumes embaixo das poltronas limitando assim o movimento das pernas, não permanecer sentado muito tempo, evitar cruzar as pernas, beber bastante líquido; menos bebidas alcoólicas, fazer exercícios com as pernas e, se possível, andar nos corredores.

Como é uma doença silenciosa, os sintomas quando aparecem, quase sempre, já é em consequência das complicações. E podem aparecer tardiamente 3 a 4 dias após o evento. Logo, se cuide durante as viagens e com isto evitará este incômodo evento.

25 Desde 1940, a Síndrome da Classe Econômica, ou síndrome do viajante, é descrita para caracterizar pacientes acometidos de embolia pulmonar depois de uma viagem de avião. Embora não se restrinja às viagens aéreas e apenas algumas pessoas que viajam na classe econômica formem trombos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) obriga as companhias de aviação a desenvolverem sistemas que prevejam a incidência dessa patologia, porque a imobilidade a que se vê forçado o passageiro predispõe à trombose.

Hipertensão ou Pressão Alta

A força que o sangue faz quando bombeado pelo coração, para que o mesmo chegue a todas as regiões do organismo é igual à “pressão arterial”. Ela é dita normal quando fica a máxima ou pressão sistólica (o coração se contrai) fica abaixo de 13 mm de mercúrio e quando a diastólica (o coração relaxa, para se encher novamente de sangue) fica abaixo de 8,5 mm de mercúrio. Quando isto está alterado, teremos hipertensão ou pressão alta, que é uma condição clínica em consequência de múltiplos fatores. Esta condição aumenta em muito o risco de lesão em órgãos alvos, tais como coração, cérebro, rins, vasos periféricos e microcapilares.

Classificação de Pressão Arterial em Adultos

Categoria	Sistólica	Diastólica
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130–139	85–89
Hipertensão		
Leve	140–159	90–99
Moderada	160–179	100–109
Severa	180–209	110–119
Muito severa	> 210	> 120

Medir a pressão arterial deve ser uma atitude médica que não pode deixar de ser efetuada a cada consulta clínica. Aconselha-se, mesmo nos não hipertensos, medir pelo menos uma vez por ano a pressão arterial.

Os riscos da pressão alta manifestam-se pelas suas conseqüências, tais como: derrames, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, que são sempre graves e levam risco à vida.

Portanto, temos que cuidar para não nos tornar obesos. Se formos diabéticos, devemos fazer controle permanente, fazer dieta adequada sem sal e pouca gordura, não abusar de açúcar para não agravar a situação. Não esquecer nunca os exercícios, não cometer excessos de nenhuma natureza.

Devemos, ainda, procurar o médico regularmente e só tomar medicamento com prescrição do seu clínico. Nunca tomar medicamento anti-hipertensivo porque a vizinha tomou e melhorou. Cuide-se!

Queda da Pressão Arterial em Idosos

As pesquisas científicas comprovam que a ocorrência de queda de pressão em idosos é muito frequente.

A Sociedade Americana de Cardiologia realizou um estudo com pessoas acima de 65 anos e identificou que 18% daquelas pessoas tinham este problema.

O que acontece realmente é que, na evolução de nossa espécie, quando o ser humano deixou de andar usando os quatro membros e passou a usar somente dois, assumindo a posição ortostática (em pé), desorganizou o sistema circulatório que viabilizava a circulação cerebral. Quando se fica de pé, todo o sangue corporal (que na posição deitada está contido no tórax, a nível do coração) é seqüestrado pelos membros inferiores e vísceras, deixando a bomba cardíaca com dificuldade de mandar sangue para o cérebro porque, assim, chega pouco sangue neste órgão, e por sua vez o cérebro fica pouco perfundido, com pouco sangue, e a pressão arterial tende a cair.

Contudo, a natureza criou um mecanismo de defesa. Através do sistema nervoso autônomo, o sistema denominado “simpático” libera substâncias chamadas de catecolaminas (noradrenalina), que fazem com que o sangue que estava seqüestrado nas vísceras e nos membros inferiores volte ao coração que, por sua vez,

reabastece novamente o cérebro com quantidade de sangue suficiente e equilibra, finalmente, a pressão arterial.

Nos idosos, o sistema nervoso central nem sempre funciona adequadamente, e as artérias na maioria das vezes estão parcial ou totalmente obstruídas. Então, se estabelece o que chamamos de “disautonomia”, levando à queda da pressão arterial, com sensação de desfalecimento, tonturas, síncope e quedas, com suas conseqüência.

Por outro lado, certos medicamentos também podem dar, como manifestação secundária, queda abrupta da pressão arterial nos idosos, quando estes mudam da posição deitado para sentado e em pé. Entre estes medicamentos temos: anti-hipertensivos, neurolépticos, sedativos, remédios para dormir, diuréticos, vitaminas etc.

O que nós recomendamos é que os idosos devem sempre fazer estas mudanças de posição lentamente e nunca abruptamente, como acontece na maioria das vezes. Se tiverem tonturas freqüentes e falta de equilíbrio, deverão logo procurar seus médicos, para nova orientação.

O cuidado para não cair deverá sempre ser uma preocupação de todos: cuidadores, familiares e do próprio paciente.

Síndrome do Coração Partido

Em 2002, os cientistas japoneses que estudam cardiofisiologia anunciaram a existência de uma nova síndrome que, à semelhança do infarto do miocárdio, apresenta dor precordial, sudorese, calafrios e insuficiência cardíaca, dispnéia etc. Neste caso, quando se faz exames do tipo cateterismo cardíaco, observa-se que as artérias do coração estão plenamente permeáveis, ao contrário do Infarto, em que estas se encontram obstruídas.

Estes cientistas descobriram um Hormônio do Estresse, que é sempre liberado em grande quantidade na corrente circulatória, que por sua vez, é capaz de produzir toda esta alteração hemodinâmica no coração, podendo levar ao aumento da ponta do coração e insuficiência cardíaca aguda e reversível.

Tal fato pode acontecer nas grandes perdas: morte súbita de entes queridos, traições matrimoniais, nas perdas dos grandes amores, perda de coisas materiais, perda de emprego na idade avançada etc. E nestes casos deve ser sempre bem diagnosticado, para que o tratamento se estabeleça corretamente e, assim, possamos evitar um mal maior.

Uma outra coisa também é a "depressão" que acompanha esta síndrome, a qual pode ser responsável por um quadro de queda de humor, fazendo com que o paciente deixe de comer, não durma, sinta dores generalizadas e tenha ideias suicidas, o que pode até vir a se concretizar no ideário depressivo e se suicidar.

Portanto, temos que estar atentos para esta síndrome, que em não sendo causa nova, foi recém-descoberta. Aquela história de morrer de paixão por um amor abruptamente perdido é um caso de "Síndrome do Coração Partido".

O Álcool e o Coração

Outro dia um paciente, porque tinha escutado em um programa de saúde na televisão em que aconselhavam o consumo de bebidas alcoólicas para o coração como sendo algo muito bom, me perguntou o que eu achava, se ele poderia tomar uns *drinks*.

Fiquei um pouco embaraçado para responder. Comecei a pensar sobre tudo o que já havia lido nas revistas médicas, sobre pesquisas em relação ao álcool e suas consequências. Primeiro lembrei da pesquisa sobre dislipidemia (gorduras no sangue) que foi efetuada na Europa, em relação à dieta rica em gorduras. Cada povo tem sua maneira de comer, mas os franceses são aqueles que mais comem gorduras em relação ao resto da população da Europa e, paradoxalmente, em risco relativo são os que apresentam menor número de casos de eventos cardiovasculares e morte por infarto agudo do coração e derrame cerebral. Logo, surgiu que este tipo de defesa se daria em consequência ao maior consumo de vinho *per capita* de a toda população européia justamente pelos franceses.

Em seguida, foi feita uma análise do próprio vinho. Aí descobriram que existem na composição do vinho grandes quantidades de flavonóides e, principalmente, uma determinada substância denominada *reverastrol* que uma vez em contato com as gorduras saturadas consumidas, degradavam-nas, impedindo assim o seu depósito em forma de placas de gordura e cálcio no interior dos vasos, que são os responsáveis pela aterosclerose.

No Canadá, em 1999, uma pesquisa feita em dois grupos, um que era abstêmio (não bebia álcool) e o outro que tomava álcool, observou-se que aqueles que bebiam bebidas destiladas (uísque, cachaça, gim, vodca) e fermentadas (vinhos, cervejas), se bebiam uma vez por semana em grande quantidade (final da semana enchendo a cara), mantinham os mesmos riscos de eventos cardiovasculares daqueles que não bebiam nada, em torno de 50% de risco. Os que bebiam regularmente todos os dias moderadamente, um copo de vinho, uma cerveja de 350 ml, ou uma dose de bebida destilada teriam chance de adoecimento somente de 37% em relação aos anteriores.

Vocês agora estarão concluindo que a minha resposta ao paciente é que se deve beber todos os dias, não é mesmo? Porém vocês se equivocaram; pois a minha resposta foi a seguinte: cuide bem da sua hipertensão e da sua diabetes, faça exercícios, levante sempre da mesa com vontade de comer mais, durma no mínimo 6 horas por dia, faça a sesta, evite estresse, faça mais amor, que com certeza o infarto e o derrame vão passar bem longe de você. Porque se o médico aconselhar a beber bebidas alcoólicas, pode estar criando a possibilidade de mais um alcoólatra.

Muitas pessoas geneticamente são propensas ao alcoolismo e você nunca sabe quem é. Deixando uma delas junto a bebidas alcoólicas e, ainda por cima, sendo estimuladas a beber, se converterão em alcoólatras com certeza, e o médico não pode prescrever o álcool como remédio.

Eu, particularmente, não gosto de bebidas destiladas, mas habitualmente tomo uma taça de vinho todas as noites e tenho me sentido muito bem. Mas me reservo a prescrição para mim mesmo.

Claudicação intermitente em idosos

É um sintoma que corresponde à insuficiência arterial dos membros inferiores e que acontece em 90% no processo de aterosclerose.

Isto se caracteriza por ardor e dor lancinante, principalmente na panturrilha (batata da perna), que impede o indivíduo de continuar andando.

Certas doenças arteriais inflamatórias também podem apresentar este mesmo sintoma, mas é menos freqüente nos idosos, e pode acontecer em qualquer idade, como são as arterites, muito comuns em pacientes fumantes.

A claudicação tem que ser bem caracterizada para não ser confundida com esta outra patologia já referida acima, e outras patologias que podem gerar dor, como: fibromialgia, câimbras, distensão muscular, dores reumáticas etc.

Uma coisa é bem evidente: o paciente nunca sente dor quando está parado, e sim quando anda alguma distância (100, 200 metros ou mais) e nunca é eventual. Instalada a dor, se o paciente diminuir o ritmo da marcha ela pode até diminuir.

também, mas se insistir em caminhar será obrigado a parar, porque a dor é insuportável.

Em repouso, a dor é capaz de ceder totalmente, mesmo que o paciente insista em ficar de pé, mas se voltar a caminhar ela vai reaparecer com certeza.

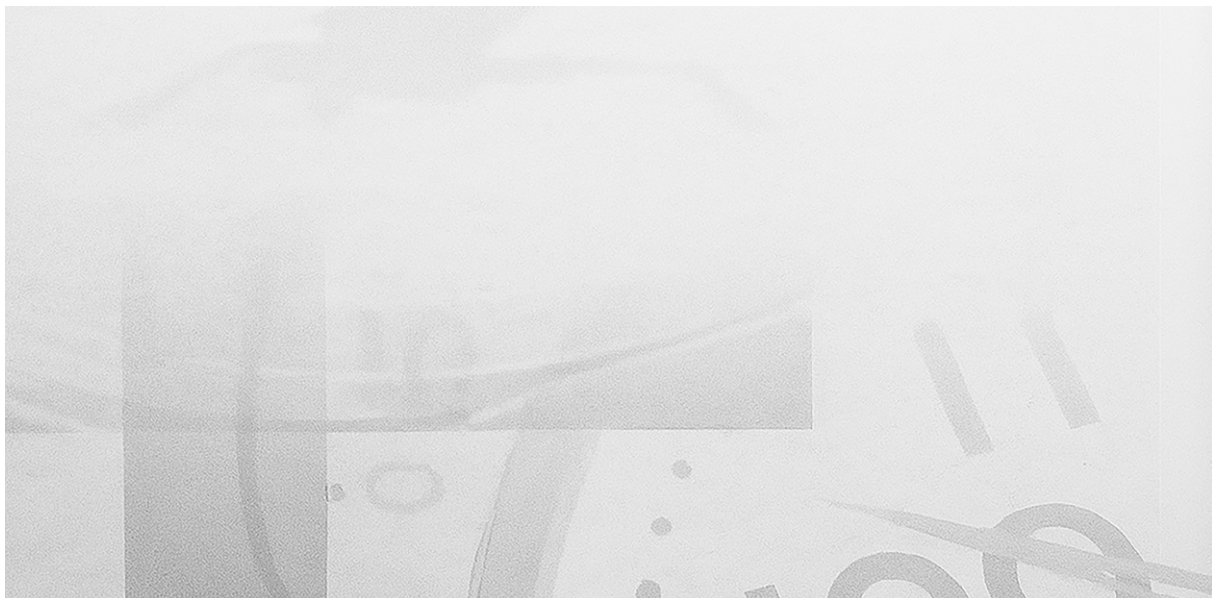
Existe um outro quadro de dor isquêmica (por falta de circulação de sangue) em repouso. A dor tem a mesma característica, mas em alguns casos é uma queimação com irradiação para o dorso do pé e artelhos (dedos dos pés). Neste caso, se você se colocar de pé, pela ação da gravidade, vai ocorrer maior afluxo de sangue e a dor alivia. Isto causa muita insônia, pois ninguém consegue conciliar o sono com dor presente em qualquer parte do seu corpo.

Existe tratamento clínico e cirúrgico para este sintoma. Logo, nos primeiros sintomas deve-se de pronto procurar um especialista para evitar até uma possível amputação.



CAPÍTULO VIII

ALTERAÇÕES SENSORIAIS



Alterações Sensoriais e o envelhecimento

Começaremos hoje uma nova série de artigos, tentando mostrar que com o envelhecimento teremos alterações sensoriais sem ser doença, mas que comprometem os órgãos dos sentidos. Hoje, veremos alterações relacionadas à visão.

“Presbiopia”, a perda da capacidade de acomodação, é a alteração ocular associada ao envelhecimento mais conhecida. Isto se deve ao endurecimento do núcleo do cristalino (esclerose nuclear) e à atrofia do músculo ciliar. Ela começa ao redor dos 40 anos de idade e prospera até os 60, quando resta quase nenhum poder de acomodação visual.

Outras alterações visuais também são observadas, a retina começa a receber menos quantidade de “luz” devido a uma maior absorção de luz pelo cristalino, córnea e humor vítreo. As pupilas não se dilatam mais como antes nos ambientes escuros, o que também reduz a quantidade de luz que chega à retina.

O aumento da opacidade do cristalino e de outras partes do olho leva a uma redução de contraste da dispersão da luz. Ao nível da retina vão desaparecendo certos tipos especiais de células, tais como: bastonetes e os cones, bem como células gangliônicas. Estas alterações podem levar a alguma redução do contraste e com isto ocasionam redução da acuidade visual e/ou visão periférica.

Mas as doenças oftalmológicas comuns têm um impacto muito maior. Por outro lado, as doenças mais comuns que podem acontecer comprometendo a visão dos idosos são: Catarata – 46%, Degeneração Macular relacionada à idade – 28%, Glaucoma de ângulo aberto – 7,2% e Retinopatia diabética – 7%.

Por todos estes motivos aconselhamos aos idosos, mesmo sem sintomas, uma consulta anual ao especialista.

Disfunção Auditiva no idoso

O risco da “presbiacusia” começa aos 65 anos de idade. É a perda gradual da capacidade auditiva. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil existem pelo menos 15 milhões de idosos surdos, levando a um sério problema de Saúde Pública, com gastos altíssimos por parte do governo, com a prevenção e a reabilitação dos indivíduos.

Tem sido considerado um dos mais graves processos de desagregação social, desde dentro da família até a sociedade como um todo. O maior dilema do surdo começa dentro da própria casa. Com o tempo os surdos deixam de frequentar a mesa, as reuniões para assistir TV, e se isolam dentro de si, se afastando da família e dos amigos.

De todas as privações, a surdez é a que produz efeito mais devastador no processo de comunicação do idoso, e muitos dos pacientes dizem que prefeririam ser cegos do que surdos, o que mostra o quanto este fato pesa na qualidade de vida de quem envelhece.

A presbiacusia é, portanto, o envelhecimento natural do ouvido humano simplesmente como somatório de alterações de todo o nosso organismo. Inicialmente atinge as frequências altas (os sons agudos), progredindo a seguir para as relacionadas à fala humana, afetando significativamente a sua compreensão.

Podemos resumir as implicações da deficiência auditiva no idoso, destacando a redução na percepção da fala em ambientes acústicos. Piora em ambientes ruidosos. Muitas vezes acompanhado de zumbido, o que agrava o problema.

Algumas dicas ajudam os familiares e amigos do deficiente auditivo a contornar o problema:

1. Falar pausadamente e olhando de frente para a pessoa com dificuldade auditiva;
2. Falar um pouco mais alto, SEM gritar;
3. Caso a pessoa não compreenda bem, repetir o que foi dito empregando algumas palavras diferentes para uma melhor compreensão;
4. Não falar gritando de outro aposento da casa;
5. Incentivar uma avaliação médica especializada do problema e, se for o caso, usar o aparelho;
6. Incentivar o uso de fones de ouvido para assistir à TV;
7. Troque o alarme da casa por um estímulo luminoso;
8. E, sobretudo, tenha uma dose redobrada de tolerância com a pessoa comprometida.

Disfunção do Olfato

Existem duas manifestações relacionadas à disfunção do olfato.

A primeira mais comum é chamada de “Anosmia” (a perda total do olfato) e a segunda, menos freqüente, é a “Parosmia” (a sensação permanente de sentir mau cheiro).

Temos comprovação científica que o olfato declina com uma velocidade muito maior que o paladar nos idosos, e estes dois sentidos, além da visão, estão bastante interligados, logo assim que quando um declina teremos reflexo imediato nos outros dois. Por exemplo: uma pessoa que não vê bem e que possui o olfato prejudicado pela perda da função na idade avançada, pode até sentir a doçura de um sorvete, mas será incapaz de determinar o sabor da fruta da qual este foi fabricado.

Como o olfato é muito importante na qualidade de vida, não podemos deixar de saber que muitos estímulos sensoriais identificados como paladar são, na verdade, odores. Esta baixa da função olfativa pode ser determinante na questão inapetência; o idoso não sente nenhum odor e, por isto, não lhe sabe bem os alimentos e simplesmente deixa de comer e entra em desnutrição.

Existem várias patologias e medicamentos que podem alterar tanto o paladar como o olfato, isolado ou conjuntamente. Dentre as patologias, destacam-se: demência de Alzheimer, Parkinson, traumatismo craniano, doença renal e hepática, hipotireoidismo, Diabetes *Mellitus*, rinite, sinusite, asma, infecção viral, laringectomia. Entre os medicamentos, vale destacar os anti-hipertensivos, agentes antitireoideanos, opiáceos e anfetaminas.

Aconselhamos, a qualquer alteração do olfato dos idosos, procurar sempre um especialista, mas antes fazer uma relação dos medicamentos e das morbidades (doenças) que o idoso possui para saber se doenças e medicamentos não estão contribuindo para esta anosmia.

Até por segurança é importante preservar o olfato; porque se o idoso não sentir o cheiro de gás de cozinha que está escapando do botijão, e não puder distinguir se um alimento está estragado e impróprio para consumo, pode morrer em consequência disso.

Disfunção do Paladar nos idosos

Paladar é um dos cinco sentidos, que permanentemente estão inter-relacionados, o que permite a comunicação com o meio ambiente. As mensagens recebidas pelo nosso organismo mantêm as pessoas alertas, orientadas, interessadas e satisfeitas consigo mesmas.

As disfunções nos idosos, que são próprias do processo de envelhecimento e não são doenças, quando atingem os órgãos dos sentidos também comprometem o sentido do paladar.

E o que é paladar? Nada mais é do que a percepção do sabor das coisas. Na boca existem estruturas chamadas “quimiorreceptores” gustativos, táteis, dolorosos e térmicos, que quando estimulados em conjunto são os responsáveis pelas respostas que acabam exprimindo o sabor ou paladar das coisas. Mas tudo está muito relacionado entre si; assim, quando o olfato está comprometido não sentimos o gosto de nada, tudo parece palha, não é mesmo?

Os quimiorreceptores se distribuem por toda a parte na boca: na língua, na mucosa do lábio, nas bochechas, no palato mole e duro. Na língua é bem evidente: se você estirar a língua para fora, verá na sua base, em forma de “V”, vários pequenos botões dispostos em ordem e que são compostos por várias estruturas denominadas de botões gustativos, e cada um até os quarenta anos é formado por mais ou menos 400 a 500 destes botões. Mas após esta idade começam a decrescer e no extremo da vida restam somente uns 80 a 100, o que não facilita a gustação. Daí ser muito comum nos idosos a falta de apetite, pois os mesmos não sentem muita atração pelos alimentos, pelo fato de não sentirem o paladar como antigamente.

Também o centro responsável pela fome está desestimulado e, portanto, é com frequência que temos casos de desnutrição em idosos por todos estes motivos.

Hoje, reconhecemos quatro tipos de sabores, que são: doce, salgado, ácido ou azedo e amargo. Assim, quando um destes receptores gustativos estiver comprometido por qualquer causa, teremos sempre a predominância de um destes sabores, pois cada papila ou botão gustativo tem uma especialidade por um sabor. Logo, se um estiver ausente, haverá sempre a predominância do outro.

Daí se explicar as queixas de que “hoje a minha boca está amarga”. Sabem por quê? Porque o receptor gustativo responsável pelo doce foi inibido; e assim sucessivamente.

Como o paladar tem papel importante na qualidade de vida dos idosos, isto deve ser uma preocupação permanente, para evitarmos dissabores.

Dizemos que temos “Normogeusia” quando a função está normal e o paladar não se modifica; “Hipogeusia” quando há diminuição do paladar para um dos quatro sabores; “Ageusia” quando existe ausência total do paladar e “Disgeusia” quando os quatro sabores estão presentes na boca sem nenhum estímulo de alimentos.

Alguns fatores que podem alterar os sabores são: má higiene bucal (muito comum nos idosos), uso de próteses dentárias no mais das vezes mal ajustadas e/ou xerostomia, que é boca seca, pois a falta da saliva sempre altera o paladar.

Logo, como a maioria dos prazeres da vida acaba por sucumbir nos extremos por uma série de agentes externos e internos; temos que cuidar para manter pelo menos este prazer.

O ápice do prazer da gustação só pode ser comparado com outro grande prazer, já que ambos liberam “endorfina”, que é o orgasmo. Daí a relação íntima entre os dois prazeres, porque ambos se dão no mesmo sítio do cérebro (hipocampo).

Não é à toa que as pessoas dizem “eu comi fulana (o)”, relacionando o resultado dos dois prazeres. Portanto, se o idoso não pode ter “aquele” prazer, que pelo menos tenha este último muito bem!

Catarata

Os olhos possuem duas câmaras; na anterior existe uma “lente”, o cristalino. Sendo uma lente, é transparente; logo, quando fica opaco, por vários motivos, dizemos que estamos na presença de uma catarata.

Temos que desmistificar a Catarata:

- Não é uma tela ou capa que cobre o olho;
- Não se deve ao uso exagerado dos olhos;
- Não é câncer;
- Não se transmite de um olho para o outro;
- Não causa cegueira irreversível.

Os sintomas mais freqüentes são:

- A visão se torna borrada sem dor;
- Deslumbramento e muita sensibilidade à luz;
- Trocas freqüentes na graduação das lentes;
- Visão dupla em um olho;
- Necessidade de luz mais intensa para ler;
- Visão noturna muito pobre;

Esta opacidade nem sempre é uniforme. Se for periférica e não central, muito provavelmente passará despercebida pelo paciente.

As causas mais freqüentes das cataratas são:

- Herança;
- Diabetes *Mellitus*;
- Traumatismos oculares;
- Medicamentos, tais como corticóides;
- Exposição prolongada sem proteção aos raios solares.

Tratamento: O único com resolução 100% da visão será a cirurgia. Agora, modernamente, com a implantação de uma lente, no lugar do cristalino danificado. Cirurgia econômica, sem anestesia, a não ser umas gotas de anestésico nos olhos. Em dez minutos tudo está terminado e o paciente sai caminhando da sala de cirurgia, muitas vezes sem curativo.

Logo, vimos que uma das causas principais de cegueira nos idosos pode ser restabelecida com sucesso.

Quero chamar a atenção que não existe a necessidade de amadurecimento da catarata. Isto é outro mito!

Glaucoma

Todas as vezes que existir aumento da pressão dentro do globo ocular e conseqüente lesão no nervo óptico, teremos o glaucoma. Isto é facilmente identificado no exame de fundo de olho, e por alterações do campo visual.

Esta pressão intra-ocular é variável, principalmente nas primeiras horas da manhã. Logo, todas as vezes que a pressão do globo ocular sendo aferida estiver acima de 21 mm/Hg, muito provavelmente estaremos frente a uma doença dolorosa e até mutilante, que é o glaucoma.

A causa principal desta doença é a má perfusão vascular. E por este motivo podemos observar glaucoma, até sem pressão elevada, intra-ocular.

O glaucoma mais freqüente é a forma crônica simples, que só é diagnosticado com um apurado exame oftalmológico. No glaucoma agudo aparece subitamente o aumento da pressão intra-ocular, acompanhado de muita dor e perturbação visual importante, merecendo atendimento de urgência.

O glaucoma pode surgir em conseqüência de vários outros fatores, e por isto é dito secundário. Um fator de risco deste glaucoma é o uso indiscriminado de corticóides.

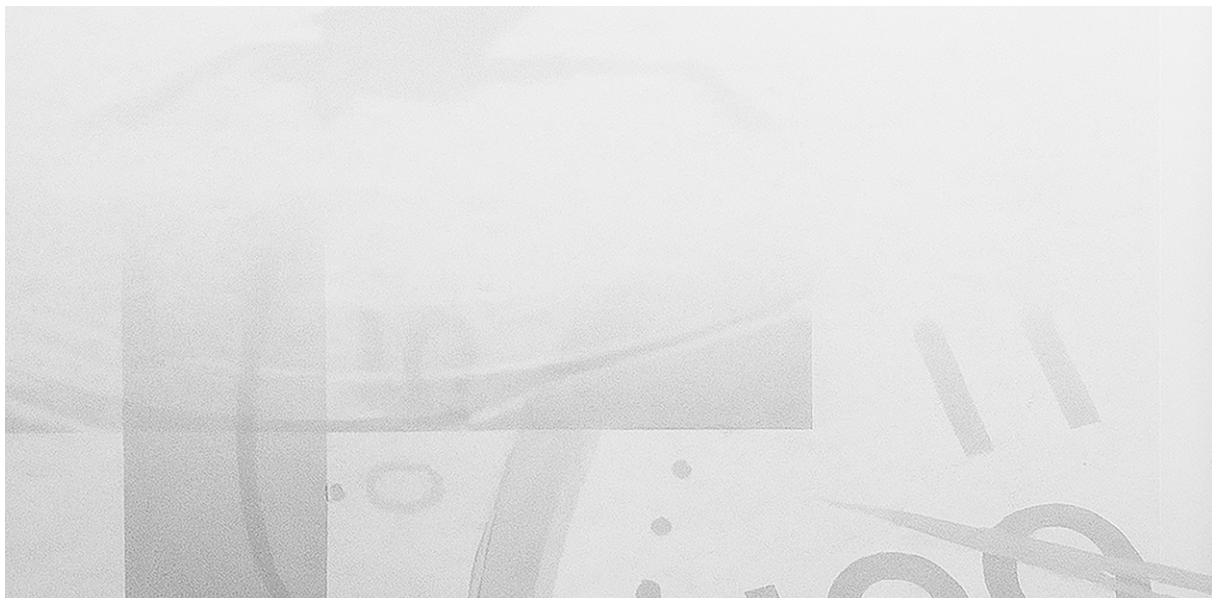
Quando por descuido ou falta de diagnóstico adequado não se trata esta doença, as conseqüências são sempre muito sérias, tais como perda do campo visual ou cegueira.

O tratamento quase sempre é clínico, com colírios que baixam a pressão intra-ocular. Quando isto não tem sucesso, teremos que apelar para a cirurgia. Logo, aconselho a todos, principalmente os idosos, a fazerem pelo menos uma vez ao ano um exame oftalmológico.



CAPÍTULO IX

ALTERAÇÕES DO SANGUE



Anemia nos idosos

Ser anêmico não tem nenhuma relação com ser idoso. Em 80% dos pacientes existe uma causa evidente de anemia. Entre estas, as causas mais comuns, são doenças crônicas degenerativas e deficiência de ferro. A deficiência de ácido fólico, vitamina B12, sangramento gastrointestinal (gastrite, duodenite, úlcera gástrica, diverticulite, tumores intestinais, hemorróidas), displasias da medula óssea, estão entre outras causas possíveis.

Existe um exame, a dosagem de ferritina no sangue, que serve para fazer diferença entre anemia por privação de ferro e anemia por doença crônica degenerativa. A deficiência de Vitamina B12 se verifica pela dosagem do ácido metilmalônico no sangue e pela dosagem da concentração sanguínea desta vitamina.

A deficiência de ferro não se dá pela diminuição da hemoglobina no sangue dos idosos. Sempre que existir anemia podemos dizer que estamos na presença de uma doença no idoso, e que deve ser buscada a causa.

Os principais sintomas de anemia nos idosos são: falta de ânimo, palidez da pele, fraqueza e dispneia. Mas estes sintomas são de aparecimento lento e gradual, e nem sempre chamam a atenção do médico. Logo, a todo paciente que chega ao consultório, principalmente se é de primeira vez na consulta, deve-se solicitar de rotina um hemograma, o qual deverá ser minuciosamente examinado pelo médico, verificando como estão: hemoglobina, volume corpuscular médio, presença no esfregaço de sangue para ver se existem células novas, índice eritrocitário etc.

Por outro lado, tem que ser feito exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes, saber da nutrição, se o paciente está se alimentando corretamente ou não. Deve-se realizar busca de neoplasias, infecções crônicas (sinusite, infecção urinária, endocardite bacteriana, prostatite), doença renal e hepática e outras doenças crônicas.

Portanto, as causas principais por ordem de ocorrência de anemia no idoso são: anemia por doenças crônicas, deficiência de ferro nos alimentos, pós-hemorragia, deficiência de vitamina B12 e ácido fólico, linfomas ou leucemias, disfunção da medula óssea e, finalmente, causas não-identificadas.

O tratamento se dará seguindo a causa principal da anemia, que nem sempre é simples. Mas uma coisa é certa: ninguém fica anêmico pelo fato de ser “idoso”!

Leucemias

É uma doença do sangue. Todas as vezes que em um hemograma observamos células anômalas (blastos) e/ou a predominância de um determinado tipo de célula branca como os linfócitos, devemos estar diagnosticando uma leucemia. Elas podem ser agudas e crônicas. As agudas têm sido mais comuns em crianças, e as crônicas em pessoas acima de 50 anos de idade.

Leucemia Mielóide Aguda – doença grave, que se caracteriza pela presença no sangue de menor número de células brancas e vermelhas e plaquetas, ou elevação de células brancas, mas somente de células jovens e imaturas. Vêm quase sempre acompanhadas de infecções, hemorragias, febre, cansaço. Quando atingem idosos, seu prognóstico é sempre sombrio.

Leucemia Linfóide Aguda – esta é mais comum em crianças, com quase os mesmos sintomas e necessita transplante de medula óssea; é de melhor prognóstico.

Leucemia Mielóide Crônica – esta, sim, é mais comum em idosos. Doença insidiosa, lenta, que se manifesta com aumento dos leucócitos e plaquetas, poucos sintomas, no mais das vezes são sintomas abdominais pelo aumento do baço que ela produz. De difícil tratamento, mesmo quando se usa drogas modernas como o Mesilato de Imatinib, quase sempre termina em transplante de medula que pode curar ou não.

As causas mais freqüentes são a falta de oxigênio e açúcar. Qualquer fator que impeça a chegada e a utilização correta destes elementos pelo cérebro pode ser um gerador de tontura.

Dentre os inúmeros fatores que podem causar a labirintite, podemos citar: a Diabetes *Mellitus*, hipertensão, reumatismo, a utilização de drogas como antibióticos e anti-inflamatórios, as mudanças bruscas de pressão barométrica (nos mergulhos ou dentro dos aviões), as infecções bacterianas ou virais, o uso em excesso de cafeína, álcool, tabagismo ou drogas, a arteriosclerose, problemas da coluna e da mandíbula, o estresse etc.

O tratamento se faz direcionado ao fator causal, portanto a medicação que fez bem para um paciente necessariamente não fará bem para outro. Logo, não aceite palpites de leigos; procure sempre um médico especialista.

As drogas mais comumente usadas são: as reguladoras do fluxo sanguíneo, os bloqueadores dos canais de cálcio, os vasodilatadores, antibióticos, antidepressivos e anticonvulsivantes.

A labirintite, portanto, é comum em todas as idades, mas é mais freqüente em idosos, causando grande risco para estes, pois propicia quedas, que quando acontecem são sempre de resultado desagradável para aqueles que sofreram as mesmas, devido à alta prevalência de morbidade e mortalidade que podem ocasionar.

Labirintite

Os distúrbios relacionados com o nosso equilíbrio e a nossa audição são chamados de Labirintite. Sendo assim, muita coisa pode significar labirintite, como tontura, vertigens, zumbido ou desequilíbrio.

O certo seria denominar estas alterações como Labirintopatias, ou seja, alterações do labirinto.

O nosso ouvido é composto de uma estrutura complexa, dividida em duas partes: a Cóclea (também chamada de Caracol por sua semelhança com este animal), que é responsável pela audição, e o Vestíbulo, que é responsável pelo equilíbrio. Juntos, Cóclea e Vestíbulo formam o Labirinto.

Qualquer alteração em um destes componentes, em conjunto ou separadamente, com certeza trará um destes sintomas: tontura, surdez, desequilíbrio ou zumbido.

Tais sintomas aparecem porque o cérebro recebe informações incorretas a respeito de nossa posição no espaço, geradas por um labirinto doente, causando uma “alucinação de movimento”.

Se durante a alucinação a sensação for de estarmos rodando, temos uma “vertigem”. Quando a sensação é de queda temos “desequilíbrio”, sendo empurrados temos “desvio da marcha”, flutuando temos “falta de firmeza nos passos” ou ouvindo ruídos temos “zumbidos”.

As causas mais freqüentes são a falta de oxigênio e açúcar. Qualquer fator que impeça a chegada e a utilização correta destes elementos pelo cérebro pode ser um gerador de tontura

Dentre os inúmeros fatores que podem causar a labirintite, podemos citar: a *Diabetes Mellitus*, hipertensão, reumatismo, a utilização de drogas como antibióticos e anti-inflamatórios, as mudanças bruscas de pressão barométrica (nos mergulhos ou dentro dos aviões), as infecções bacterianas ou virais, o uso em excesso de cafeína, álcool, tabagismo ou drogas, a arteriosclerose, problemas da coluna e da mandíbula, o estresse etc.

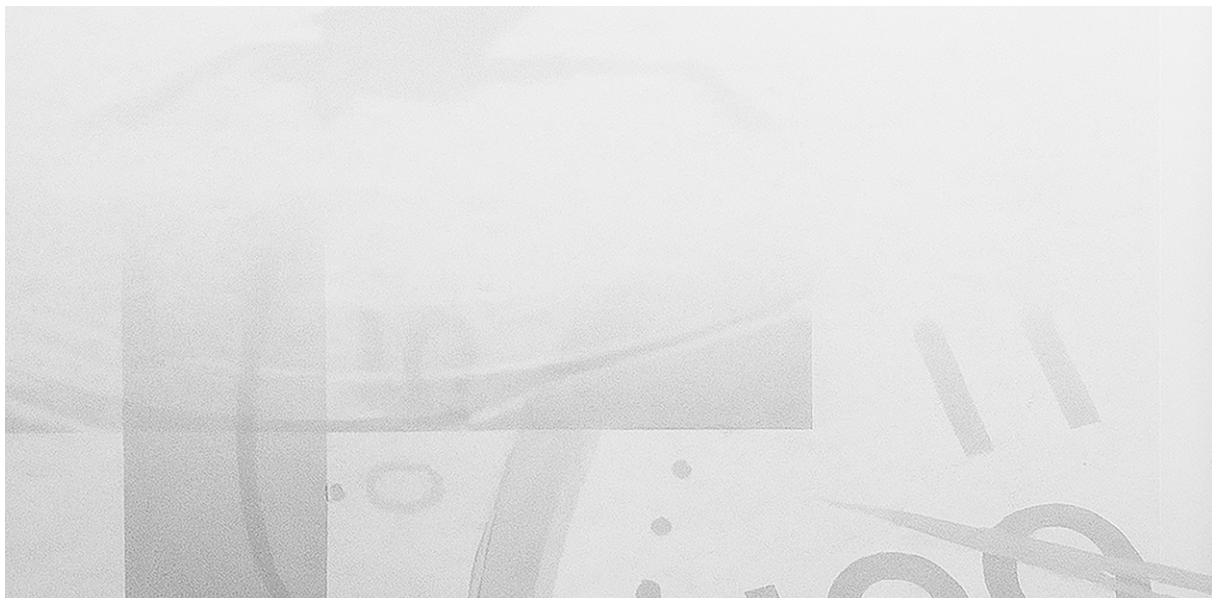
O tratamento se faz direcionado ao fator causal, portanto a medicação que fez bem para um paciente necessariamente não fará bem para outro. Logo, não aceite palpites de leigos; procure sempre um médico especialista.

As drogas mais comumente usadas são: as reguladoras do fluxo sanguíneo, os bloqueadores dos canais de cálcio, os vasodilatadores, antibióticos, antidepressivos e anticonvulsivantes.

A labirintite, portanto, é comum em todas as idades, mas é mais frequente em idosos, causando grande risco para estes, pois propicia quedas, que quando acontecem são sempre de resultado desagradável para aqueles que sofreram as mesmas, devido à alta prevalência de morbidade e mortalidade que podem ocasionar.



CAPÍTULO X
**ALTERAÇÕES
DA PELE**



A Pele do idoso

Se olharmos ao nosso redor, verificaremos que tudo que é vivo nasce jovem e vai perdendo sua jovialidade com o passar da idade. O mesmo acontece com as pessoas e a pele faz parte deste contexto.

Dentro deste envelhecimento, a pele vai se tornando mais permissiva, cura-se mais lentamente, fica ressequida, vão surgindo pregas, manchas etc. A maioria destes acontecimentos são sem expressão, a não ser estéticos. Mas alguns são problemáticos, como o câncer de pele.

À medida que a pele envelhece, perde a elasticidade, junto perde o colágeno, a elastina,⁽²⁶⁾ a gordura de sustentação. O tecido fica fino, enrugado e a gravidade puxa a pele para baixo formando as dobras, que são as rugas.

Por outro lado, a pele vai ficando seca e pruriginosa (com coceira), principalmente em climas secos e frios. Pele enrugada e seca fica frágil, principalmente quando está muito desidratada e, por conta disto, facilmente se lacera, formando hematomas por hemorragia subdérmica ou feridas, e quando saram ficam manchas descoradas ou escuras.

26. A elastina traz a elasticidade da pele. Junto com o colágeno, forma uma ligação de apoio à proteína, que é essencial para manter a pele e os cabelos saudáveis.

As alterações do pigmento chamado melanina podem ir desde manchas marrons a pretas. São o *Lentigo Solar*,⁽²⁷⁾ devido à exposição da pele longo tempo aos raios solares, sem nenhuma proteção. *Ceratose Seborreicas*⁽²⁸⁾ são pequenas excrescências parecidas com verrugas que se elevam acima da pele e são dolorosas. Além disso, há os carcinomas de pele, tais como epidermoide, espinó celular e melanoma. Este último é do maior risco pela possibilidade de invadir outros tecidos e órgãos, e tem alta mortalidade. Existem ainda os nevos rubis, que são pequenas saliências na pele de coloração vermelho-carmim, os quais são inocentes, nunca viram câncer.

Portanto, a pele deve estar sempre protegida dos raios solares com protetor solar fator 50, sempre hidratada com creme que possua ureia e vitamina na sua fórmula, junto a uma porção de calamina e cânfora.

O banho não deve ser demorado e o uso de sabonete somente deve acontecer nas pregas do corpo. A água deve ser fria, pois água quente resseca a pele e a deixa frágil. Muitas vezes é melhor fazer higiene com toalhas umedecidas em um pouco de sabão líquido e retirado imediatamente, com outra toalha úmida somente com água fria.

Em seguida, deve-se hidratar a pele com creme à base de ureia, vitamina C e vitamina E. Fique atento para a existência de uma lesão de pele que fuja do comum: procure imediatamente um especialista para identificar se você não está na presença de um câncer de pele, principalmente se a lesão for na orelha, asa do nariz, lábio, perto do couro cabeludo, se sangrar facilmente, se nunca cicatrizar, e se for levemente dolorosa.

Muito cuidado, portanto, com câncer de pele nos idosos!

27. *Lentigo solar* é uma dermatose causada por uma exposição prolongada à radiação solar, que resulta em manchas marrons ou pretas, geralmente localizadas no dorso das mãos, no rosto e em outras áreas expostas.

28. A *ceratose seborreica* é um tumor benigno da pele. Aparece principalmente na terceira idade sendo bastante frequente em pessoas idosas. Aparece na pele sob a forma de pequenas verrugas.

Cobrero ou Herpes Zoster

Esta é uma doença viral decorrente da reativação do vírus da varicela (catapora), que fica adormecido e que pode acordar e produzir moléstia em adultos e, principalmente, em idosos.

São vários os fatores de risco para esta doença aparecer. Ela não aparece em consequência de contacto com outro paciente com a mesma moléstia. Está sempre relacionada com a baixa da resistência da pessoa por intermédio de doenças degenerativas, principalmente neoplasias. Mas não existem casos freqüentes de recorrência dos herpes zoster; somente em torno de 5% dos casos voltam a apresentar novamente os mesmos sintomas.

Os sintomas são sempre prodrômicos antes de aparecerem as vesículas confluentes na pele. Constan de ardor superficial, mal-estar geral, febrícula, dor de cabeça, dores nevralgicas, principalmente ao longo do trajeto dos nervos, perda de sensibilidade da região afetada e vermelhidão da região atingida. Surgem sempre lentamente de 2 a 4 dias até se instalar todo o processo e leva em média 21 dias até à completa solução.

Mas os sintomas, principalmente os dolorosos, podem levar até dois meses após o desaparecimento das bolhas.

Em pessoas com baixa imunidade podem aparecer em locais os mais diversos possíveis e podem até disseminar.

O diagnóstico é fácil de fazer pelos sintomas e pelas lesões que são sempre características: pequenas bolhas brilhantes e coalescentes, que podem aparecer no pescoço, ao longo das costelas, seguindo sempre o rebordo costal, no abdômen e nas extremidades. E os sintomas que são sempre dolorosos, e podem permanecer com um ardor por muito tempo.

O tratamento é sintomático, principalmente visando o alívio da dor, e o emprego de antiviral nas primeiras 72 horas é muito importante. Quando existe infecção das vesículas por bactérias, temos que usar também antibióterapia e fazer vitamina do complexo B para controlar a neurite residual causada pelo vírus.

Escaras

Escaras ou úlceras de pressão são feridas que surgem na pele de pessoas que ficam acamadas ou sentadas por longos períodos, independente de idade.

Estas úlceras, na maioria das vezes, se iniciam quando uma parte do corpo (geralmente a que possui saliência óssea) fica comprimida contra uma superfície dura por longos períodos. Neste momento, fica reduzida naquela área a circulação, surgindo em seguida uma vermelhidão e, se esta pressão não for aliviada (mudando de posição do corpo), acaba necrosando (morte) o tecido e propiciando o surgimento da “escara”.

Por este motivo temos que estar alertas para que, mudando de posição no leito ou cadeira de rodas, o paciente possa reduzir a pressão sobre a pele e, assim, ficar livre deste terrível incômodo.

E quem são as principais vítimas? Os indivíduos que vão ficar longos períodos acamados ou em cadeiras de rodas, quando perdem a sensibilidade e não percebem que têm de mudar de posição, quando têm mobilidade reduzida ou quando são submetidos a grandes e complexos atos cirúrgicos que dificultam a mobilização.

Isto acontece mais vezes em idosos porque os mesmos têm menor mobilidade e reduzida sensibilidade, além de terem normalmente a pele mais fina e menos elástica, o que os deixam mais suscetíveis a escaras.

E quais as providências a serem tomadas quando se descobre uma escara? Procurar de imediato um médico, que com certeza tomará todas as providências cabíveis.

A prevenção é a melhor maneira de controle destas escaras. Se tivermos um paciente que ficará preso ao leito ou à cadeira de rodas por muito tempo, devemos providenciar a utilização de colchões e almofadas especiais que não obstruam o fluxo sanguíneo para a pele, tais como colchões e almofadas infláveis, caixa de ovo, almofada de água, almofada de gel, que podem auxiliar muito na prevenção e/ou na cicatrização de escaras já instaladas.

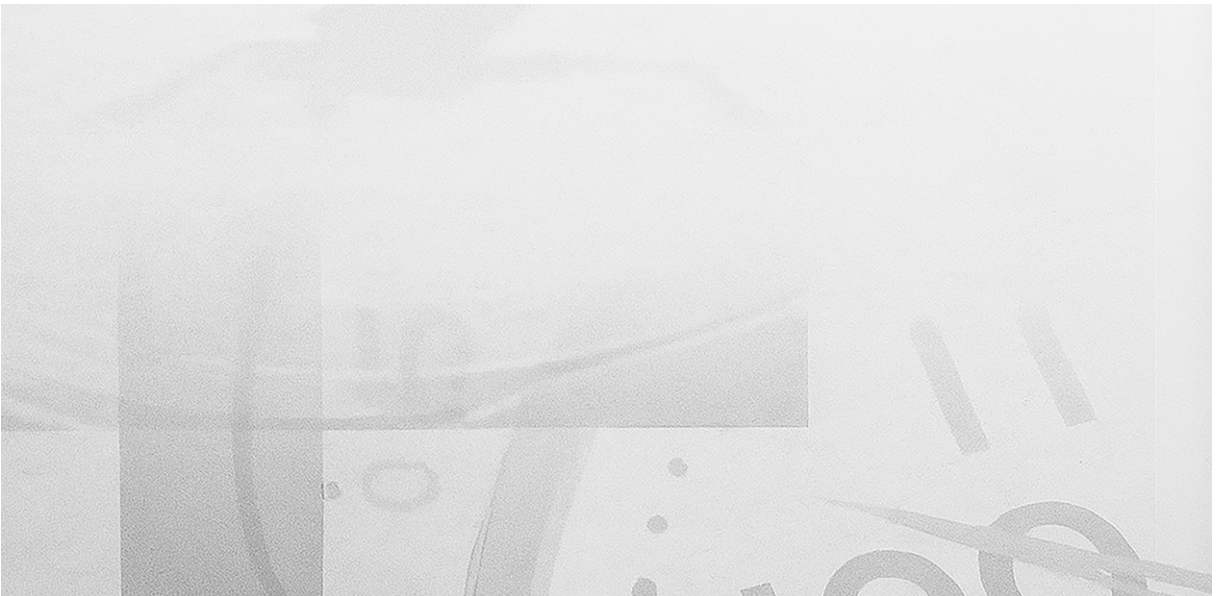
Os cuidados higiênicos são importantes também, pois pele umedecida por suor, urina e fezes facilita a maceração da mesma e culmina com a solução de continuidade por pressão e cisalhamento desta, gerando, como consequência, escaras.

O tratamento se faz com curativos oclusivos usando produtos à base de sulfa argento, colóides neutros, hidratação, nutrição adequada, mudança de posição continuada e, sobretudo, carinho ao paciente.



CAPÍTULO XI

**ALTERAÇÕES
ENDOCRINOLÓGICAS**



A Reposição Hormional e suas controvérsias

Para saber se existe alteração hormonal, é necessário que se façam, pelo menos uma vez por ano, avaliações médicas em pessoas de meia-idade ou acima dos 60 anos, tanto homens como mulheres.

Estes hormônios são os responsáveis pela manutenção das funções sexuais tais como: o tesão (desejo sexual), lubrificação vaginal, a elasticidade e brilho da pele e dos cabelos, a distribuição de pelos nos homens, o timbre da voz, a distribuição da gordura em lugares apropriados (coxa, bumbum), massa muscular etc.

Nas mulheres entre 40 e 50 anos, a menstruação se rarifica, até que desaparece e começa a menopausa. E aí acontecem muitas modificações: diminuição do tesão, ondas de calor (fogacho), perda do brilho dos cabelos e da pele, mudança de humor, às vezes depressão, diminuição da lubrificação vaginal etc.

Quase sempre há uma recomendação de dosar as taxas hormonais e, se necessário, fazer reposição. Nestes casos precisa ser bem avaliado o custo-benefício desta reposição. Primeiro, porque é muito caro. Segundo, porque também existem diversas manifestações colaterais, com grau de risco elevado para a saúde. Por exemplo: os cancerologistas não são favoráveis a esta reposição, pois muitas vezes acontece de apresentarem alterações mamárias, uterinas, que levam ao câncer.

Um estudo recente publicado na revista médica de prestígio mundialmente conhecida, o *Journal of the American Medical Association (Jama)*, confirma que a reposição hormonal (estrógeno e progesterona) vem associada a um aumento do risco de câncer de mama.

Com relação ao homem que tem climatério (baixo percentual de hormônios circulantes) após os 50 anos, mas não tem ANDROPAUSA (não fica estéril, continua com capacidade de fecundação), a reposição hormonal pode aumentar o tesão (o desejo) e até proporcionar uma sensação de bem-estar geral. Pode ocorrer o aumento da massa muscular, sem aumentar a força muscular, mas também pode desencadear câncer de próstata e de testículo.

Por todas estas controvérsias, a Terapia de Reposição Hormonal (TRP) não deve ser recomendada indiscriminadamente para todos e, sim, para um grupo muito específico de indivíduos, depois de bastante avaliados clínica e laboratorialmente.

Pela discussão entre os grupos antagonistas em repor ou não repor hormônios masculinos, fica cada dia mais controversa a postura médica a ser adotada nos dias atuais.

Diabetes Mellitus

O diabetes é uma doença mais comum do que a maioria das pessoas pensa. No Brasil, o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Data-sus) estimou 8% da população entre 30 e 69 anos de idade como sendo diabética. Este número elevado se dá em consequência do aumento da expectativa de vida, da obesidade como doença, e do sedentarismo da grande maioria dos adultos.

Nesta moléstia temos o aumento da concentração da glicose (açúcar) no sangue. Isto tudo devido à falta total ou parcial de insulina, que é uma enzima produzida por células especiais do pâncreas, o qual é um órgão abdominal e que fica justaposto à porção do estômago na junção com o intestino. Esta substância é responsável pela entrada da glicose nas células para servir de combustível, pois toda glicose produzida a partir dos hidratos de carbono que comemos (pão, macarrão, bolos, macaxeira, farinha, frutas, batatas, beterraba, arroz e etc.) só será utilizada na presença desta insulina.

Se o paciente não tiver insulina suficiente e/ou insuficiente na sua função, a glicose não podendo entrar na célula se acumulará no sangue; e a isto nós chamamos de Hiperglicemia. Para eliminar este excesso de glicose, o rim começa a trabalhar mais e mais, eliminando junto grande quantidade de água, o que denominamos de Poliúria. Eliminando bastante água o indivíduo vai desidratar e a sede aparece com muita intensidade, e teremos a Polidipsia. Como não entra glicose na célula, o fígado é acionado e produz quantidades compensatórias, que por sua vez vão também se acumular no sangue e agravar mais o quadro e apresentar o Emagrecimento e o Cansaço (Fraqueza). Com isto, o indivíduo terá mais fome (Polifagia), que em cadeia aumenta mais ainda a taxa de glicose no sangue. Neste processo, consome-se muita gordura, e a queima desta última libera corpos Cetônicos que serão eliminados pela respiração, com odor característico de cheiro de maçã podre (hálito cetônico), e na urina teremos Cetonúria.

Temos dois tipos de diabetes: o tipo 1 que é dependente de insulina, mais comum em crianças, jovens e adultos jovens. E o Tipo 2, que não é insulino-dependente; é mais comum em adultos e idosos. Neste diabetes Tipo 2, quase a totalidade se apresenta nos obesos.

Os principais sintomas são: sede em excesso, emagrecimento, urinar demais, muita fome, fraqueza generalizada, formigamento nos braços e pernas, adinamia (falta de força).

O diagnóstico se faz facilmente dosando a glicose do sangue em jejum. Se estiver acima de 110 mg/dl; e em duas dosagens diferentes apresentar taxa acima de 126 mg/dl, está confirmado e o paciente é um diabético.

O tratamento se faz sempre assim:

- Tipo 1 – dieta, exercício e insulina;
- Tipo 2 – dieta, exercício e antidiabéticos por via oral e, às vezes, insulina.

As complicações mais comuns são: morte súbita por hipoglicemia, e quando mal controlada, cegueira, destruição das arteríolas renais e, em consequência, insuficiência renal crônica.

Infecções de repetição, trombose arterial de membros inferiores, com conseqüentes amputações; e é um dos principais fatores de risco para infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

Portanto, todos que têm história familiar de diabetes, principalmente do lado materno, têm que cuidar, fazendo exames todos os anos, vendo se sua glicemia está dentro dos parâmetros considerados normais. Esta é uma doença surda, mas que mata!

Diabetes Mellitus

Atualmente, é considerada uma doença com múltiplas complicações, não só o sobrepeso como também a obesidade.

E o que isto significa? Quando a massa corporal está acima de 22 kg de peso. Isto se calcula facilmente: é só dividir o seu peso em kg pela sua altura em cm duas vezes. Por exemplo: um indivíduo tem 1,72 m de altura e pesa 90 kg. Seu Índice de Massa Corporal (IMC) deve ser calculado da seguinte forma:

$$\text{IMC} = \frac{90 \text{ kg}}{1,72 \text{ m}} = 30,42 \text{ kg/m}^2$$

Percebe-se, assim, que esta pessoa é obesa, pois se ultrapassar 22 kg/m² temos sobrepeso. Se ultrapassar 30 kg/m² teremos um obeso, portanto um doente.

Nos Estados Unidos mais de 50% da população é obesa, e no Brasil estamos indo no mesmo caminho, pois 42% da população já têm sobrepeso. Vejam só: em um país cujo principal programa governamental é justamente o combate à fome!

Desta forma, nos deparamos com um paradoxo, pois na nossa cabeça só fica obeso quem come todos os dias e grandes quantidades de alimentos. Não é bem assim, pois existem muitos mecanismos que levam ao sobrepeso e à obesidade, tais como: genética, disfunção endócrina, sedentarismo, síndromes psicóticas (bulimia – que é a doença que faz comer todas as horas sem parar), escolha errada dos alimentos (muita gordura e muito hidrato de carbono).

Neste século, podemos dizer que a qualidade de vida das pessoas pode diminuir sensivelmente em consequência deste distúrbio, com baixa da auto-estima por conta da má estética, que a sociedade a cada dia, cobra mais e mais de cada um de nós.

A massa adiposa se acumula com maior frequência nas vísceras abdominais, na gordura subcutânea da região abdominal, no glúteo e lateralmente na coxa. As mulheres têm sido as maiores vítimas, pelos frequentes distúrbios hormonais aos quais as mesmas são acometidas.

A maior complicação sempre é a síndrome plurimetabólica (diabetes, hipertensão, dislipidemias e doenças cardiovasculares). E por conta destas doenças existe um aumento acentuado dos óbitos em pessoas obesas de todas as idades.

O tratamento reside na tomada de decisão pessoal de mudar e fazer duas coisas fundamentais: dieta e exercícios. Estes últimos respeitando os limites de cada um. Por outro lado, temos que corrigir os desvios hormonais. Para tudo é necessária a atuação de uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiras, educador físico e psicólogo).

Portanto, para envelhecer com qualidade de vida, não se exceda nos alimentos, dê preferência às verduras, legumes, frutas, pouco açúcar, poucas gorduras e proteínas em quantidades suficientes, não fume e faça pouco uso de bebidas alcoólicas.

Queda dos cabelos

Isto tem se tornando uma queixa frequente nas consultas médicas: “Doutor, o meu cabelo cai continuamente!”.

Normalmente, perdemos de 80 a 100 pêlos por dia, sem que possamos nos dar conta deste fato, tudo de uma forma muito natural. Mas quando ultrapassa duas vezes esta quantidade, passamos a perceber. E neste momento tem que ser consultado um médico, o qual identificará se tal fato é fisiológico ou doença.

Várias causas são responsabilizadas por esta anomalia da saúde. As principais são: medicamentos em excesso (vitaminas, anorexígenos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, antiinflamatórios não-hormonais etc.), deficiência de Ferro e Zinco, anemia, dietas rigorosas, lúpus, doenças da tireóide, infecções, estresse emocional e físico, grandes perdas, pós-parto, pós-interrupção de anticoncepcional hormonal, pós-interrupção de terapia de reposição hormonal e dermatite seborréica. Portanto, temos sempre que descobrir a causa e tratá-la corretamente.

Existe geneticamente a Alopécia Androgênica, que é a perda dos cabelos da cabeça precocemente devido ao estímulo dos folículos pilosos por hormônios masculinos, os quais começam a ser produzidos em maior escala na adolescência. Sob a ação de uma enzima 5-alfa-redutase, a Testosterona (hormônio masculino) se transforma em DTH que será responsável pelo afinamento dos cabelos e diminuição progressiva dos folículos pilosos, resultando na calvície.

Existe a Alopécia Areata, outro tipo de calvície, que faz verdadeiras tonsuras (placas arredondadas de perda de cabelos) que não poupa nem as mulheres; mas a sua origem ainda é ignorada. Temos, ainda, a Alopécia Universal, quando todos os pêlos do corpo são eliminados e o indivíduo fica glabro (sem pêlos). Este é um fenómeno pouco comum. Nas mulheres, as causas mais comuns são: seborréia, estresse, depressão, hipotireoidismo e retirada abrupta de hormônios.

Para todos os casos existe sempre uma solução. O importante é que deve ser procurado sempre um médico para orientar no diagnóstico e no tratamento.

Para uma coisa gostaria de chamar a atenção: os metais pesados como o Chumbo, Cádmio e outros são também responsáveis pela queda de cabelos. Logo, quem pinta os cabelos estará sempre susceptível de perdê-los pela ação destes metais, os quais estão em grande concentração nas tintas usadas para tingimento capilar.

Hipotireoidismo

A glândula tireoide, apesar de pequenina, é de grande importância na economia orgânica. Secreta os hormônios tiroxina (T4) e tri-iodotironina (T3), os quais são responsáveis pela regulação do cálcio e do fósforo no organismo, logo têm grande influência no metabolismo ósseo.

Todas as vezes que acontece desnível nestes hormônios teremos, pela sua importância, alterações celulares múltiplas, que por sua vez alteram de tal forma o metabolismo orgânico que acabam por gerar sintomas e sinais os mais diversos. Logo, teremos como queixas: cansaço fácil, depressão, pele seca e amarelada, cabelos ásperos e que caem com facilidade, unhas quebradiças, prisão de ventre, anemia, fadiga, perda do apetite, aumento de peso, edemas variados, menstruação (quando existe) muito irregular, lentidão mental, cabelos que crescem lentamente, diminuição da força muscular, câimbras e aumento do mau colesterol.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) diz que existe uma prevalência nos idosos de 0,4% a 11% desta doença, principalmente entre as mulheres.

As causas principais de hipotireoidismo ficam por conta da falta de ingestão de iodo nos alimentos e disfunção da própria glândula. É por este motivo que o sal de cozinha vem enriquecido com iodo, como mecanismo de proteção, na tentativa de fazer bem à Saúde Pública.

O tratamento se preconiza em oferecimento do próprio hormônio da tiróide como compensação. É necessário, ainda, fazer o controle do peso com regularidade. Por isto, aconselhamos sempre a busca de um médico para fazer o diagnóstico e indicar o tratamento correto.

O Gordo e o Magro

Tem sido uma grande luta dos homens de todos os tempos ao redor da balança. Uns porque são magros e outros porque são gordos. Mas as pesquisas não pararam ao longo do tempo, sempre visando a melhor saúde para os cidadãos. Ser muito magro ou ser fofinho nunca é muito bom, pois a discriminação é óbvia em torno deste tema. E, além de incomodar as vítimas, nem sempre é salutar para a saúde.

Já se fez de tudo: dietas, programas especiais em ambientes especiais (SPAS), simpatias e, mais modernamente, a gastroplastia (retirada de uma fração do estômago), reduzindo a capacidade deste último de armazenar alimentos e, com isto, diminuindo sensivelmente a oferta de nutrientes com conseqüente perda de peso.

Contudo, a revista médica de prestígio internacional, denominada *The New England Journal of Medicine*, acaba de publicar a pesquisa de laboratório feita no Hospital dos Veteranos Americanos da Universidade de Washington, em Seattle, revelando que o hormônio descoberto pelos japoneses no século passado (mais especificamente em 1999) é o responsável pelo efeito sanfona (emagrece–engorda) de pessoas em permanentes dietas.

A substância chave é a *grelina*, um hormônio produzido na zona fúndica do estômago. Assim, as pessoas submetidas a esta cirurgia, a gastroplastia para reduzir o estômago, perdem peso exatamente porque é retirada a parte do estômago que possui as glândulas produtoras de grelina. Esta substância é que avisa ao cérebro que o indivíduo está com fome e, quando o alimento chega ao estômago, esta mesma substância é inibida. Então, o intestino fabrica outro hormônio, denominado PYY, informando o cérebro que aquele cidadão está saciado.

Nestas pesquisas, constatou-se também que os obesos geneticamente constituídos são portadores somente de células produtoras de grelina, e o PYY não existe ou, quando existe, é sempre em pequena quantidade, incapaz de avisar o cérebro que a saciedade está plena.

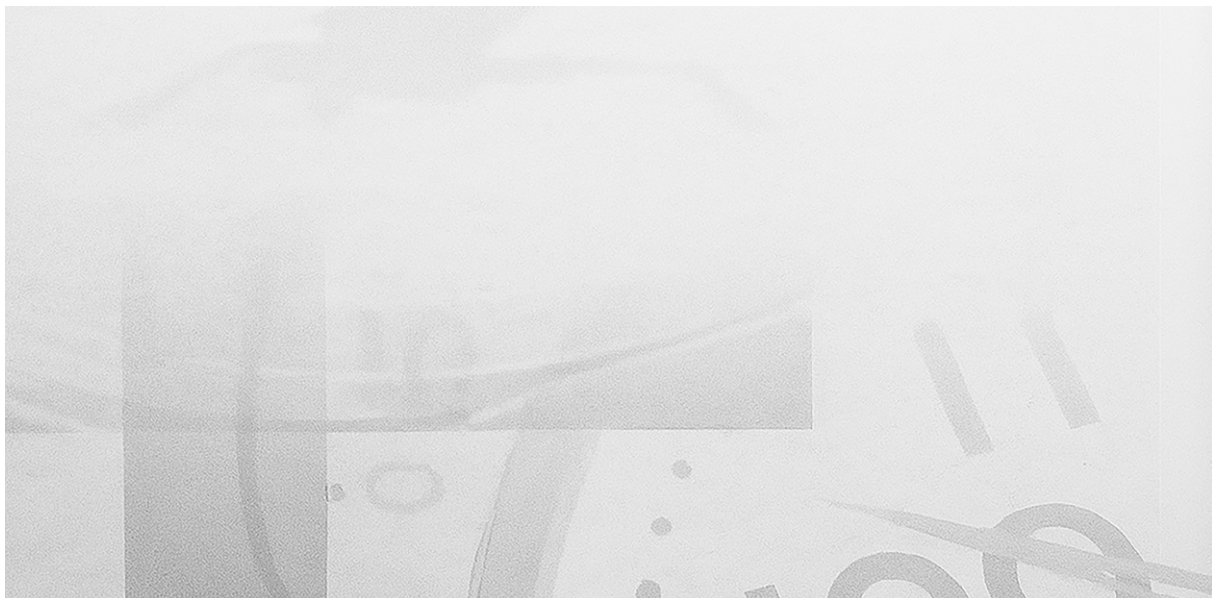
Foi descoberto, ainda, que quando ingerimos proteínas, estas são estimuladoras da produção de PYY. É por este motivo que a famosa dieta do “doutor” deseja o Índice de Massa Corporal (IMC) dentro dos padrões da normalidade, levando os indivíduos, com isto, a conviverem com mais saúde.

Logo, vamos dar vivas ao PYY que será a droga promissora do futuro imediato!



CAPÍTULO XII

ALTERAÇÕES OSTEOARTICULARES E MUSCULARES



Artrite Reumatóide

Sem causa conhecida, esta é uma doença que tem tendência à cronicidade. Atinge principalmente mulheres a partir dos 40 anos de idade, mas pode atingir também o sexo masculino. Calcula-se que em torno de 1,5% da população em geral tem esta doença na idade provecta.

Já foram identificados alguns genes que dão uma predisposição genética, juntamente com um número grande de fatores externos, levando finalmente à artrite reumatóide. Estes estímulos externos em indivíduos com genes predisponentes desencadeiam reações inflamatórias das pequenas articulações, geralmente começando pelas mãos, alterando a cápsula sinovial que protege a articulação e, finalmente, destruindo esta articulação cartilaginosa, muitas vezes chegando a comprometer os ossos vizinhos com mutilações.

A sintomatologia quase sempre é simétrica (atinge ao mesmo tempo dois dedos das mãos, punhos etc.). Os indivíduos amanhecem com a imobilidade das articulações comprometidas, uma certa flogose (edema com vermelhidão) e muita dor.

Às vezes as manifestações são assimétricas, e em grandes articulações (são raras). Contudo, como é uma doença crônica, progride sempre para “poliartrite simétrica”. No entanto, a grande característica desta doença é a rigidez matinal. Outros sintomas, como cansaço, palidez, dor muscular e fadiga, sempre acompanham esta moléstia.

Existem outras manifestações à distância, como: alterações oculares sérias, que acabam por comprometer a visão; nódulos subcutâneos, principalmente em áreas de atrito, como no cotovelo, joelhos e etc.; hipotrofia muscular é comum, pois a imobilidade leva ao desuso e, portanto, à atrofia da musculatura. As raízes nervosas periféricas também são atingidas e levam ao formigamento das mãos e dos pés. Podem favorecer o deslizamento das vértebras por lesão de afrouxamento ou destruição dos tendões, que levam a sintomas de compressão dos nervos paravertebrais e, às vezes, paralisia conseqüente.

A anemia fica sempre acompanhando casos de artrite, mas como estes pacientes tomam muitos medicamentos (aspirina, anti-inflamatórios não hormonais e corticoides), esta anemia pode ser devida ao sangramento gástrico. A vasculite, que é uma alteração dos vasos periféricos, quase sempre causa o comprometimento do leito da unha, com processos muito dolorosos.

Portanto, podemos afirmar que esta doença é crônica, sem origem conhecida, que molesta muito os pacientes, principalmente os idosos. Podemos dizer, ainda, que não tem cura.

Artrose

Artrose é a forma mais comum de doenças reumáticas. É uma doença de maior prevalência na espécie humana e um dos principais fatores de risco para incapacitar as pessoas.

A idade é um diferencial: quanto mais idoso, maior a tendência para artrose. Esta é uma doença que afeta 20% da população em geral aos 40 anos e quase 100% aos 80 anos de idade.

A artrose resulta da destruição gradual dos tecidos das articulações, que será responsável pela dor, deformidade e limitação dos movimentos. Com o tempo, há uma perda de regularidade e elasticidade das articulações em consequência de freqüentes traumatismos. Então, os amortecedores destas articulações acabam desaparecendo, fazendo com que os ossos deslizem livremente uns sobre os outros, e aí começa a degeneração óssea por conta do atrito sem a almofada de proteção.

Todas as articulações podem ser atingidas, porém as mais freqüentes são: a anca, joelhos, os pés e a coluna (todas as articulações que sofrem carga). Uma forma comum também é encontrada nas articulações próximas às unhas, principalmente a do polegar.

Os principais fatores de riscos são: a idade, sexo feminino, obesidade, hereditariedade.

Os sintomas mais frequentes são: dor em repouso ou em movimento, limitações dos movimentos e rigidez, que leva à invalidez.

O diagnóstico se faz pela história do paciente, pelo exame clínico e com a ajuda da radiografia e da tomografia.

O tratamento se baseia na tentativa de aliviar a dor, melhorar os movimentos e evitar a invalidez. Logo, usamos analgésicos comuns, antiinflamatórios não-hormonais, calor e frio, fisioterapia, injeção intra-articular de corticóides e até, em casos mais severos, a cirurgia.

Câimbras

Tem sido uma reclamação comum nos consultórios médicos, e pode acometer indivíduos de todas as idades, contudo os idosos são os que mais se queixam.

E o que é câimbra? São contrações involuntárias normalmente dolorosas dos músculos, principalmente os dos pés, das panturrilhas (batatas das pernas), mãos e músculos abdominais. Quase sempre se dá quando o indivíduo está em repouso.

As principais causas estão relacionadas à irritação local ou geral da musculatura. Entre estas causas temos: frio, perda de líquido e sais (desidratação) devido a certos medicamentos como diuréticos, anti-hipertensivos, anticolinérgicos, falta de cálcio nos músculos (como acontece nos distúrbios endócrinos da glândula tireóide), perda exagerada de sódio por atletas e trabalhadores de áreas de grande aquecimento, que suam muito e não repõem as perdas líquidas e salinas.

A melhor maneira de tratar é estender a parte afetada de imediato. Com a extensão muscular, o músculo se descontraí e cessa a dor.

Tomar líquido com sal (um litro de água com uma colher de sopa de sal) ou comprar no mercado cloreto de potássio, e tomar por via oral ou venosa.

A atividade física regular e bem orientada minimiza a ocorrência de câibras, pois não levará o indivíduo ao esgotamento e possibilitará o pós-exercício adequado, com massagem e alongamento muscular corretos.

Cuide de seus pés com carinho

A maioria das pessoas, e em especial os idosos, negligencia os cuidados dos pés. E isto é muito grave, pelo grande número de eventos pouco saudáveis que se evidenciam nesta parte do corpo devido à falta de cuidado, na maioria das vezes.

Citarei alguns destes eventos: mau cheiro dos pés, calos, joanetes, esporão do calcâneo, rachaduras do calcanhar, pele seca e quebradiça, unhas encravadas etc.

O cuidado com os pés reside no fato de que neste local existem os maiores números de glândulas sudoríparas do corpo; os pés suam permanentemente, principalmente durante o verão. Daí se exigir o uso de meias quando calçado com sapatos fechados, caso contrário o suor acumulado dará oportunidades a fungos e bactérias para se desenvolverem em grande quantidade, formando bolhas, descamando a pele e produzindo cheiro desagradável nos pés (chulé).

Além de meias que deverão ser trocadas diariamente, devemos lavar cuidadosamente os pés pela manhã e à noite, secá-los com toalha enxuta e hidratá-los com cremes, e colocar entre os dedos uma porção de pó. Devemos usar sempre sapatos um número maior que os pés para evitar os “calos”, que são hiperqueratose da planta dos pés ou dos dedos, em consequência de atrito permanente com calçados apertados. Como as camadas espessadas da pele se formam em planos, os calos vão se concentrando em forma de funil, que é o responsável pela dor.

Os calos devem ser removidos por pessoas que saibam fazer, com técnicas adequadas, evitando ferimentos, principalmente em diabéticos, pelo perigo das infecções que podem resultar em verdadeiros desastres para a saúde, como: gangrenas e amputações.

Joanetes são inflamações e crescimentos das articulações do halus, que é o dedão dos pés, fazendo proeminência, que além de deformar os pés, pode ser extremamente doloroso além de ser antiestético.

Parece que existe uma carga genética que se manifesta em gerações na mesma família, principalmente em mulheres. Nestas, além da genética existe o fato da moda fazer com que mulheres usem sapatos apertados e de bico fino, facilitando o aparecimento desta deformidade.

O esporão do calcâneo é uma formação em consequência de inflamação, em forma de esporão, que se localiza na face plantar do calcâneo. Na verdade, é um processo inflamatório da aponeurose plantar que tem inserção no osso calcâneo. O sintoma intolerante é a dor, que se acentua na hora em que a pessoa levanta, e vai se agravando à medida que está sendo pressionado por longo tempo com o indivíduo portador desta patologia ficando de pé muitas horas.

O tratamento é fisioterápico, antiinflamatório não-hormonal, com uso de palmilhas especiais, com elevação do salto do sapato; nunca se opera, pois o resultado é muito discutido.

Unha encravada é um problema comum nos obesos, principalmente por terem seus dedos gorduchos; a unha cresce de forma irregular ferindo a pele e, com a entrada de agentes

bacterianos podem acontecer infecções, que são extremamente dolorosas.

A prevenção se impõe em calçar sapatos confortáveis, cortar as unhas dos pés em formato reto para que seus cantinhos não cresçam no sentido errado, ferindo a pele. Não podemos deixar crescer muito as unhas, pois quando estão muito crescidas podem ser fator de risco para quedas em idosos.

Alertamos, portanto, para que todos, idosos e jovens, cuidem com carinho dos pés, e com isto estaremos evitando muitos eventos desagradáveis, que agravam a saúde.

Fibromialgia

É uma doença que começou a tomar vulto na última metade do século passado para cá. O diagnóstico se faz pelas queixas dos seguintes sintomas: fadiga; sono superficial e não-reparador (desperta mais cansado do que quando deitou); depressão psíquica; ansiedade; dor de cabeça (pode ser enxaqueca); dor abdominal com períodos de prisão de ventre e alternância de diarreia.

A dor, fadiga e distúrbios do sono nunca vêm acompanhados de deformações das articulações, edemas e nem flogose (calor e vermelhidão das articulações). O principal sintoma que leva o paciente ao médico é a dor difusa, que confunde. Às vezes o paciente queixa-se que a dor é nas articulações, nos músculos, nos tendões, nos ossos, sem nunca precisar a localização da referida dor. A expressão “dói tudo, doutor” é sempre a queixa no consultório!

As causas são desconhecidas, ninguém ainda descobriu o mecanismo da fibromialgia. Não existe evidência de que possa ser transmitida ou que seja doença familiar. O que foi constatado cientificamente é que nos fibromiálgicos existe, com certeza, diminuição da produção de um neurotransmissor, chamado “serotonina”, que quando em baixa provoca estímulo doloroso, por diminuição do fluxo sanguíneo para os músculos e tecidos superficiais.

O melhor tratamento se faz com analgésicos. Não devemos usar nunca anti-inflamatórios e nem corticóides.

Uma outra medicação que se aconselha é o uso de um tricíclico, de preferência a “amitriptilina” em doses de 25 mg/dia.

Os esclarecimentos para os pacientes, sobre esta doença, são muito importantes, e o condicionamento físico é indispensável.

Gota

A gota é uma doença ligada ao acúmulo de ácido úrico no sangue e deposição de cristais deste último nas articulações menores, principalmente as dos pés e das mãos. Pode, no entanto, se alojar em qualquer grande articulação e nos rins, com formação de cálculos renais. Pode também se depositar embaixo da pele, formando protuberâncias nos cotovelos, dedos e orelhas, que são extremamente dolorosas e chamadas de tofos.

E o que é ácido úrico? É um derivado de uma das substâncias contidas nas proteínas.

As purinas são restos de células, cujos núcleos liberam esta substância quando as células morrem. E onde se encontram estas purinas? Nas carnes vermelhas, nos tomates e espinafre, nas vísceras e nas bebidas fermentadas, tais como cerveja e vinho.

Esta é uma doença que atinge mais homens que mulheres, na proporção de 1 para 8, pois o hormônio sexual feminino parece ter um efeito protetor contra a gota no caso das mulheres.

As crises são abruptas e, na maioria das vezes, acontecem à noite ou pela madrugada. A inflamação é bastante dolorosa, tem edemas e vermelhidão nas articulações. Quase sempre vem acompanhada de febre moderada. Estas crises, na maioria das vezes, se resolvem espontaneamente em 3 a 5 dias.

O tratamento se faz com dieta e medicação à base de colchicina²⁹ e anti-inflamatórios não-hormonais, compressas de calor e repouso.

Que conselhos eu poderia dar aos portadores desta doença? Eu diria que devemos evitar a obesidade, consumir menores quantidades de gorduras e evitar consumo exagerado de bebidas alcoólicas. Nunca devemos comer conservas, embutidos/miúdos, frutos do mar. Devemos aumentar a ingestão líquida e tratar as doenças associadas, tais como: hipertensão, diabetes, artrite e artrose.

Portanto, eu diria que a Gota Serena da Gota é de possível prevenção!

²⁹ A colchicina é um agente antimitótico utilizado amplamente como substância experimental para estudar a divisão e a função celulares. Ela não influencia a excreção renal de ácido úrico ou a sua concentração no sangue. Em virtude de se ligar à tubulina, a colchicina interfere com a função dos fusos mitóticos e causa a despolimerização e desaparecimento dos microtúbulos fibrilares dos granulócitos e outras células móveis, fazendo com que a migração dos granulócitos para a região inflamada seja inibida e haja redução das atividades metabólica e fagocitária dessas células. Isso reduz a liberação do ácido láctico e de enzimas pró-inflamatórias, que ocorre durante a fagocitose, rompendo o ciclo que resulta na resposta inflamatória.

Os Mitos sobre a dieta da Gota

Segundo a grande instituição denominada *Arthritis Foundation*, nos Estados Unidos, existe um sem-número de mitos a respeito da dieta específica para paciente portador de gota em todas as idades, mas principalmente nos idosos.

A obesidade pode ser a causa principal do aumento do ácido úrico no sangue das pessoas. Se a divisão do seu próprio peso por duas vezes a sua altura estiver acima de 25, o indivíduo pode procurar um médico para começar a regular este peso, pois quando ultrapassa este limite do Índice de Massa Corporal (IMC), você está com tendência de seguir aumentando o peso e chegar até à obesidade.

Nunca fique em jejum muito tempo e nem se meta sozinho a fazer dieta de pouca caloria, pois pode aumentar abruptamente o ácido úrico no sangue, e chegar a ter crise de gota.

Em geral você deverá comer com moderação tudo o que desejar, mas quando a gota vem acompanhada de cálculos renais de ácido úrico, de pronto tem que se fazer restrição alimentar dos seguintes produtos: sardinha em lata, anchovas, frutos do mar, aves domésticas, carne vermelha, miúdos (rim, fígado), legumes (feijão, soja, ervilha), tomate.

Tome líquido à vontade, no mínimo 3 litros por dia (que é difícil), mas tem que tentar, porque a quantidade de líquido ajuda a eliminar os cristais de ácido úrico pela urina. Este líquido não pode ser bebida alcoólica de nenhuma maneira, principalmente vinho e a cerveja.

Nunca deixe de fazer controle com seu médico e a nutricionista, pois você pode morrer de dor pela boca, o que poderá sempre ser evitado, comendo com parcimônia e não se excedendo naquilo que não deve comer.

Os Idosos também podem correr?

Qualquer um pode correr, desde que não tenha problemas cardíacos, na coluna e nas articulações dos joelhos. E, claro, tem que passar antes por uma boa avaliação clínica.

Todas as pessoas que correm devem fazer musculação proporcional ao Índice de Massa Corporal (IMC) para fortalecer a musculatura das pernas e costas. Porém, qualquer exercício tem que ser precedido por um alongamento equilibrado com a finalidade de evitar o dissabor das distensões.

A velocidade ideal não existe; sempre devemos começar lentamente e aumentar o ritmo à medida que formos ganhando confiança. A pessoa obesa tem dificuldade de correr; primeiro, porque suas articulações não suportam tanta carga, e o coração, que foi programado para bombear sangue para uma determinada estrutura, tem que fazer maior esforço todas as vezes que se excede em peso e pode até ser comprometido.

Por outro lado, os fumantes, que sempre têm um gasto de oxigênio acima das suas possibilidades, pois suas reservas são sempre muito baixas, se iniciarem uma corrida com certeza vão gastar rapidamente estas reservas, podendo entrar em exaustão e colapso.

Como a corrida corresponde a um alto grau de perda calórica, as pessoas que correm geralmente perdem peso, principalmente se isto acontecer durante pelo menos uma hora, três vezes por semana. Uma preocupação que deve estar sempre presente é a frequência cardíaca, que não deverá ultrapassar 70% da frequência cardíaca máxima.

E como se calcula a frequência cardíaca máxima? É muito fácil, basta subtrair o valor 220 do seu peso e tirar o percentual desejado. Exemplo: para um indivíduo de 70 kg, faremos a seguinte operação: $220 - 70 = 150 / 0,7 = 105$ batimentos por minuto, que será o ideal para um indivíduo que pese somente 70 kg. Logo, o ideal de 70% da frequência cardíaca máxima nada mais é do que 105 batimentos por minuto. Isto deve ser observado para evitarmos sobrecarga cardiorespiratória.

A corrida pode ser feita tanto ao ar livre no plano quanto na esteira. Ao ar livre você foge da monotonia de permanecer no mesmo lugar à frente de uma televisão, mas tem a vantagem de poder fazer isto em um ambiente refrigerado, independente das variações atmosféricas, pois corrida na chuva nunca deverá ser praticada, por todos os riscos que possam estar presentes.

Portanto os idosos, também podem correr, desde que cumpram rigorosamente todas as recomendações exigidas.

Quedas e suas conseqüências

Um em cada três indivíduos acima de 65 anos cai no período de um ano. Destes, pelo menos 20% são acometidos de fraturas e são hospitalizados. Neste último grupo, pelo menos 50% morrem no primeiro ano do evento, em conseqüência da própria queda.

Por aí podemos avaliar o efeito arrasador que as quedas promovem no seio da família.

O ser humano mantém o equilíbrio sustentado nas últimas vértebras sacras, em um mecanismo neuro-osteomuscular onde entram os órgãos do sentido como: visão, tato e a propriocepção. Em outras palavras, este mecanismo nada mais é do que a capacidade que o ser humano tem de se orientar em relação ao seu próprio meio ambiente. Tanto é assim que as pessoas caem quando não enxergam, quando têm pouca luz, quando não conseguem saber o que há de diferente no seu espaço.

Existem fatores de risco coadjuvantes das quedas, tais como a hipertensão postural, ou seja, quando a pressão arterial se modifica mais de 20 mm de Hg com a mudança de posição. Por exemplo: se alguém está sentado, tem pressão de 160x90 e, se ficar de pé, a pressão se modifica para 100x60. Este indivíduo poderá, então, ficar tonto e cair. Se existir obstrução (por aterosclerose) nas artérias que levam sangue para o cérebro, com um leve movimento da cabeça pode ocorrer a compressão da artéria, fazendo com que o fluxo de sangue no território cerebral diminua, acontecendo uma síncope e levando o indivíduo a cair.

Medicações como anti-hipertensivos, diuréticos, antidepressivos, tranqüilizantes além de vitaminas em excesso, podem causar tonteira e quedas. Falta de força muscular, imobilidade, Doença de Parkinson, distúrbios da marcha: todos estes fatores podem promover quedas.

Podemos citar ainda as infecções agudas (urinária, pulmonar) que têm como pródromos uma queda inexplicada.

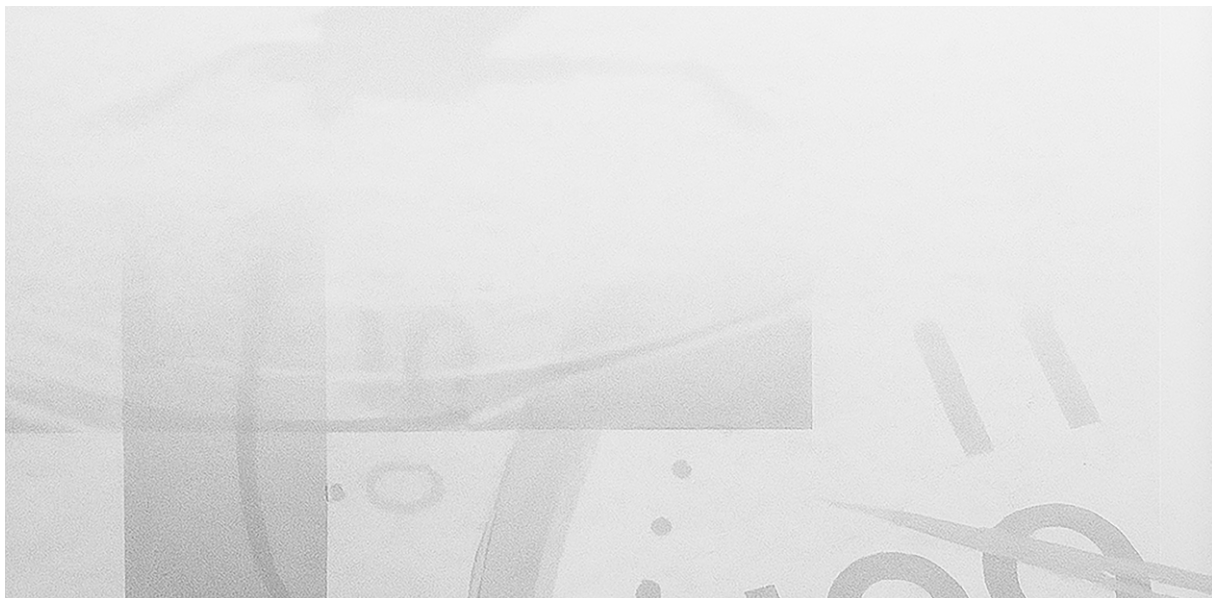
Portanto, devemos ter muito cuidado com os nossos idosos, pois após uma queda as conseqüências são sempre funestas. Quem cai uma vez poderá não querer caminhar mais, e dizemos que está desenvolvendo a síndrome do medo da queda, o que poderá levar a outros problemas, tais como imobilidade, incontinência urinária e fecal, além de causar desorientação psicossocial, isolamento, depressão e morte.

E assim... cuidemos dos nossos idosos e evitemos, por todas as suas conseqüências, que os mesmos venham a cair.



CAPÍTULO XIII

ALTERAÇÕES GENTURINÁRIAS



A Aids e os idosos

Quem pensa que a AIDS³ só atinge os jovens, está muito equivocado. O Ministério da Saúde diz que na população acima de 60 anos já existem dados, por notificação compulsória, que colocam idosos com taxas entre 2 e 3% de contaminação, e existem regiões, como a do Sudeste, em que a concentração tem sido muito maior.

Vários são os fatores responsáveis por esta prevalência de AIDS entre idosos. Primeiro, é preciso ficar bem claro que os idosos não são assexuados, mas suas famílias e seus amigos e muitas vezes seus próprios médicos não aceitam que a sexualidade destes esteja ainda bem ativa, e isto causa muitos estragos nas relações sociais e familiares.

Por outro lado, em sua maioria estes idosos dispõem de recursos e, para tanto, se for necessário, gastam qualquer valor para ter uma parceira ou parceiro, de preferência, bem jovens. E entre esta geração de sexagenários falar nas consequências de relações inconseqüentes ainda é um tabu.

30 AIDS é a sigla para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. A AIDS/SIDA é causada por um vírus conhecido como o Vírus Humano de Imunodeficiência ou HIV.

O próprio Ministério da Saúde quando faz promoção no sentido de educação sanitária, com relação a doenças sexualmente transmissíveis, não inclui os idosos. Culturalmente nem pensar em usar camisinha; os idosos não aceitam isto de maneira nenhuma, até porque a ereção é pouco sustentada, quase sempre parcial e colocar a camisinha muitas vezes promove impotência – assim eles evitam.

O homem hoje tem acesso a medicamentos como Viagra, Cialis e etc., o que faz destes homens quase sempre vítimas de doenças sexualmente transmissíveis. E as mulheres freqüentam mais do que se pensam aquelas casas que têm os garotos de programa se exibindo e onde são promovidos encontros de toda natureza, incluindo as mulheres no alto risco de contaminação, principalmente quando o coito é anal.

Os homossexuais são outro grupo que se expõe muito, pois estes, na maioria das vezes fazem compulsivamente sexo, e quase sempre são promíscuos e viram vítimas desta moléstia.

Logo, é preciso ter uma maior atenção com a sexualidade dos idosos de ambos os sexos. Deixo aqui um alerta aos médicos que cuidam de idosos, pois a AIDS, desenvolve nestes um tipo de demência sem o quadro clássico da mesma e pode passar sem ser percebida.

Quero alertar aos idosos que fazer sexo em qualquer idade é muito bom e vale para manter a vida saudável, desde que seja com segurança.

A Tecnologia a serviço do prazer

Dias atrás a nossa coluna versou sobre o “Tabu da sexualidade nos idosos”. Volto agora novamente a este palpitante assunto.

Hoje em dia, nem hipertensos, nem enfartados e revascularizados e principalmente diabéticos, que sabidamente têm problema de disfunção erétil (impotência sexual), precisam ficar sofrendo e deprimidos em consequência deste fenômeno altamente prevalente no mundo atual. A tecnologia farmacêutica tem investido milhões de dólares em pesquisa e a cada dia descobrem-se novas drogas para socorrer esta dificuldade, seja qual for a causa: orgânica, psíquica ou ambiental.

Foi lançada primeiramente na Europa e agora felizmente já chegou ao Brasil, antes mesmo de ser lançada nos Estados Unidos, a miraculosa substância, cujo nome oficial é: Tadalafila. Esta droga está ao alcance de todos pelo custo e pelas manifestações colaterais quase nulas, exceto para aqueles que tomam vaso-dilatador coronariano (nitratos). Tais indivíduos ficam impedidos de usá-la.

E quais as vantagens desta nova substância? Uma vez ingerida, fica o cidadão com capacidade positiva para o sexo por 36 horas seguidas, sem ficar com ereção permanente, dependendo unicamente da vontade individual e do estímulo da parceira. Que maravilha!

A Tadalafila chega a atingir cifras fantásticas de 67% de positividade em diabéticos que já têm lesão em órgão alvo, em consequência da própria doença. Uma outra vantagem é que não interfere na concentração espermática, e sua administração sistemática e a longo prazo não interfere também negativamente na função testicular. Segundo as pesquisas, até dá certa proteção contra o câncer dos testículos nos ratos de laboratório.

Pode-se dizer, portanto, que esta novidade da tecnologia na medicina apresenta baixa toxidade ou quase nenhuma manifestação colateral, como: rubor facial, náusea, formigamento no corpo ou tremores, sintomas que outras drogas podem apresentar.

Esta substância pode beneficiar pessoas de qualquer idade portadoras de disfunção erétil, que não estejam tomando nitratos.

Câncer de Próstata

Segundo estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Câncer de Próstata é o segundo mais freqüente entre os homens de meia-idade e idosos, só perdendo mesmo para o câncer dos pulmões, principalmente nos grandes fumantes.³¹

A próstata é uma das glândulas sexuais masculinas. É uma glândula de pequeno tamanho, parecida com uma noz, que se localiza acima do reto e debaixo da bexiga, fica em torno da uretra, que é aquele tubo que leva a urina da bexiga até o pênis. Tem como função secretar uma secreção que conduz os espermatozoides.

Todas as vezes que esta glândula aumenta de tamanho, acaba por causar problemas na eliminação da urina e muitas vezes nas relações sexuais, promovendo ardor, ou mesmo dor na ejaculação.

³¹ O tabagismo é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão e de próstata. Ele é responsável por 90% dos casos desses tumores. Mais homens que mulheres desenvolvem o câncer de pulmão, mas o número de casos em mulheres está aumentando, enquanto que o número de casos em homens está caindo. O risco de morte por câncer de pulmão e de próstata é 22 vezes maior entre os fumantes do que entre os não fumantes.

Esta é a única glândula que continua crescendo durante toda a vida e, por volta dos 60 anos, está bem aumentada de tamanho, na maioria das vezes, sem causar nenhum problema. É a chamada Hipertrofia Prostática Benigna, que é por sua vez muito mais comum que o próprio câncer de próstata. É preciso ressaltar que os sintomas de um e de outro são muito parecidos, e às vezes os mesmos. Logo, todo homem deve, a partir dos 40 anos, fazer exames de rotina, todos os anos, para se prevenir contra o câncer de próstata.

Os principais sintomas de câncer de próstata são:

1. Dificuldade em começar e terminar de urinar;
2. Força reduzida no jorro ou fluxo urinário;
3. Gotejo prolongado após o término de urinar;
4. Micção (ato de urinar) dolorosa ou com ardor;
5. Urinar um pouco de cada vez e muitas vezes durante a noite;
6. Ejaculação dolorosa;
7. Sangue na urina;
8. Incapacidade de urinar;
9. Dor contínua no períneo e na pélvis.

O diagnóstico se faz de três maneiras:

- Toque retal (de acordo com a consistência da glândula); se estiver dura, já pode ser o câncer;
- Pesquisa do PSA no sangue, que por ser um antígeno específico da próstata quando está muito elevado já é um fator de risco para o câncer;
- Punção biópsia da próstata, de alta especificidade e sensibilidade no diagnóstico.

O tratamento se faz com a retirada parcial da próstata transuretral, ou a retirada total da glândula transabdominal, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia. É importante fazer o diagnóstico precoce do câncer, pois quanto mais cedo for descoberto, maior é a sobrevida do paciente. Cerca de 85% dos pacientes sobrevivem de 5 a 10 anos após a retirada do câncer.

Os principais fatores de risco do câncer de próstata são:

- Antecedentes familiares (pai, tio, avô com câncer);
- Exposição prolongada ao Cádmio (metal pesado que existe em certas soldas, baterias etc.);
- Os homens casados parecem ter menor risco que os solteiros (não existe explicação);
- Dieta rica em gorduras saturadas pode aumentar o risco. Pesquisas dizem que aqueles que se submeteram à vasectomia têm maior risco;
- Fumantes têm alto risco de serem acometidos de câncer de próstata e bexiga.

Termino dizendo que todos os homens, a partir dos 40 anos, uma vez por ano, devem ser submetidos aos exames para o controle do câncer de próstata. Melhor sofrer um pouco quando necessário for o toque retal, do que deixar se instalar um câncer e morrer precocemente.

Disfunção sexual nos idosos

As relações sexuais entre os casais idosos vão diminuindo ao longo do tempo.

Características culturais e regionais têm muita influência sobre este acontecimento, assim como também o preconceito e a viuvez, as limitações físicas e emocionais, e também a falta de adaptação à perda de função dos órgãos sexuais, como parte da senescência (envelhecimento natural).

Como parte das disfunções é o “tempo” das prévias para o ato sexual propriamente dito que se alarga, a lubrificação vaginal fica muito escassa, a dor na penetração (dispareunia) é muito comum, e gera rejeição. A disfunção erétil é mais comum, por um número muito grande de patologias (hipertensão, diabetes, tumor de próstata, depressão etc.) que dificultam a penetração. Estas patologias, associadas a doenças cardiovasculares, respiratórias, obesidade, tabagismo, alcoolismo, e medicamentos anti-hipertensivos, antidepressivos, com frequência agravam a disfunção erétil.

32 A dor que ocorre durante a relação sexual tem, algumas vezes, causas orgânicas. Os fatores psicológicos também podem estar envolvidos. Nesses casos, geralmente há associação com trauma sexual prévio, sentimentos de culpa ou atitudes negativas em relação ao sexo. O exame físico minucioso, na maioria das vezes, demonstra a causa. Devemos atentar para causas que podem diminuir a lubrificação vaginal e causar atrofia vaginal, como a menopausa ou o uso de alguns medicamentos. Infecções vulvares, vaginais, doença inflamatória pélvica ou endometriose, também provocam dor na relação sexual. O tratamento deve ser direcionado para a causa do problema.

Como medidas preventivas temos que identificar no casal uma destas comorbidades ou disfunções e tratá-las. Temos que pedir ajuda de um psicólogo, para convencer o casal que estes acontecimentos são freqüentes após os 65 anos de idade, mas que são contornáveis.

Muitas pesquisas têm relacionado a manutenção da prática sexual entre casais idosos como salutar para o aumento da expectativa de vida com qualidade.

O conselho é que não deve ser abandonada esta prática; o prazer deve ser sempre priorizado, com paciência, calma, insistência, pela relevância que possui para se viver mais e melhor.

E o gozo desaparece nos idosos?

Claro que não, às vezes se modifica para melhor! Como sabemos, várias são as transformações nas funções após os 30 anos de idade, que vão se acentuando à medida que nós caminhamos para ultrapassar o umbral dos 60 anos e mais. Estas transformações são acompanhadas de amadurecimento emocional. A sexualidade também sofre algumas alterações, principalmente no que pertine à fisiologia nas relações sexuais.

Vamos recordar rapidamente as fases da “resposta sexual”. Veremos tudo o que pode ocorrer fisiologicamente.

Segundo um grande psiquiatra chamado Helen Singer Kaplan, que estudou profundamente estas fases, da excitação até o orgasmo passamos pelo “Desejo”, Excitação, Orgasmo e Período Refratário e novos Orgasmos.

Na primeira fase, a do “desejo”, todos os estímulos visuais, táteis, olfativos e até gustativos levam à busca da atividade sexual. Existe no cérebro o Centro do Desejo Sexual, localizado numa região que os cientistas denominaram de “claustro”, bem próximo da região que determina o sabor dos alimentos — daí o ato sexual ser muitas vezes referenciado como se fosse um alimento, pois as pessoas se referem com frequência que “eu comi fulano(a)”, não é verdade?

33 KAPLAN, Helen Singer. Trad. Miécio Araújo Jorge Honkis. *Enciclopédia básica de educação sexual*. Rio de Janeiro: Record, 1983, 183 p.

Logo, esta falácia de que o desejo sexual desaparece nos idosos é fantasiosa. O que acontece é a queda da libido a partir dos 40 anos, quando a concentração no sangue do hormônio masculino “testosterona” diminui. Este hormônio existe tanto nos homens como nas mulheres, e na maioria das vezes é o responsável pela libido. Então, somente o estímulo visual não é mais suficiente; necessita-se também do toque. A segunda fase é a “excitação”, que é resposta final do ato de desejar. O homem marca este momento com a ereção e a mulher com a lubrificação vaginal. E, finalmente, acontece o clímax, que é uma sensação indescritível de prazer e gozo, com liberação de uma substância denominada endorfina, que deixa homens e mulheres em “alfa”, num estado em que as emoções são diferentes de todas as outras. As contrações clônicas que se estabelecem em toda a musculatura levam o homem à ejaculação e as mulheres a produzirem uma grande quantidade de um líquido mucolubrificante que invade a vagina, aumentando o gozo.

Nos idosos, mesmo com a ereção prejudicada por vários fatores (hipertensão, diabetes, medicamentos, estresse etc.), ainda assim permanece a sensação, e como é mais demorado o período para se conseguir o clímax, favorece as mulheres porque com esta “demora” elas se excitam muito mais, principalmente porque com a idade as mulheres perdem a gordura dos grandes lábios, e então as terminações nervosas ficando mais expostas dão maior prazer.

A terceira fase, que é o período refratário, é mais prolongada nos homens idosos, podendo variar de horas a dias. O “orgasmo múltiplo” é mais difícil de ser conseguido, mas mesmo assim acontece.

Logo, o fato de ser idoso não é igual a ser anorgásmico; que quer dizer, deixar de ter prazer no ato sexual. Portanto, amigos, aproveitem esta bênção que é o gozo!

Incontinência urinária

É a perda do controle da bexiga, o que implica em um importante impacto psicológico e social, podendo, inclusive, afetar gravemente os estilos de vida do paciente.

Várias são as causas: bexiga espasmódica, por impacção fecal, ou simplesmente por incontinência funcional ou, ainda, por problemas neurológicos e emocionais.

Também pode ser encontrada em consequência de fatores secundários, tais como: anormalidades anatômicas, esforço físico, urgências relacionadas ao sistema nervoso e o gotejamento que acompanha uma bexiga flácida distendida em excesso.

34 Por dificuldade na perda de função do músculo detrusor da bexiga.

A sintomatologia é por demais conhecida. Por incapacidade para conter a saída da urina da bexiga, o paciente não consegue controlar o fluxo e se urina. A bexiga neuropática vem sendo a causa mais comum, principalmente em idosos. É o caso de incontinência crônica dos dementados, tipo Doença de Alzheimer.

O volume da bexiga é pequeno e origina a incontinência. A incontinência pode ocorrer devido à pressão da bexiga por tumores benignos e malignos da próstata, ou pela simples hipertrofia (aumento de tamanho) da próstata, além da obstrução parcial da desembocadura vesical, neuropatias que se desenvolvem em diabéticos.

Outras causas acontecem por conta de certos medicamentos, tais como atropina, anti-histamínicos, anticolinérgicos, que causam retenção urinária e, em forma secundária, incontinência.

Nas mulheres em pós-menopausa é comum a incontinência por esforço (agachar-se, sorrir, subir uma escada, carregar pesos, escorregar, copular, correr) — tudo isto em consequências de falta de hormônios estrogênicos, isso para não mencionar os fatores locais, tais como idosos acamados e imobilizados umedecidos por urina e fezes etc.

Muitos fatores desencadeantes de incontinência, se devidamente controlados, podem ser evitados. Daí a importância de se saber a causa da mesma incontinência funcional.

É importante restringir ingestão de líquidos noturnos, principalmente cafeinados (café, chá, guaraná, chocolate). Para prevenir a “nictúria” (eliminação noturna da urina), devemos evitar os diuréticos a partir das 16 horas, e propor ao enfermo ir ao banheiro regularmente se este tiver condições de deambular.

Quando o problema se dá por conta da instabilidade do detrusor, administrar “imipramina” (Tofranil), 25 mg ao deitar.

35 Demência é um termo médico utilizado para denominar disfunções cognitivas globais, podendo ocorrer em várias doenças diferentes, como doenças cérebro-vasculares (AVCs), alcoolismo, AIDS, Doença de Parkinson e Doença de Alzheimer. Contudo, a DA é a causa mais comum de demência no mundo todo. Não se deve confundir distúrbios causados pelo envelhecimento normal com distúrbios causados pela demência, erro muito comumente cometido. Alguns alterações de memória e outras funções cognitivas comuns em idosos saudáveis. Na demência, há um declínio cognitivo que resulta na perda da função (habilidade de administrar as responsabilidades em casa e no trabalho, nas atividades sociais ou nas atividades do dia a dia). A perda de memória sempre está presente, mas não é suficiente para o diagnóstico desta, sendo necessário o declínio de pelo menos uma outra área de função cognitiva.

Nos casos em que haja vaginite senil, administrar estrógenos conjugados, 0,3 a 0,650 mg diariamente.

Quando for em consequência da hipertrofia prostática, a cirurgia é a solução. Quando for por impactação fecal (paciente que tem constipação intestinal e desenvolve fecaloma), o médico retirando este último resolve o problema. Modernamente, a substância chamada “Oxivutinina” tem sido de grande auxílio para os incontinentes devido à sua ação antiespasmódica por excelência nos pacientes.

Não podemos deixar de recomendar a psicoterapia auxiliar e os exercícios de períneos próprios, feitos sempre por um especialista da área.

Infecção Urinária

Também chamada de “cistite”, ou infecção urinária baixa. É uma doença inflamatória ou infecciosa da bexiga.

É inflamatória quando produzida por agentes físicos ou químicos, tais como: medicamentos, alergias, alterações da imunidade ou irradiação. É infecciosa quando ocasionada por bactérias, fungos ou vírus.

É mais comum nas mulheres do que nos homens, porque elas têm meato urinário curto diferentemente dos homens, cujo meato é longo. Isto tem uma repercussão social muito grande, principalmente pelo número de dias que os pacientes faltam ao serviço em consequência desta moléstia.

As bactérias do tubo digestivo são as que mais comumente são responsáveis por estas infecções, principalmente nas mulheres que se contaminam quando fazem a higiene após o ato de defecar. A maneira incorreta de se limpar, usando o papel de trás para frente, usando chuveirinhos, ou toalhas higiênicas, que na maioria das vezes estão contaminadas. Uma outra forma de contaminação nas mulheres é através do coito anal e vaginal, no mesmo ato.

Os sintomas mais comuns são: aumento da frequência da vontade de urinar (polaciúria), da urgência de urinar, de dor e ardor no momento de urinar (disúria), a urina quase sempre tem mau cheiro e muda de cor, dores lombares, mal-estar geral e muitas vezes febre. Não raro pode passar despercebida, sem nenhum sintoma.

Na presença de qualquer destes sintomas, procure logo o seu médico, que fará com certeza o diagnóstico e o tratamento adequado.

Mas é muito importante fazer prevenção, tal como: beber bastante líquido, urinar a cada 3 horas, fazer sexo seguro evitando as doenças sexualmente transmissíveis, urinar sempre após as relações sexuais. E para as mulheres, aconselha-se: limpar-se sempre da frente para trás, lavar a região anal após as evacuações, não usar os absorventes internos, evitar roupas íntimas que não sejam de algodão.

Assim, é melhor prevenir do que adoecer de “cistite”, que sempre leva a complicações muitas vezes sérias.

O Fantasma do declínio sexual

Tudo se modifica ao longo do passar dos anos e, como não poderia deixar de ser, a função sexual também. Mas, que sorte que agora você é mais experiente.

Então, neste momento use sua experiência e sua criatividade, inovando sempre, sendo e fazendo sua parceira feliz. A penetração é apenas uma das maneiras de usufruirmos das delícias do sexo. E quando se é jovem, faz parte da afirmação da virilidade e da posse total da companheira. Mas para o idoso passa a ser apenas um complemento que, de vez em quando, deve ser levado em consideração.

Entre todos os sentidos, temos um em especial, o tato, que nunca deve ser esquecido, principalmente porque é na ponta dos dedos que ele está mais aguçado. Então, para quem tem mãos com bons dedos, perder a ereção não vai fazer muita diferença. Eles serão sempre uma eterna fonte de prazer. E raramente desaprendemos como devemos usá-los.

Busque permanentemente com sua parceira novas zonas erógenas que estão, muito provavelmente, esquecidas.

Se você soube enfrentar com uma certa dose de otimismo qualquer alteração que devesse estar relacionada com o seu declínio, vai ter *savoir faire* (conhecimento, *know-how*) suficiente e auto-estima para que isto não o abale emocionalmente, fazendo com que isto venha a contribuir para você viver pior.

Pare de estimular com “medo” qualquer que seja a possibilidade de que a ereção não apareça. O que leva ao fracasso é, quase sempre, a preocupação, desatenção, desconcentração. Mas se você faz amor com quem ama realmente, sua chance de falhar é quase nula!

Discuta com sua parceira as suas dificuldades e busquem juntos sempre os conselhos de um especialista, sem nenhum constrangimento. Se sua geração não aprendeu a falar abertamente sobre o sexo, aproveite agora e vença esta inibição, e se liberte disto para sempre.

Os novos medicamentos receitados para este problema são sempre seguros, desde que você não venha fazendo uso de outros medicamentos que são incompatíveis, como o nitrato. Veja sempre sob este prisma: que sexo prolonga a vida, pois melhora o desempenho físico e estimula os sentidos a exercitar o cérebro. Somente 10% destes casos não têm solução; por este motivo, não faça disto uma tempestade em copo d’água.

Portanto, fale com seu médico e sua parceira sobre o assunto e seja feliz!

Sexo sem amor

Aroqueira brasileira Rita Lee tem cantado e encantado com a música onde diz que “amor” é prosa e “sexo” é poesia. Arnaldo Jabor, cineasta e jornalista da Rede Globo, lançou recentemente um livro com este título, usando as palavras da roqueira.

Jean Paul-Sartre, famoso filósofo e escritor francês, todas as vezes que se reunia no famoso café de Magoux, no Boulevard San Michel, em Paris, costumava cumprimentar os amigos com a frase que ficou famosa: “Viva as putas!”. E, para quem não sabia o que significava aquilo, ele sempre tinha a maior paciência e prazer de explicar. Dizia ele que, entre os prazeres da vida, tais como respirar, ver, ouvir e alimentar-se, o orgasmo seria o maior deles, o qual, por sua vez, foi instituído para estimular a perpetuação da raça, como uma espécie de retribuição e/ou pagamento por este memorável feito. E por este motivo a natureza se encarregou de localizá-lo bem junto, no cérebro, na região do hipocampo, que também é responsável pela resposta da sensação do paladar ou gosto dos alimentos.

Não é sem motivos, por todas estas condições sensoriais, que muitas vezes o prazer de saborear os alimentos e o orgasmo não se separam, por isso é comum as pessoas se referirem ao sexo dizendo comeram fulano ou fulana, não é mesmo? E, por esta razão, Sartre explicava que as prostitutas são profissionais treinadas para oferecer o melhor dos prazeres, sem nenhum compromisso sentimental, sem precisar saber se quem está desfrutando daquele momento ama ou deixa de amar o parceiro, porque ela só se preocupa em oferecer aquele momento de muito prazer, com a possibilidade de oferecer um segundo momento esplendoroso, quando a mesma recebe o seu pagamento, cujo sorriso de satisfação se transforma em outro orgasmo.

E por trás daquele prazer não existe nenhum outro compromisso, seja ele sentimental ou familiar (sogra, filhos etc.). Logo, o “Viva as Putas!” do Sartre tinha sua razão de ser!

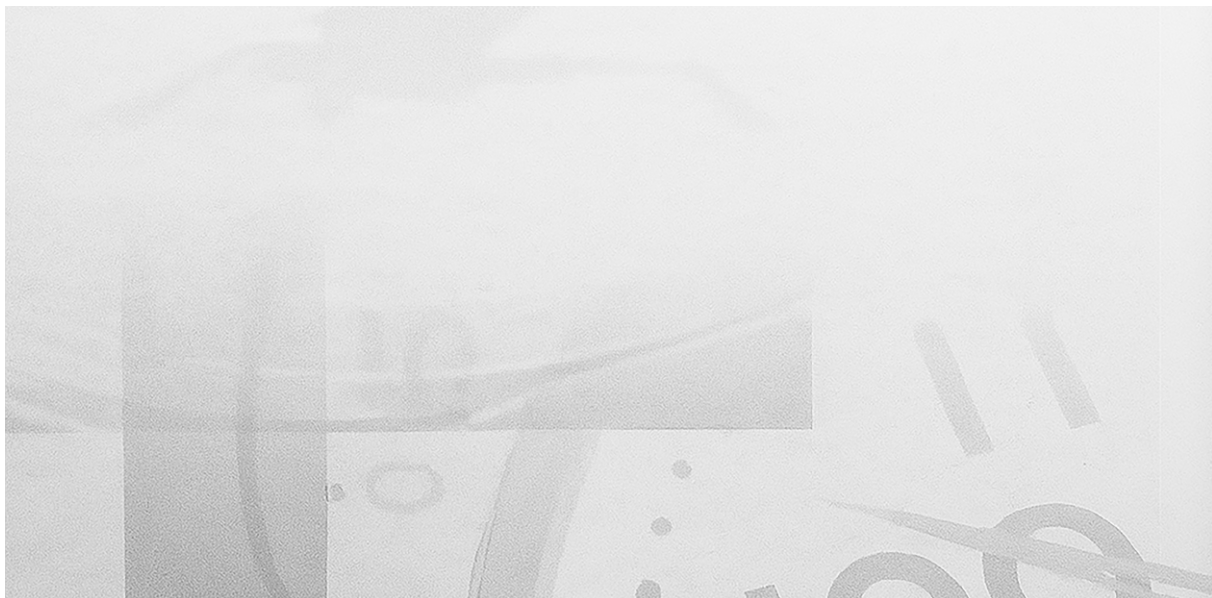
Recentemente, na mídia nacional saiu uma reportagem da famosa atriz de teatro, cinema e televisão brasileira, a maravilhosa Lilia Cabral, que sem o menor pudor, abrindo suas intimidades, revelou que está no segundo casamento, teve alguns amantes e muitos orgasmos sem compromissos, os quais ela valoriza como os melhores da sua vida! Corajosa, porque expondo a sua atual relação, falou com o coração e com a verdade, segundo a mesma. Será que ela está com a razão? Quem já teve essa experiência é que pode avaliar e julgar!

Talvez seja por isto que, nos dias de hoje, a nova sociedade aceita sem polemizar o “ficar” dos jovens. Quem diria que o mais ranzinza dos pais permitisse, nos dias de então, que sua querida filhinha dormisse em casa ou fora dela com o namoradinho daquela noite? Os tempos mudaram!



CAPÍTULO XIV

PREVENÇÃO



Prevenção da saúde do idoso

CONTROLE DE PESO: Cada indivíduo tem na sua estrutura óssea capacidade limitada de carga, em função do seu índice de massa corporal. Logo, a estrutura óssea de uma pessoa com 50 kg, que engorda 20 kg, vai sentir esta diferença, e as articulações são as primeiras a manifestarem o excesso de carga.

O coração, por sua vez, que foi programado para bombear sangue para uma estrutura de 50 kg, subitamente tem que fazê-lo para 70 kg, causando descompasso, hipertensão, aumento da fibra do coração e sofrimento. É justamente por este motivo que o obeso tem quase sempre problemas articulares e cardíacos.

EXERCÍCIOS: Temos que programar exercícios que movimentem o corpo inteiro, tanto assim que caminhadas e natação são bons exercícios para os idosos, desde que antes seja feito um alongamento de todos os grupos musculares do corpo. A caminhada deve ser realizada com passos largos, 60 passos por minuto, nunca menos que 30 minutos, pois somente após os primeiros 15 minutos começa a apresentar a queima de calorias. E aos 30 minutos começam a ser liberadas pelo cérebro as substâncias que estão envolvidas com o prazer, como a endorfina.

O organismo, na sua sabedoria, elimina todas as coisas que possam prejudicá-lo, com exceção das gorduras. Assim, temos que nos exercitar para queimá-las, pois o seu excesso quase sempre leva à obstrução dos vasos e suas consequências.

NUTRIÇÃO: Com o envelhecimento, pelas transformações das papilas gustativas e ressecamento da boca, o apetite e o interesse pelo alimento diminuem. Desta feita, temos que ter muito cuidado com as questões alimentares dos idosos. Oferecer alimentos várias vezes ao dia, em pequenas porções, sempre bastante coloridos para chamar a atenção, com condimentos para despertar a olfação e sempre muito variados, procurando sempre oferecer o que mais apraz a cada um.

Mas temos que lembrar que a gustação, um dos maiores prazeres, deve sempre ser acompanhada dos prazeres auditivos (com boa música), visuais (ao ar livre, para sentir a luz do sol e a brisa dos ventos), estimulando, assim, aquele idoso que não quer se alimentar porque muitas vezes está segregado a um mesmo ambiente onde não pode desfrutar do gorjear dos pássaros, da beleza das flores, do perfume das matas etc.

É preciso que tenhamos, também, uma atenção especial com a higiene oral destes idosos, que muitas vezes perdem totalmente o apetite devido a infecções orais, que sempre têm origem nos restos alimentares que ficam nas próteses e nas papilas gustativas. Temos que escovar 3 vezes ao dia os dentes se estes existirem, as próteses, a língua e a gengiva, aproveitando para massagear toda a boca, ativando a circulação e melhorando a vontade de comer.

DROGAS: Café, álcool e fumo, assim como alguns medicamentos, levam à dependência. Temos que evitar a “polifarmácia” e todas estas drogas, pois os malefícios já conhecemos.

ACIDENTES: Temos que ter cuidados para evitá-los, pois deficiência visual e auditiva muitas vezes são fatores de risco para acidentes, até intradomiciliares, que levam a fraturas sérias e até a morte.

CAPACIDADE MENTAL, ENFRAQUECIMENTO MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DOS REFLEXOS: O idoso não perde sua capacidade mental a não ser como sequela de um AVC, de demência etc., mas na realidade esta dita capacidade fica mais lenta.

O idoso pode até demorar a reagir e a entender, mas vai reagir e, quando entende, faz sempre muito bem pela sua experiência de vida.

O enfraquecimento muscular natural pode ser driblado através de exercícios com carga prescrita para estes idosos, e isto é muito importante para a estabilidade postural e para evitar quedas. Os reflexos ficam mais lentos e, em consequência, o idoso não age da mesma forma que um jovem quando leva um tropeção e pode cair; não consegue breicar o carro em frente a um perigo com a mesma velocidade do passado e pode promover acidentes; pode não sentir cheiro de gás escapando e de alimentos estragados e se expõe a perigos.

Assim, temos que cuidar bastante do ambiente em que vivem estes idosos, com sistemas de segurança contra incêndio, barras nos banheiros para evitar quedas, deixar poucos móveis no trajeto comum dentro de casa, ter corrimões bem estruturados nas escadas, degraus com sinalizadores, sem tapetes pequenos perto da cama ou junto às mesas de utilização freqüente, não deixar usar chinelos (que são causas freqüentes de quedas), ter móveis sempre muito práticos e abertos para evitar que o idoso precise subir para alcançar objetos, bordas arredondadas, para evitar machucados.

Tendo todos estes tipos de cuidados, com certeza você está cuidando com medidas preventivas à saúde do seu idoso.

Imunizações

Em toda guerra temos que ter armas eficazes. Sem elas perecemos com certeza, pois o inimigo não perdoa.

Na prática médica temos as vacinas, que ativando o nosso sistema de defesa nos protegem contra os “inimigos”: bactérias, vírus, alérgenos e fungos. São armas muito eficazes!

Vacina contra *influenza* (gripe) – A população mundial já conscientizada sabe que deve tomá-la, pois é muito efetiva contra esta virose que se não for bem cuidada, especialmente em idosos, pode ser fatal.

Hoje, sabemos os benefícios que a vacina pode proporcionar em adultos e crianças com doenças cardiopulmonares crônicas, sem excluir os asmáticos. Moradores de casas asilares com doenças crônicas, adultos saudáveis acima de 60 anos de idade, portadores de diabetes, insuficiência renal crônica e outras patologias que possam diminuir as defesas orgânicas são beneficiados por esta vacina. Todas as pessoas que trabalham em instituições de saúde ou não, mas que convivem com muita gente, devem sempre se proteger com esta vacina.

A nível nacional, a vacinação gratuita com esta vacina sempre começa nos meses de abril e maio. Qualquer pessoa, mesmo que esteja com seu sistema imunológico comprometido, deverá tomar esta vacina, pois pode evitar internações hospitalares desnecessárias que uma gripe ou mesmo uma pneumonia pode ocasionar.

A vacina contra o *pneumococos pneumoniae*, que deve ser feita a cada 6 anos, é obrigatória para todas as pessoas acima de 60 anos, pois uma pneumonia em idosos é sempre um risco muito alto para óbito.

O tétano deverá ser prevenido não somente nas crianças, mas nos idosos também. Esta vacina tem duração de 10 anos. Se por acaso alguém nesta idade se machucar ou tiver um ferimento, é recomendado fazer um reforço desta vacina.

A vacina contra Hepatite A e B deve ser tomada desde a infância, mas como vivemos em uma área endêmica de hepatite, os idosos não devem deixar de também tomar esta vacina.

Quero desmistificar aqui que vacina da gripe não é responsável por nenhum episódio de gripe em ninguém. É muito comum as pessoas dizerem que não tomam mais a vacina porque faz mal. Isso não é verdade! Nenhuma vacina faz mal! Só faz bem, pois protege contra algumas moléstias que, quando acontecem, podem levar facilmente à morte.

Quero chamar a atenção de todos que estamos vivenciando o nosso inverno com muita chuva e alta umidade. Precisamos desta vacina para nos proteger, a qual, ainda por cima, é de graça nos postos de saúde.

Prevenir, prevenir e prevenir

O famoso e conceituado jornal de medicina, denominado *The New England Journal of Medicine*, por volta do ano 2000, levantou a seguinte hipótese:

Em um caso ideal, cidadãos saudáveis de uma sociedade moderna sobreviverão ao avanço da idade com seu pleno vigor físico e mental, rechaçando o aparecimento de doenças incapacitantes, antes que a morte os apanhe por volta de 80 anos e mais de idade.

Sabemos que tudo isto pode acontecer por conta dos avanços da tecnologia e da ciência, cada vez mais aprimorada, possibilitando à maioria das pessoas envelhecer com bastante saúde e tendo reduzido o tempo de doença.

A prevenção primária, que é fundamental antes que surjam as doenças, deve obedecer alguns conselhos, como segue:

1. A prática regular de exercícios;
2. A orientação nutricional;
3. Vacinações;
4. Aconselhamento para evitar o hábito de fumar e tomar bebidas alcoólicas;
5. Evitar ou deixar de fazer uso de drogas pesadas.

A prevenção secundária consiste em fazer exames periódicos e diagnóstico precoce de doenças e controlá-las.

A prevenção terciária consiste em fazer a organização e tratamentos das várias comorbidades (doenças).

Logo “prevenir, prevenir e prevenir” é o segredo da longevidade com qualidade!

Glossário

Acidente Vascular Cerebral (AVC) – Déficit neurológico focal agudo devido à doença vascular cerebral, que persiste por mais de vinte e quatro horas. É popularmente conhecido como “derrame cerebral”. Deve-se à hemorragia ou isquemia (diminuição da oxigenação) cerebral. Entre as possíveis consequências encontram-se déficits motores, normalmente caracterizados como hemiplegia (paralisia de todo um lado do corpo); distúrbios de linguagem, comportamento e demência (no caso de múltiplos derrames).

Anamnese – Informação ou histórico dos antecedentes de uma doença.

Andropausa – Mudança de vida para homens que pode ser expressa em termos de reordenar a vida. É associada ao declínio de níveis de androgênio que ocorre nos homens ao final dos 40 anos ou começo dos 50. Termo criado por analogia à menopausa.

Anemia – Falta de número suficiente de glóbulos vermelhos no sangue. Pode ocorrer por deficiência de ferro; deficiência de vitamina B12 ou de outras vitaminas; perda de sangue; destruição da medula óssea, o que impede a formação de hemácias (glóbulos vermelhos) e formação de células anormais.

Angina – Também conhecida como “angina de peito” e é um complexo sintomático de cardiopatia isquêmica, caracteriza-se por crises de desconforto torácico subesternal ou precordial (no peito) variadamente descrito como constritivo, compressivo, asfixiante ou cortante. É provocada pela isquemia (falta de oxigênio) transitória do miocárdio (músculo do coração) durando de 15 segundos a 15 minutos, não chegando a induzir a necrose celular (morte) que define o infarto.

Em um caso ideal, cidadãos saudáveis de uma sociedade moderna sobreviverão ao avanço da idade com seu pleno vigor físico e mental, rechaçando o aparecimento de doenças incapacitantes, antes que a morte os apanhe por volta de 80 anos e mais de idade.

Sabemos que tudo isto pode acontecer por conta dos avanços da tecnologia e da ciência, cada vez mais aprimorada, possibilitando à maioria das pessoas envelhecer com bastante saúde e tendo reduzido o tempo de doença.

A prevenção primária, que é fundamental antes que surjam as doenças, deve obedecer alguns conselhos, como segue:

Anti-histamínico – Droga que reage contra o efeito da histamina. São utilizadas no tratamento de distúrbios alérgicos, e bloqueadores do receptor H₂, que inibe a secreção do ácido gástrico estimulado pela histamina, pentagastrina, alimento e insulina, e utilizada no tratamento de úlcera péptica.

Artrite Reumatóide – É um distúrbio inflamatório sistêmico crônico que pode afetar muitos tecidos e órgãos (pele, vasos sanguíneos, coração, pulmão e músculos), mas ataca principalmente as articulações, produzindo uma sinovite proliferativa não supurativa (inflamação progressiva da cápsula articular – membrana que envolve as articulações, sem produção de pus) que, muitas vezes, evolui para destruição da cartilagem articular e anquilose (bloqueio) das articulações.

Asma – É uma doença inflamatória recidivante crônica, caracterizada por hiper-reatividade das vias aéreas, resultando em broncoconstrição (estreitamento dos brônquios) episódica reversível, devido ao aumento da responsividade da árvore traqueobrônquica a vários estímulos. Manifesta-se por queixas de sensação de “falta de ar”.

Atividade de Vida Diária (AVD) – Termo utilizado para descrever cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, que compreende cinco atividades básicas: banho, vestimenta, higiene pessoal, transporte, alimentação.

Azia – Dor retroesternal (abaixo do osso do peito) em queimação; geralmente reflete regurgitação (retorno) do conteúdo gástrico para a parte inferior do esôfago.

Climatério – Síndrome de alterações endócrinas, somáticas e psíquicas que ocorrem na menopausa.

Derrame – Mesmo que Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Diabetes – Distúrbio crônico do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. Representa um grupo heterogêneo de distúrbios que apresenta hiperglicemia (alta taxa de glicose circulante no sangue) como característica comum.

Doença de Alzheimer – Doença degenerativa cortical (do córtex cerebral), é a causa mais comum de demência no idoso. Em geral torna-se clinicamente evidente com um comprometimento insidioso da função intelectual, com alterações de humor e comportamento. Mais tarde, desorientação progressiva, perda de

Memória e afasia (perda da fala) indicam disfunção cortical acentuada, e, dentro de 5 a 10 anos, o paciente torna-se profundamente incapacitado, mudo e imóvel.

Doença de Parkinson – Doença degenerativa do sistema nervoso central, lentamente progressiva e idiopática (não é consequência de outra). Síndrome clínica caracterizada por diminuição da expressão facial, postura encurvada, lentidão dos movimentos voluntários, marcha festinante (passos progressivamente encurtados e acelerados), rigidez e tremor de “rolar pílulas”. Além do distúrbio dos movimentos, há outras alterações menos bem caracterizadas da função mental, que podem incluir demência.

Endorfina – Um dos três neuropeptídeos. Ligam-se a receptores opiáceos em várias áreas do cérebro e têm um efeito analgésico potente.

Fisiológico – Próprio do funcionamento normal do organismo. De *Fisiologia*, ciência que estuda o funcionamento dos organismos vivos. É o estudo do funcionamento de todas as partes, bem como do organismo como um todo.

Geriatria – Parte da medicina que se ocupa do estudo e do tratamento das doenças e distúrbios próprios das pessoas idosas.

Gerontologia – Ciência que estuda o envelhecimento como processo em seus aspectos biopsicossociais, de forma a tentar manter um nível ótimo de vida e de funcionamento, não só retardando o declínio físico ou prolongando a vida, mas levando-a a ser mais significativa com qualidade e novas expectativas.

Gota – A gota é o desfecho comum de um grupo de distúrbios que produzem hiperuricemia (muito ácido úrico). Caracteriza-se por episódios transitórios de *artrite aguda*, desencadeados por cristalização de uratos dentro e ao redor das articulações, levando à *artrite gotosa crônica* e ao depósito de massas de uratos nas articulações e outros locais denominadas *tofus*.

Hipertensão – Pressão sanguínea elevada de forma anormal. Constitui um dos fatores de risco mais importantes na cardiopatia coronariana e nos acidentes vasculares cerebrais (AVC); além disso, pode resultar em hipertrofia cardíaca com insuficiência cardíaca (cardiopatia hipertensiva), dissecção da aorta e insuficiência renal. Considera-se a presença de hipertensão com pressão diastólica (dilatação do músculo cardíaco) persistente acima de 90.

mmHg ou pressão sistólica (contração do músculo cardíaco) persistente superior a 140 mmHg.

HIV – Human Immunodeficiency Virus. Agente causal da AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Incontinência – Consiste na perda temporária ou não, do controle de reter a urina (incontinência urinária) ou fezes (incontinência fecal), eliminando-a de forma indesejável em local e momentos inadequados.

Infarto do Miocárdio – Conhecido como ataque cardíaco, é a forma mais importante de cardiopatia isquêmica. Área de necrose (morte celular) isquêmica (por falta de sangue circulante – oxigênio e outras substâncias necessárias) causada por oclusão do suprimento arterial ou da drenagem venosa no músculo cardíaco.

Insulina – O principal hormônio regulador de combustível, é secretada no sangue em resposta a uma elevação na concentração da glicose ou dos aminoácidos sanguíneos. A insulina promove o armazenamento de glicose e o consumo de aminoácidos, aumenta a síntese de proteínas de lipídeos e inibe a lipólise e gliconeogênese. Utiliza-se uma doação estéril de insulina no tratamento do *diabetes mellitus*.

Lombalgia – Dor na coluna lombar.

Lombar – De coluna lombar. A coluna lombar abriga a cauda equina (feixes de nervos), conduzindo-a aos membros inferiores. Constituída de cinco vértebras. Suas outras funções são: Fornecer sustentação à porção superior do corpo e transmitir o peso à pelve e aos membros inferiores. É dotada de grande alcance de mobilidade.

Menopausa – Época da vida da mulher marcada pelo fim da menstruação e da capacidade de reprodução, sem consequências sobre a atividade sexual da mesma.

Morbidade – Capacidade de produzir doença num indivíduo ou num grupo de indivíduos. Relação entre o número de pessoas sãs e o de doentes, ou de doenças, num dado tempo e quanto à determinada doença.

Mortalidade – Número, ou proporção de óbitos em uma comunidade, em determinado período de tempo.

Neurológico – Referente à neurologia. Ramo da ciência médica relacionada ao sistema nervoso, tanto normal quanto doente.

Neurotransmissores – Substância liberada a partir do terminal axonal de um neurônio pré-sináptico em excitação, que se difunde através da fenda sináptica tanto para excitar como para inibir a célula alvo.

Patologias – Ramo da medicina que se ocupa da natureza e das modificações estruturais e/ou funcionais produzidas por doença no organismo.

Prótese – Substituto artificial de uma parte perdida acidentalmente (p. ex. dente, braço), ou retirada de modo intencional (p. ex. artérias), ou que permaneça no corpo. Qualquer aparelho que auxilie ou aumente uma função natural (p. ex. dentadura).

Senescência – Processo de envelhecimento normal, que se estende por todo o curso da existência do ser humano, conseqüente ao desgaste fisiológico relativo ao passar dos anos, que tem seu marco em torno dos 65 anos.

Tomografia computadorizada – Uma técnica de raios-X elaborada para mostrar imagens detalhadas das estruturas em planos separados de tecidos.

Ultra-sonografia – Obtenção de imagens de estruturas profundas do corpo por meio de registro dos ecos dos pulsos das ondas ultra-sônicas direcionadas ao interior dos tecidos e refletidas pelos planos teciduais onde ocorre alteração de densidade.

Vitaminas – Substância de um grupo de substâncias orgânicas não relacionadas que ocorrem em muitos alimentos em pequenas quantidades, bem como são necessárias em quantidades diminutas para o funcionamento metabólico normal do corpo. Podem ser hidro ou lipossolúveis.

Referências

- BALDISSEROTTO, J.; PADILHA, D. M. P.; SOLL, L.; BERCHT, S. & PETRY, P. Odontogeriatrics na universidade: Para não perder tempo. Porto Alegre: Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, 39:14-16, 1998.
- BERGSTROM, B. Morphology of the vestibular nerve, II: the number of myelinated vestibular nerve fibers in man at various ages. *Acta Otolaryngol.* 76: 173-179, 1973a.
- CÍCERO, Marcus Tullius. Saber envelhecer: seguido de “A Amizade”. Coleção L&PM Pocket, Vol. 63. Trad. Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM. 2002.
- CLAYDON, V. E.; HAINSWORTH, R. Cerebral autoregulation during orthostatic stress in healthy controls and in patients with posturally related syncope. *Clin Auton Res.* 13:321-329, 2003.
- CLAYDON, V. E.; HAINSWORTH, R. Salt supplementation improves orthostatic cerebral and peripheral vascular control in patients with syncope. *Hypertension.* Apr.; 43:809-13, 2004.
- COOPER, V. L.; HAINSWORTH, R. Effects of dietary salt on orthostatic tolerance, blood pressure and baroreceptor sensitivity in patients with syncope. *Clin Auton Res.* 12: 236-241, 2002.
- CUNHA, U. G.; COSTA, I. L.; FARIA, G. O.; CARNEIRO JÚNIOR, L. G. Orthostatic hypotension in elderly inpatients. *Arq. Bras. Cardiol.* 1566: 39-42, 1991.
- EL-SAYED, H.; HAINSWORTH, R. Salt supplement increases plasma volume and orthostatic tolerance in patients with unexplained syncope. *Heart.* 75: 134-140, 1995.

ENGSTROM, H.; ADES, H. W.; ENGSTROM, B. *et al.* *Structural changes in the vestibular epithelia in elderly monkeys and humans.* Adv Otorhinolaryngol; 22: 93-110, 1977.

HAYFLICK, L. *How and Why We Age.* New York: Ballantine, 1994.

HIRVONEN, T. P.; AALTO, H.; PYYKKO, I. *et al.* *Changes in vestibulo-ocular reflex of elderly people.* Acta Otolaryngol Suppl. 529: 108-110, 1997.

JORDAN, J.; SHANNON, J. R.; BLACK, B. K.; YASMINE, A.; FARLEY, M. *et al.* *The Pressor Response to Water Drinking in Humans.* Circulation; 101: 504, 2000.

KAPLAN, Helen Singer. Trad. Miécio Araújo, Jorge Honkis. *Enciclopédia básica de educação sexual.* Rio de Janeiro: Record, 1983, 183 p.

KATZ, Paul R. (eds.). *Geriatrics Prática.* 2.^a ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

LUCHESI, Fernando. *Pílulas para Prolongar a Vida.* Coleção L&PM. Porto Alegre: Pocket/Saúde Ed. 2001.

LUUKINEN, H.; KOSKI, K.; LAIPPALA, Pekka; AIRAKSINEN, KEJ. *Orthostatic hypotension and the risk of myocardial infarction in the home-dwelling elderly – Journal of Internal Medicine:* 255: 486-493, 2004.

MASAKI, K. H.; SCHATZ, I. J.; BURCHFIEL, C. M. *et al.* *Orthostatic hypotension predicts mortality in elderly men: the Honolulu Heart Program.* Circulation. 98: 2290-2295, 1998.

MENDONÇA, Rita. *Como cuidar do seu meio ambiente.* São Paulo: Bei, 2002.

MTINANGI, B. L.; HAINSWORTH, R. *Early effects of oral salt on plasma volume, orthostatic tolerance and baroreceptor sensitivity in patients with syncope.* Clin Auton Res. 8: 231-235, 1988.

POON, I. O. & BRAUN, U. *High prevalence of orthostatic hypotension and its correlation with potentially causative medications among elderly veterans.* Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics. 30 (2), 173-178, 2005.

RAY, C. A.; HUME, K. M. *Neck afferents and muscle sympathetic activity in humans; implications for the vestibulosympathetic reflex.* J. Appl. Physiol.; 84: 450, 1998.

RAY, C. A.; HUME, K. M. *Sympathetic responses to head-down rotations in humans.* J Appl Physiol; 86: 1971-1976, 1999.

RAY, C. A.; MONAHAN, K. D. *Aging attenuates the vestibulosympathetic reflex in humans*. *Circulation*. Feb. 26; 105 (8): 956-961, 2002.

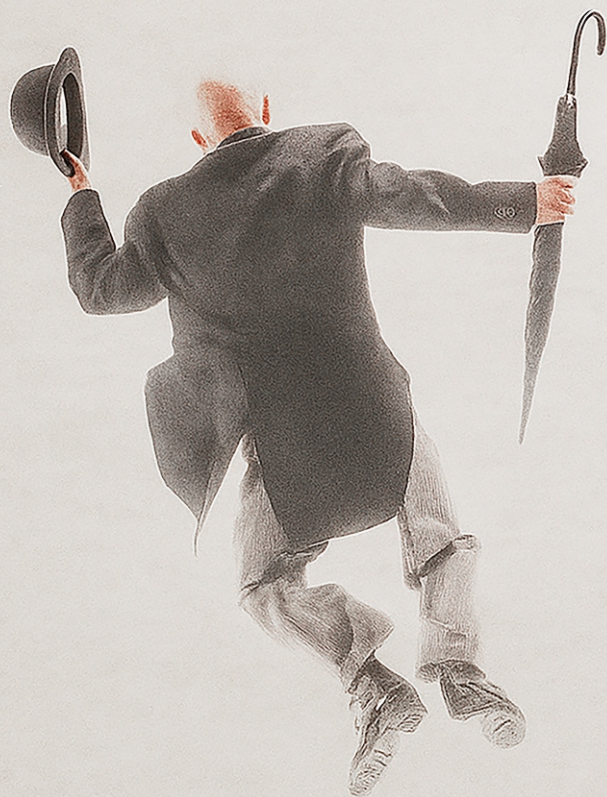
RUTAN, G. H.; HERMANSON, B.; BILD, D. E. *et al*. *Orthostatic hypotension in older adults: the Cardiovascular Health Study CHS Collaborative Research Group*. *Hypertension*. 19: 508-519, 1992.

SCHROEDER, C.; BUSH, V.; NORCLIFFE, L. N.; LUFT, F. C. *et al*. *Water Drinking Acutely Improves Orthostatic Tolerance in Healthy Subjects*. *Circulation*. 106: 2806, 2002.

SHIBAO, C.; GAMBOA, A.; DIEDRICH, A.; BIAGGIONI, I. *Management of Hypertension in the Setting of Autonomic Failure*. *Hypertension*; 45: 469, 2005.

SHORTT, T. L.; RAY, C. A. *Sympathetic and vascular responses to head-down neck flexion in humans*. *Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol.* 272: H1780-H1784, 1997.

SILVA, Renato de Medeiros. *Água ou Coca-Cola?* Disponível na Internet em <http://www.e-biografias.net/site/content/view/309/54/>, 2004.



O adágio popular conhecido por todos diz: "Quem perpetua a espécie, planta uma árvore, pinta uma tela e escreve um livro, já fez de tudo um pouco e pode até morrer!" Bem, eu já perpetuei a espécie, tenho dois belos filhos. já plantei várias árvores, já pintei uma tela e agora estou escrevendo este livro. Porém, ao contrário do adágio, eu agora é que estarei pronto para viver: viver com sabedoria, viver com qualidade, viver com a alegria e na busca de ser um dia um centenário.