

SBGG-SP HOJE

DIABETES E A FUNCIONALIDADE  
DO IDOSO: METAS DO DIAGNÓSTICO  
E TRATAMENTO



EM MOVIMENTO

IDEIAS E RECURSOS PARA  
O PACIENTE E PARA O CUIDADOR

FYI

NOVOS ESTUDOS E PESQUISAS

ano III • edição 16  
abril/maio/junho 2015



# Aptare

*do latim, tornar apto*

GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

## GERIATRIA

Como avaliar a saúde dos longevos  
– em seu consultório

## COLÓQUIO

Um papo sobre final de vida e  
testamento vital com a advogada  
Luciana Dadalto

## SAÚDE FEMININA

Saiba como ajudar  
sua paciente a encarar  
o envelhecimento



Distribuição exclusiva  
para a classe médica

# Nutren® Senior

Nutrição para quem vive sua própria história

A ação sinérgica  
**de proteína,  
cálcio e vitamina D:**

- fortalece o músculo e a saúde óssea<sup>1</sup>
- restaura a força e a energia<sup>2</sup>
- auxilia no bom estado nutricional<sup>3</sup>

*O único  
que contém*



Cada porção de  
**Nutren® Senior (55 g)** oferece:

**480** mg  
cálcio

**20** g  
proteína

**440** UI  
vitamina D

além de 26 vitaminas e minerais, 2,2 g de fibras e 0 g sacarose/100 mL

**Referências bibliográficas:** 1. Price R, Daly F, Pennington CR, McMurdo ME. Nutritional supplementation of very old people at hospital discharge increases muscle strength: A randomised controlled trial. *Gerontology*. 2005;51:179-185. 2. Fabian E, Bogner M, Kicking A, Wagner KH, Elmadfa I. Vitamin status in elderly people in relation to the use of nutritional supplements. *J Nutr Health Aging*. 2012;16(3):206-12. 3. Morley JE. Sarcopenia in the elderly. *Fam Pract*. 2012;29 Suppl 1:i44-i48.



**Nestlé HealthScience**  
Where Nutrition becomes Therapy



# Aptare

GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

## 6 Colóquio

Conversas difíceis: a advogada **Luciana Dadalto** fala sobre testamento vital e cuidados paliativos



## 10 FYI

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

## 12 Capa

Confira as peculiaridades do envelhecimento da mulher e veja como ajudar sua paciente nessa fase tão delicada



## 16 Geriatria

Como avaliar a saúde dos longevos – em seu consultório  
**Lara M. Quirino Araújo**

## 20 SBGG-SP Hoje

Diabetes e a funcionalidade do idoso: metas do diagnóstico e tratamento  
**Renata F. Nogueira Salles e Mariela Besse**

## 22 Oncologia

O idoso com câncer e a importância da avaliação e da terapia nutricional para o tratamento  
**Dan Linetzky Waitzberg, Thais de Campos Cardenas, Débora Pereira dos Santos, Marcella Esbrogeo Cal e Líria Núbia Alvarenga**



## 34 Em movimento

Ideias e recursos para o paciente e o cuidador

## 36 Radar

Lançamentos e notícias do mercado de saúde

## 38 Programe-se

Anote na agenda: simpósios, congressos e workshops

## CONSELHO EDITORIAL *APTARE – GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS*

### GERIATRIA

Editor clínico:

**João Senger**

#### Conselho editorial:

Claudia Burlá  
Clineu de Mello Almada Filho  
Cybelle Maria Costa Diniz  
Eduardo Ferrioli  
Elisa Franco de Assis Costa  
Elizabeth Viana de Freitas  
Emilio Hideyuki Moriguchi  
Eurico T. De Carvalho Filho  
Fânia Cristina dos Santos  
Hercílio Hoepfner Jr.  
João Carlos Barbosa Machado  
João Toniolo Neto  
Julio César Moriguti  
Matheus Papaléo Netto  
Maurício de Miranda Ventura  
Maysa Seabra Cendoroglo  
Milton Luiz Gorzoni  
Naira H. Salles de Lima Hojaj  
Nereida Kilza da Costa Lima  
Omar Jalulul  
Paulo Renato Canineu

Renato Gorga Bandeira de Mello  
Renato Maia Guimarães  
Renato Moraes Alves Fabbri  
Renato Peixoto Veras  
Roberto Dischinger Miranda  
Rubens de Fraga Jr.  
Sami Liberman  
Vitor Last Pintarelli  
Wilson Jacob Filho  
Yukio Moriguchi

#### Colaboradores:

Alexandre Leopold Busse  
Amanda Aranha  
André Kayano  
André Pernambuco  
Berenice Werle  
Bibiana Povinelli  
Carlos André Uehara  
Eduardo Canteiro Cruz  
Felix Martiniano M. Filho  
Ianna Lacerda Sampaio Braga  
Lara Miguel Quirino Araújo  
Lilian Faria  
Lilian Schafirovits Morillo  
Luciana Farias

Luiz Antonio Gil Jr.  
Maise Kairalla  
Marcelo Valente  
Rodrigo Demarch  
Rodrigo Flora  
Sumika Mori Lin  
Thiago Avelino  
Venceslau Coelho

### GERONTOLOGIA

Editora clínica:

**Claudia Fló**

#### Conselho editorial:

Adriana Keller Coelho  
Alexandre Leopold Busse  
Anita Liberalesso Neri  
Elaine Rodrigues da M. Baptista  
Eliane Jost Blessmann  
Eloisa Adler Scharfstein  
Fábio Falcão de Carvalho  
Fernanda Varkala Lanuez  
João Marcos Domingues Dias  
Johannes Doll  
Jordelina Schier  
Jussara Rauth

Laura Mello Machado  
Leani Souza Máximo Pereira  
Leila Auxiliadora J. de Sant'Ana  
Leonor Campos Mauad  
Ligia Py  
Maria Angelica S. Sanchez  
Maria Claudia M. Borges  
Mariela Besse  
Marisa Accioly Domingues  
Monica Rodrigues Perracini  
Myrian Spinola Najas  
Naira de Fátima Dutra Lemos  
Rita de Cássia Guedes  
Sabrina Michels Muchale  
Sandra Regina Gomes  
Sonia Lima Medeiros  
Telma de Almeida B. Mendes  
Tereza Bilton  
Túlia Fernanda Meira Garcia  
Valmari Cristina Aranha  
Viviane Lemos Silva Fernandes  
Wilson Jacob Filho  
Zally P. Vasconcelos Queiroz

**Aptare**  
GERIATRIA  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Edição

**Lilian Liang**

Reportagem

**Fernanda Figueiredo**

Projeto gráfico e direção de arte

**Luciana Cury**

Revisão

**Patrícia Villas Bôas Cueva**

Marketing e comercial

**Debora Alves**

Pré-impressão e impressão

Ipsis Gráfica  
e Editora Ltda

Tiragem

12.500 exemplares

Jornalista responsável

Lilian Liang (MTb 26.817)

ISSN 2316-1434

#### Contatos

EDITORIAL:

**Lilian Liang**

[lilian@dinamoeditora.com.br](mailto:lilian@dinamoeditora.com.br)

(11) 2337-8763

(11) 9-8585-8356

COMERCIAL:

**Debora Alves**

[debora@dinamoeditora.com.br](mailto:debora@dinamoeditora.com.br)

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição: Dan Linetzky Waitzberg,

Débora Pereira dos Santos, Flávia Lo Bello, Lara M. Quirino Araújo,

Líria Núbia Alvarenga, Marcella Esbrogeio Cal, Mariela Besse,

Renata F. Nogueira Salles e Thais de Campos Cardenas

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



**DÍNAMO EDITORA**

Endereço para correspondência

Rua Vieira de Moraes, 1111 – conjunto 907

Campo Belo – 04617-002 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 2337-8763

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

## Celeiro de ideias



Desde o ano passado faço parte de um grupo no WhatsApp de profissionais que trabalham com envelhecimento. Batizado de “Envelhecimento e afins”, o grupo foi criado por um executivo da indústria cheio de boas ideias, que vê como uma de suas funções como entusiasta desse segmento criar pontes entre os envolvidos com a terceira idade. O grupo começou com alguns poucos nomes, mas foi crescendo e hoje já inclui 100 pessoas (número máximo permitido pelo aplicativo) das mais variadas vertentes da geriatria e gerontologia.

O grupo é extremamente ativo – se passo algumas horas sem o celular, raramente dou conta de ler todas as mensagens postadas no período. A troca de informações e conhecimentos é intensa, através de artigos, estudos, eventos e curiosidades sobre o envelhecimento no Brasil e no mundo. Para “Envelhecimento e afins” não há madrugada, fim de semana nem feriado.

Mas talvez o feito mais notório desse grupo tenha sido permitir que pessoas de tantas áreas diferentes se conhecessem. A distância entre profissionais de saúde, jornalistas, pesquisadores, empreendedores, ativistas e tantos

outros diminuiu, e dessa aproximação nasceram inúmeras parcerias, que fortalecem o mercado e possibilitam a geração de novas ideias, sempre com a qualidade de vida do idoso em mente.

Depois de mais de seis meses de conversas virtuais, na semana passada as interações aconteceram no mundo real, nas atividades da Virada da Saúde. Uma realização do SUS e da Prefeitura de São Paulo, em parceria com o Instituto Saúde e Sustentabilidade, o evento aconteceu entre 7 e 12 de abril em vários locais da cidade de São Paulo, com atividades relacionadas à saúde disponíveis para a população, inclusive específicas para a terceira idade. Através da Virada foi possível conhecer o trabalho de tantos profissionais de quem sabíamos apenas o nome e o número de celular.

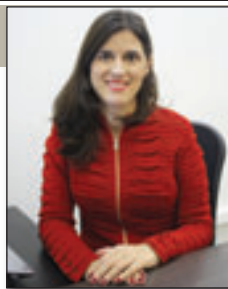
O envelhecimento ainda é um fenômeno recente no Brasil, mas a velocidade com que ganha força e adeptos é impressionante. Boas ideias e vontade de fazer as coisas acontecerem também não são problema nessa nova realidade. O que falta é uma melhor articulação dos diferentes *players*, para que os esforços sejam convergentes, levando a soluções eficazes para o público idoso. O grupo “Envelhecimento

e afins” é um exemplo claro disso: do encontro de profissionais e da soma de conhecimento vão surgindo parcerias, ideias e bons resultados, que por sua vez geram mais conhecimento, parcerias, ideias e bons resultados, num efeito bola de neve.

A *Aptare* já vem se beneficiando do conhecimento desse grupo. Das trocas no WhatsApp já surgiram ideias de pauta sobre os mais variados aspectos do envelhecimento. Uma delas você já confere nesta edição: uma entrevista com a advogada Luciana Dadalto sobre a importância do testamento vital, conduzida pela repórter Fernanda Figueiredo. Neste número você também vai encontrar uma matéria sobre a saúde da mulher na terceira idade, da repórter Flávia Lo Bello, bem como um artigo sobre nutrição no paciente idoso oncológico, de autoria do especialista Dan Waitzberg e sua equipe.

Boa leitura!

Lilian Liang  
Editora



**Luciana Dadalto**  
Advogada e criadora do Registro Nacional de Testamento Vital (Rentev)

# Preparando o final

Por **Fernanda Figueiredo**

A revista *The Economist* publicou em 2010 um ranking que classificava a qualidade de morte nos 40 países mais ricos do mundo. A Inglaterra apareceu em primeiro: os médicos britânicos tendem a ser mais honestos quanto ao diagnóstico, pacientes com doença em fase terminal recebem tratamento para dor e um movimento bem estabelecido de hospice cuida de pessoas que se aproximam da morte. Países como Dinamarca e Finlândia tiveram posições um pouco piores (22<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup>, respectivamente). O Brasil ocupou a posição 38.

A conclusão é que se morre muito mal por aqui e parte do problema se encontra na falta de discussão do tema final de vida. Num país cuja expectativa de vida hoje é de quase 75 anos, doenças crônicas-degenerativas ganham cada vez mais espaço e muitos idosos acabam por enfrentar um final de vida bem diferente do que tinham imaginado para si mesmos.

Mas alguns profissionais pioneiros, como a advogada mineira Luciana Dadalto, vêm trabalhando para mudar esse cenário. Doutora em ciências da saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e mestre em direito privado pela PUC-Minas, Luciana começou a se interessar pelas discussões acerca do final de vida durante suas pesquisas de tema para a dissertação do mestrado, em 2007. Acabou deparando com a questão do testamento vital, também conhecido como diretivas antecipadas de vontade, documento em que a pessoa discorre sobre os tratamentos e cuidados médicos que quer ou não receber numa situação de final de vida, caso esteja impossibilitada de decidir sozinha.

Aos poucos, foi desenvolvendo ações para estimular a discussão sobre a morte. Uma delas são encontros informais mensais em Belo Horizonte (MG), iniciados em 2013, abertos a todos os interessados. A simples divulgação das reuniões nas redes sociais dá

uma mostra da dificuldade de se discutir o fim de vida no Brasil. “Todas as vezes que publicamos sobre morte ou divulgamos um encontro no Facebook, aparece algum comentário do tipo ‘Você não tem nada para fazer?’. Até amigos próximos acham surreal o que fazemos, pois ainda existe a ideia de que conversar sobre a morte chama a morte”, conta.

Mas talvez uma de suas principais realizações tenha sido o Registro Nacional de Testamento Vital (Rentev), lançado no ano passado. Inspirado em práticas existentes em outros países, o Rentev é um site no qual o testamento vital do usuário pode ser registrado e acessado tanto pelo paciente quanto por familiares ou representantes que tenham o código de acesso. Dessa maneira, o documento pode ser facilmente encontrado numa situação de emergência, garantindo que a pessoa tenha suas vontades respeitadas.

Luciana observa que ainda há inúmeros empecilhos para se falar sobre a finitude

humana. Na entrevista a seguir, ela conta um pouco sobre as questões essenciais das diretivas antecipadas de vontade, sobre cuidados paliativos e a importância de estar preparado para o final. Confira os principais trechos.

**Aptare – Para contextualizar nosso leitor: o que é testamento vital? Quem, como e quando fazê-lo? Quem deve estar envolvido no processo?**

Luciana – O testamento vital é um documento de manifestação de vontade e deve ser escrito pela própria pessoa quando, preferencialmente, ela ainda não tiver nenhum diagnóstico de doença. Se isso não for possível, ela precisa ter, no mínimo, capacidade de discernimento e possibilidade de manifestação de vontade. O testamento vital só vai valer quando essa pessoa estiver numa situação de fim de vida, ou seja, quando for diagnosticada com alguma doença que a faz ser considerada pela medicina um paciente fora de possibilidade terapêutica. Qualquer pessoa que tenha mais de 18

anos pode fazer esse documento no Brasil. Como no país ainda não existe uma lei específica, a pessoa pode fazer o documento com o auxílio de um médico de confiança e de um advogado especialista. É recomendável, mas não obrigatório, que ela registre esse documento num cartório.

**Aptare – Como as diretivas antecipadas de vontade se encaixam na discussão de cuidados paliativos e final de vida no Brasil?**

**Luciana** – Na verdade, o testamento vital é a instrumentalização do desejo do paciente de ser cuidado por meio dos cuidados paliativos, já que estes estão relacionados intrinsecamente à ortotanásia, ou seja, o processo pelo qual se opta por não procedimentos invasivos que adiam a morte, ao mesmo tempo que permite ao paciente uma morte digna e sem dor. A manutenção de cuidados no procedimento e tratamento visam a dar qualidade de vida ao paciente que está em fim de vida, mas não prolongar a vida biológica. Então é através do testamento vital que o paciente manifesta a vontade de ser cuidado por essa filosofia dos cuidados paliativos.

**Aptare – A resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre o testamento vital, gerou debates éticos e jurídicos. Como foi o processo para se chegar a essa resolução?**

**Luciana** – Essa resolução foi feita pela Câmara Técnica de

Bioética do CFM. Houve debates internos durante sua elaboração no Conselho, mas houve debates sociais logo depois que ela foi publicada. Num primeiro momento houve uma interpretação, principalmente por parte dos religiosos, de que a resolução 1995 previa a possibilidade de o paciente querer ser eutanasiado no Brasil. Após essa manifestação contrária à eutanásia, capitaneada pelo Conselho Nacional de Pastores no Brasil, o CFM manifestou-se dizendo que tinha havido uma interpretação errada e explicou que, na verdade, a resolução 1995 protegia apenas a questão da ortotanásia e não da eutanásia, uma vez que a eutanásia é proibida no Brasil.

Outra questão que gerou muito debate, e que foi inclusive objeto de um questionamento judicial, diz respeito a um artigo da resolução que afirma que a vontade do paciente prevalece sobre a vontade da família. Um procurador do estado de Goiás entendeu que essa parte da resolução era inconstitucional, porque a Constituição protege a família como base do Estado. Esse questionamento já foi decidido no Poder Judiciário e o processo já foi sentenciado. O juiz que proferiu a sentença nesse caso deixou muito claro que essa é uma resolução constitucional, ou seja, que tem validade no Brasil. Ele também deixou claro que, sim, a vontade do paciente prevalece sobre a vontade da família, uma vez

que esse paciente, ao manifestar a vontade, precisa estar capaz, e todo indivíduo capaz no Brasil tem autonomia para manifestar a vontade sobre as relações ou situações de sua vida privada, inclusive sobre tratamentos e procedimentos médicos para o fim da vida.

**Aptare – No ano passado houve aumento no número de registros de testamentos vitais em cartório. É necessário fazer esse registro?**

**Luciana** – Registrar no cartório não é necessário. Não é obrigatório, porque só uma lei poderia obrigar um registro no cartório. Como não temos lei sobre o registro de testamento vital no Brasil, não existe essa obrigatoriedade. Mas é recomendável, porque o tabelião tem fé pública. Um documento como esse, lavrado num cartório de notas, tem mais força política e, portanto, menos possibilidade de sofrer anulação no Poder Judiciário. Existe uma certa burocracia, porque todo cartório tem burocracia. A pessoa tem que ir lá lavrar o documento, e ainda tem um custo. Também sabemos que não é todo cidadão brasileiro que tem acesso a esse tipo de coisa nem condições financeiras para tanto.

**Aptare – No geral, você vê mais pessoas preparando suas diretivas antecipadas de vontade?**

**Luciana** – Sim, existe um aumento muito motivado pela resolução 1995 do CFM. Antes de 2012, praticamente não havia testamento vital no Brasil porque ninguém sabia

o que era nem para que servia. Os médicos não tinham tanto conhecimento. Então, a partir do momento em que o CFM editou uma resolução sobre isso, os profissionais de saúde começaram a ter mais notícia e, portanto, a falar mais com os pacientes que eles tinham esse direito. Os pacientes também começaram a buscar mais. Acho que outras razões para isso foram o aumento da expectativa de vida e o aumento das doenças crônicas. Tudo isso reflete no aumento do número de testamentos. Para mais pessoas adotarem o testamento vital, acho que é uma questão de tempo e mudança cultural.

**Aptare – Como trazer familiares e médicos para essa discussão, mesmo quando não concordam com as decisões do paciente?**

**Luciana** – Eles não precisam concordar. O ponto é que a vontade é do paciente. Não cabe ao médico concordar ou não. O papel do médico no processo de manifestação de vontade do paciente é fornecer a ele todas as informações técnicas necessárias para que o paciente possa tomar a decisão que melhor se adequar aos seus valores e desejos pessoais. Mas o papel do médico não é concordar ou não, até porque a gente não consegue garantir que o médico que vai ajudar o paciente ou que vai informá-lo no começo da redação desse documento é o mesmo que vai cumprir essa vontade. De toda forma, no que tange ao cumprimento da vontade do pa-

ciente, todo médico tem um direito que se chama objeção de consciência médica. É o direito de não seguir a vontade do paciente quando o profissional não concordar com essa vontade por razões morais ou religiosas. Nesse caso, cabe ao médico encaminhar o paciente para outro profissional. No que diz respeito especificamente à família, é a mesma coisa. Não cabe à família aceitar ou não a decisão. O papel da família, nesse caso, é um papel secundário. Para o brasileiro, principalmente, isso pode soar uma coisa muito estranha, porque temos uma cultura que aproxima muito os familiares e eles são muito participativos na vida uns dos outros. Mas a gente precisa entender que o paciente, enquanto sujeito com discernimento, tem o direito de dispor sobre os cuidados, tratamentos e procedimentos médicos a que ele deseja ou não se submeter quando estiver em fim da vida. Não cabe a ninguém, seja familiar ou profissional da saúde, questionar essa vontade.

**Aptare – Como surgiu a iniciativa de criar um site para o registro nacional de diretivas antecipadas? Como tem sido a repercussão?**

Luciana – O Rentev surgiu do portal Testamento Vital, que já existe há três anos. Com o tempo fui percebendo, principalmente com os meus estudos, já que meu mestrado e meu doutorado estão nesse tema, que não tínhamos no Brasil nenhum banco privado

“

**A maioria das pessoas, quando sabe do testamento vital [...], acha a ideia muito interessante, fala que tem vontade de fazer, mas não coloca em prática. ”**

de registro de arquivo de testamento vital. Esse é um modelo que já existe em vários países da Europa e até da América Latina. Como temos um processo legislativo extremamente moroso e até agora nem sequer existe um projeto de lei tramitando no Congresso Nacional sobre o testamento vital, achei por bem ver se a ideia que já existe muito bem feita e delineada nos outros países funcionaria no Brasil. Por isso criei o Rentev, e a adesão tem sido crescente ao longo do tempo. Hoje devemos ter uma média de 50 testamentos vitais arquivados, o que é bom, levando em consideração que o site foi para o ar em setembro de 2014. A maioria dos registros foi feita por idosos.

**Aptare – Uma das dificuldades do testamento vital é o acesso a ele. Muitas vezes, o idoso até tem o documento, mas ninguém consegue encontrá-lo. O Rentev pode ajudar nesse contexto?**

Luciana – Sim, porque quando a pessoa arquiva o testamento vital no Rentev, ela própria consegue criar códigos de acesso para terceiros

da sua confiança. Então o ideal é que ela escreva o documento e o deixe disponível para as pessoas em que ela confia, seja o médico, algum familiar ou algum amigo. Uma outra opção é que ela tenha pelo menos um pedaço de papel na carteira com o código de acesso ao documento.

Eu tenho um projeto de transformar o Rentev num aplicativo, mas é um projeto que tem um custo e o Rentev hoje funciona só comigo, ou seja, não tenho nenhum patrocínio e nenhum tipo de ajuda de custo. São coisas difíceis para fazer sozinha, e não é fácil conseguir pessoas ou empresas que compreendam essa ideia e entendam que isso é uma alternativa. Mas existem aplicativos muito interessantes fora do Brasil e sem dúvida alguma a tecnologia ajuda muito, principalmente no que diz respeito à portabilidade desse documento. Nesse caso, o paciente consegue ter seu testamento vital num aplicativo que vai estar num tablet ou num smartphone. Independentemente

disso, o Rentev é um site que foi projetado também para essas plataformas, então qualquer pessoa consegue, de qualquer tipo de aparelho conectado à internet, ter acesso ao Rentev. Isso de alguma forma também cumpre o papel de um aplicativo, porque é só entrar no site e ter acesso ao testamento vital que foi arquivado lá.

**Aptare – Um idoso que tem um testamento vital tem um final de vida melhor?**

Luciana – Na teoria, sim. Na prática, não temos estudos no Brasil sobre esse assunto ainda, mas, fora do país, os idosos têm, sim, um final de vida melhor com o testamento vital.

**Aptare – Você e sua família fizeram o testamento vital?**

Luciana – Sim, eu tenho meu testamento vital há alguns anos. Meus pais falam que vão fazer e não fazem. Acho que isso é um padrão comum no Brasil. A maioria das pessoas, quando sabe do testamento vital, seja por reportagem, televisão ou pelo próprio portal, acha a ideia muito interessante, fala que tem vontade de fazer, mas não coloca em prática. Acho que isso reflete uma característica da nossa sociedade: o não conversar sobre a morte, a ideia de que a morte é um tabu. Tem aquela conversa: “Eu acho a ideia legal, mas eu não quero trazer essa ideia para a minha vida, porque isso pode chamar a morte...”.



# Addera D<sub>3</sub>

colecalfiferol (vitamina D<sub>3</sub>)

## A VITAMINA D DA NOVA ERA

### O NOVO CONCEITO NO TRATAMENTO DA HIPOVITAMINOSE D



**LANÇAMENTO**  
APRESENTAÇÃO  
**EXCLUSIVA**

**Gotas**

**Sem Sabor**<sup>1</sup>

**Sem Açúcar**<sup>1</sup>

**Posologia**<sup>1</sup>

**6 Gotas = 800 UI**  
**8 Gotas = 1.000 UI**

**Excipientes: acetato de racealfatocoferol, triglicerídeos de ácido cáprico/caprílico.<sup>1</sup>**

**1.000 UI**  
30 comprimidos

**7.000 UI**  
4 comprimidos

**50.000 UI**  
4 comprimidos

**ADDERA D<sub>3</sub>. INDICAÇÕES:** Tratamento auxiliar da desmineralização óssea pré e pós-menopausa, do raquitismo, da osteomalácia, da osteoporose e na prevenção de quedas e fraturas em idosos com deficiência de vitamina D. **Contraindicações:** Este medicamento não deve ser utilizado em pacientes que apresentam hipersensibilidade aos componentes da fórmula. É contraindicado também em pacientes que apresentam hipervitaminose D, elevadas taxas de cálcio ou fosfato na corrente sanguínea e também em casos de má-formação nos ossos. **PRECAUÇÕES:** Em pacientes com arteriosclerose, insuficiência cardíaca, hiperfosfatemia e insuficiência renal, deve ser avaliado o risco/benefício da administração da vitamina D. Em caso de hipervitaminose D, recomenda-se administrar dieta com baixa quantidade de cálcio, grandes quantidades de líquidos e, se necessário, glicocorticóides. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O uso concomitante de ADDERA D<sub>3</sub> e fármacos que contêm magnésio pode resultar em hipermagnesemia. Não se recomenda o uso simultâneo de vitamina D e calcifediol, devido ao aumento do potencial tóxico. O uso associado a preparações com cálcio em doses elevadas ou diuréticos tiazídicos aumenta o risco de hipercalcemia e o uso com fósforo, também em doses elevadas, aumenta o potencial de risco de hiperfosfatemia. **REAÇÕES ADVERSAS:** A vitamina D quando ingerida em quantidade excessiva pode ser tóxica. Doses diárias de 10.000U.I. a 20.000U.I. em crianças e 60.000U.I. em adultos podem provocar sintomas tóxicos como hipercalcemia, além de vômitos, dores abdominais, sede em demasia, urina em excesso, diarreia e eventual desidratação. **POSOLOGIA:** A dosagem varia em uma faixa terapêutica, entre 1.000 a 50.000UI, dependendo da patologia e do nível sérico de vitamina D. **SEMPRE A CRITÉRIO MÉDICO**, levando-se em conta os dados de Eficácia e Segurança. MS 1.7817.0028. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Janeiro/2015. Referência Bibliográfica: 1. Bula do produto: Addera D<sub>3</sub>.

**CONTRAIINDICAÇÕES:** ESTE MEDICAMENTO NÃO DEVE SER UTILIZADO EM PACIENTES QUE APRESENTAM HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. É CONTRAIINDICADO TAMBÉM EM PACIENTES QUE APRESENTAM HIPERVITAMINOSE D, ELEVADAS TAXAS DE CÁLCIO OU FOSFATO NA CORRENTE SANGUÍNEA E TAMBÉM EM CASOS DE MÁ-FORMAÇÃO NOS OSSOS. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** ANTIÁCIDOS CONTENDO MAGNÉSIO, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS E CALCIFEDIOL.

ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR  
080077-17017 LIGAÇÃO GRATUITA

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

**Mantecorp**  
Farmasa

## OS EFEITOS DA REMINISCÊNCIA INSTRUMENTAL SOBRE A RESILIÊNCIA E O ENFRENTAMENTO EM IDOSOS



Como uma fase do desenvolvimento, o envelhecimento é marcado por grandes mudanças a que o indivíduo deve se adaptar. A reminiscência instrumental é baseada na lembrança de épocas em que a pessoa lidou com situações estressantes e na análise do que a levou a se adaptar nessas situações. O objetivo desse estudo, publicado no periódico *Age and Ageing*, foi analisar a eficácia de um programa de reminiscência instrumental para melhorar a capacidade de adaptação (com foco no problema e nas emoções) e resiliência em idosos.

Trinta participantes não institucionalizados realizaram uma avaliação anterior e posterior a um tratamento que consistia no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), na Escala Breve de Coping Resiliente e no Questionário de Enfrentamento do Estresse (CAE, na sigla em inglês). O programa foi desenvolvido ao longo de oito sessões de 60 minutos.

Medições repetidas de análises de variância mostraram diferenças significativas na interação tempo-grupo para a eficácia do tratamento de medidas de resiliência, das estratégias de enfrentamento em resolução de problemas, da reavaliação positiva e das estratégias de enfrentamento baseadas em emoções.

A reminiscência instrumental tem provado ser uma ferramenta muito útil e é uma maneira potencialmente eficiente para melhorar a capacidade de adaptação e resiliência em idosos para lidar com situações adversas. Através de terapias não farmacológicas, a qualidade de vida foi melhorada, e os indivíduos estão equipados com ferramentas, estratégias e habilidades que permitem alcançar uma adaptação satisfatória.

## PERCEPÇÕES DE RESIDENTES SOBRE SUA PRÓPRIA TRISTEZA – UM ESTUDO QUALITATIVO EM ILPIs NORUEGUESAS



Sintomas de humor são altamente prevalentes em idosos frágeis residentes em instituições de longa permanência (ILPI). Diagnósticos sistemáticos de depressão são escassos e o tratamento nem sempre está de acordo com as melhores evidências. A distinção entre a tristeza não patológica e a depressão pode ser um desafio e sabe-se pouco sobre as perspectivas dos idosos. O objetivo desse estudo, publicado no *BMC Geriatrics*, foi explorar a percepção dos residentes a respeito de sua própria tristeza.

Foram realizadas entrevistas individuais e semiestruturadas com 12 pessoas idosas sem demência residentes em ILPIs. O guia de en-

trevista formulava questões sobre o que fazia os entrevistados tristes e o que impedia a tristeza. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas utilizando condensação sistemática de texto.

As entrevistas revelaram três temas principais:

(1) Decadência e perda de protagonismo – Os entrevistados percebiam sua tristeza como sendo causada por perda de saúde e capacidade funcional, dependência de cuidados de longa duração e cuidados de má qualidade.

(2) Solidão no meio da multidão – A perda de familiares e amigos e a falta de conversas com funcionários e outros pacientes também foram fonte de tristeza.

(3) Relações e identidade – Os idosos conseguiram se manter longe da tristeza através de aceitação e reorientação para a sua situação de vida atual, mantendo narrativas sobre a sua identidade e pertencimento, e religiosidade.

Enfermeiros e médicos de ILPIs devem detectar e reagir à tristeza, que é uma resposta racional a causas gerenciáveis. Além disso, identificar e apoiar recursos e estratégias de enfrentamento dos moradores é uma abordagem salutogenética que pode aliviar a tristeza.

## “JUNTOS SOMOS UM”: VISÕES DE EDUCADORES PARES SOBRE EDUCAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS PARA IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE – UM ESTUDO QUALITATIVO



Quedas são comuns em idosos. Apesar da forte evidência de estratégias eficazes de prevenção de quedas, parece haver transposição limitada dessas estratégias de pesquisa para a prática clínica. O uso de pares – pessoas da mesma faixa etária – para transmitir mensagens educativas de prevenção de quedas tem sido proposto para melhorar o entendimento das mensagens e facilitar a aplicação para a prática. Pares educadores voluntários frequentemente fazem apresentações sobre prevenção de quedas a idosos residentes na comunidade. No entanto, pesquisas de avaliação da eficácia do ensino por tais agentes são limitadas e nenhum estudo conhecido avaliou um programa desse tipo sob a perspectiva de educadores envolvidos na transmissão da mensagem.

O objetivo desse estudo, publicado no *BMC Geriatrics* de março, foi explorar a perspectiva dos pares educadores sobre seu papel na educação sobre prevenção de quedas para idosos residentes na comunidade.

Foi utilizado um desenho comparativo constante indutivo qualitativo de dois estágios. No estágio 1 (componente central) foram realizadas entrevistas com grupos focais, envolvendo um total de 11 participantes. Na fase 2 (componente complementar) foram conduzidas

entrevistas semiestruturadas com dois participantes. Os dados foram analisados tematicamente por dois pesquisadores independentes. Os principais temas foram identificados e os achados organizados num quadro conceitual.

Os educadores foram motivados a fazer apresentações educativas e, principalmente, estabelecer uma máxima conexão com seu público. Os tópicos abordados incluíram tanto fatores pessoais quanto organizacionais que têm impacto sobre a capacidade dos educadores de facilitar o engajamento de seu público com a mensagem. Os fatores pessoais que facilitaram a entrega de mensagens e engajamento incluíram conexão entre as partes e credibilidade percebida. Entre as dificuldades estavam a relutância de alguns membros da audiência em aceitar a mensagem de que eles estavam em risco de cair. Fatores organizacionais, incluindo a formação contínua dos educadores e comentários construtivos depois de apresentações, foram percebidos como essenciais para a entrega bem-sucedida da mensagem.

Os educadores pares têm o potencial de efetivamente instruir sobre prevenção de quedas de idosos e influenciar a aceitação da mensagem, já que possuem a conexão com seu público, o que facilita o engajamento ideal. Há necessidade de considerar a incorporação de aprendizados dessa pesquisa em uma avaliação formal em grande escala da eficácia da abordagem de educação por pares na redução de quedas em idosos.

## PREVENINDO DELIRIUM: INTERVENÇÕES MULTICOMPONENTES NÃO FARMACOLÓGICAS DEVEM SER USADAS? UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE DA LITERATURA



Delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica complexa comum entre idosos internados. Ela tem sido associada com aumento da mortalidade, maior tempo de internação, declínio cognitivo e funcional e aumento das taxas de institucionalização. Intervenções multicomponentes, uma série de estratégias não farmacológicas frequentemente utilizada pela equipe de enfermagem, podem ser úteis para a prevenção do delirium.

O objetivo desse estudo, publicado no periódico *Age and Ageing* de março, é avaliar a eficácia de intervenções multicomponentes na prevenção de delirium incidente nos idosos.

Foi realizada uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. Dois revisores independentes fizeram pesquisas bibliográficas iterativas em sete bancos de dados sem restrições de linguagem. A qualidade dos estudos incluídos foi avaliada usando os critérios estabelecidos pela Colaboração Cochrane. Quando possível, os dados foram sintetizados em uma metanálise. A heterogeneidade foi avaliada usando os testes  $\chi^2$  e  $I^2$ .

Um total de 21.788 citações foi rastreado e sete estudos de qualidade diversa foram incluídos na revisão, envolvendo 1.691 participantes. Intervenções multicomponentes reduziram significativamente o delirium incidente (risco relativo [RR] 0,73, 95% intervalo de confiança [IC] 0,63-0,85,  $P < 0,001$ ) e quedas acidentais durante a internação (RR 0,39, IC 95% 0,21, 0,72,  $P = 0,003$ ), sem evidência de eficácia diferencial segundo o tipo de hospital e as taxas de demência. Também foram encontradas reduções não significativas na duração do delirium, na internação e na mortalidade.

O estudo conclui que intervenções multicomponentes são eficazes na prevenção de delirium incidente entre idosos internados. Os efeitos pareciam ser estáveis nas diferentes configurações. Devido à quantidade limitada de dados, os potenciais benefícios na sobrevivência precisam ser confirmados em mais estudos. Pesquisas futuras devem ser destinadas a contrastar diferentes programas com múltiplos componentes para selecionar as intervenções mais úteis.

## O IMPACTO DO IMPLANTE COCLEAR NA COGNIÇÃO DE IDOSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE EVIDÊNCIAS CLÍNICAS



A perda auditiva é a terceira condição crônica mais prevalente enfrentada por idosos e tem sido associada a dificuldades na percepção da fala, em atividades da vida diária e na interação social. Estudos recentes têm sugerido uma correlação entre a gravidade da perda auditiva e a função cognitiva de um indivíduo, mas ainda não foi estabelecida uma ligação causal. Uma opção de intervenção para o gerenciamento das perdas auditivas em idosos é o implante coclear. Foi realizada uma revisão para determinar o status da literatura sobre a influência potencial do implante coclear sobre a cognição na população idosa.

Foram revisados mais de 3,8 mil artigos relacionados a implantes cocleares, cognição e idosos. Os critérios de inclusão foram: (1) população do estudo que incluísse adultos > 65 anos, (2) intervenção com implante coclear, e (3) cognição como principal medida do resultado da implantação. Dos 3.886 estudos selecionados, três preencheram os critérios de inclusão para a revisão. O estudo foi publicado no periódico *BMC Geriatrics* de março.

Embora muitas publicações tenham mostrado que o implante coclear melhora a percepção da fala, o funcionamento social e a qualidade de vida em geral, não encontramos na literatura em inglês estudos que tenham avaliado prospectivamente as alterações na função cognitiva após os implantes cocleares modernos em idosos. O estado da literatura atual revela a necessidade de mais pesquisas clínicas sobre o impacto do implante coclear sobre a cognição em idosos.

# Cuidando da mulher na terceira idade

Homens e mulheres envelhecem de maneiras diferentes. Veja como cuidar da saúde de sua paciente e como garantir uma transição com qualidade de vida

Por Flávia Lo Bello



O envelhecimento traz mudanças físicas expressivas nas mulheres e é uma das principais questões que médicos que lidam com pacientes do sexo feminino encontram. Para muitas delas, o envelhecer tem forte impacto na autoimagem e na autoestima, exigindo do profissional de saúde um trabalho intenso de conscientização: as mudanças físicas devem ser entendidas como um processo fisiológico, portanto natural com o avançar da idade.

Ao contrário do que acontece com os homens, as mulheres têm um sinal muito claro da passagem do tempo: a última menstruação, chamada menopausa, que geralmente acontece entre 45 e 55 anos. O termo, no entanto, é popularmente utilizado para denominar o climatério, período de cerca de dez anos que antecede a última menstruação. Essa fase já traz consigo mudanças hormonais e corporais, que exigem um acompanhamento médico regular, de preferência com um ginecologista.

“A menopausa é um momento bastante delicado na vida da mulher. Ela constitui outro processo fisiológico no âmbito do envelhecimento, mas que, infelizmente, se manifesta com alguns sintomas incômodos”, aponta Elizabete Viana de Freitas, doutora em medicina e médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto (RJ).

“Fogachos, perda da libido, dispareunia e aumento de peso habitualmente compõem as queixas vinculadas ao climatério”, revela Milton Luiz Gorzoni, professor adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e coordenador das disciplinas de geriatria e de clínica médica da mesma instituição. “A maioria das queixas das mulheres mais velhas se refere ao estilo de vida pregresso ou ao climatério.”

Desses, o fogacho é um dos sintomas mais prevalentes: cerca de 80% das mulheres experimentam surtos de calor com sudorese, seguidos, com frequência, de frio. Outra desagradável consequência dessa transição hormonal é o ressecamento vaginal, traduzindo-se por desconforto à relação sexual (dispareunia), podendo influir na vida conjugal. Além disso, o ressecamento da uretra pode se traduzir por infecções urinárias de repetição, trazendo sintomas como dor e ardor à micção.

Entretanto, os especialistas afirmam que é possível minimizar a sintomatologia desagradável causada pela menopausa. Silvia Pereira, geriatra pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia/Associação Médica Brasileira e professora da Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá (RJ), diz que há medicamentos não hormonais que propiciam uma melhora desse quadro desconfortável.

“Para tratar do ressecamento da pele, é necessário hidratação por via oral e com creme hidratante diário”, orienta. Com relação

à vagina, que também está sujeita a ressecamento, a especialista recomenda o uso de cremes vaginais para lubrificação, além de cremes com hormônio que possuem ação local. “Porém, todo tratamento deve ser indicado pelo médico”, ressalta.

Quanto à terapia de reposição hormonal (TRH), ela só deve ser indicada, na opinião de Elizabete, a mulheres que tenham sido avaliadas e efetivamente necessitem desse procedimento. “A TRH pode trazer benefícios às mulheres sintomáticas, mas mantida pelo período necessário, com avaliações periódicas respaldadas por exames adequados, como mamografia e ultrassonografia abdominal, de preferência transvaginal”, afirma. Ela diz que o uso de hormônio local pode ser benéfico para alguns sintomas da menopausa, com menores efeitos sistêmicos.

Na opinião de Silvia, a reposição hormonal só tem indicação em casos específicos, quando concorrem vários fatores prejudiciais à qualidade de vida da mulher. Nesses casos, ainda é preciso avaliar o risco de câncer, especialmente de mama e útero. Segundo ela, a TRH é fortemente contraindicada para mulheres mais idosas.

As mudanças do corpo também se manifestam de forma marcante no processo do envelhecimento. A perda de tônus da pele e a mudança de composição com perda de massa magra substituída por tecido gorduroso, com maior concentração abdominal de gordura, por exemplo, têm repercussões psicológicas significativas para algumas mulheres. “Muitas delas têm grande dificuldade de conviver com o declínio físico e a perda dos conhecidos padrões de beleza e começam a buscar meios alternativos de rejuvenescimento. Na grande maioria das vezes, são procedimentos enganosos e vazios de bons resultados e, a despeito de eventualmente apresentarem efeitos iniciais momentâneos, podem ser deletérios à saúde”, alerta Elizabete.

### **Avaliação periódica e prevenção de doenças**

É importante ressaltar, no entanto, que a mulher no climatério ainda não atingiu a terceira idade. Por volta dos 45 anos ela começa a sentir as mudanças do envelhecimento, mas é só a partir dos 60 que ela é, de fato, considerada idosa.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida da mulher brasileira hoje é de 78,6 anos – 12,9 anos a mais do que em 1980. Considerando esse aumento, deve-se ter em mente que o objetivo primário no atendimento da paciente acima de 60 anos deve ser a manutenção de sua independência e autonomia. Na avaliação de sua saúde global, é imprescindível que o médico estabeleça planos de seguimento para redução do risco ou desenvolvimento de doenças e situações que criem graus de dependência.

Segundo Gorzoni, da FCMSCSP, entre as principais queixas

das mulheres idosas estão perda de memória, adinamia, distúrbios do sono, ansiedade e depressão, além de dores nos joelhos (normalmente associadas a obesidade) e incontinência urinária (em geral relacionada a multiparidade).

“A queixa de depressão origina-se de várias causas, como viuvez, saída dos filhos do convívio diário, aposentadoria e doenças crônicas”, explica. “Já em relação à perda de memória, estima-se que mais de 60% das idosas que se queixam desse sintoma não sejam portadoras de síndrome demencial, devendo ser avaliadas quanto a medicamentos e/ou doenças que possam estar interferindo na cognição.”

A médica Elizabete declara que é imprescindível avaliar a condição cognitiva das pacientes, com rastreio para déficit inicial e sinais de depressão e ansiedade, resultados frequentes de se viver só – situação de muitas mulheres com mais de 60.

Em relação a doenças cardiovasculares (DCV), a especialista informa que após a fase inicial do climatério, com um intervalo de aproximadamente dez anos, a incidência das DCV se torna semelhante entre os sexos, podendo ser mais prevalente na mulher, impondo, portanto, a necessidade de cuidados de prevenção.

“Faz-se necessário o acompanhamento de fatores de risco cardiovasculares – por alterações hormonais –, como controle de peso, incentivo à atividade física regular, dieta balanceada, aferição de pressão arterial, glicemia, colesterol e triglicérides séricos”, diz Gorzoni.

Ele ainda recomenda a avaliação ginecológica periódica, com a realização de exame colpocitológico (Papanicolau) e mamografia anualmente. “Posteriormente, observa-se involução do colo do útero, que acaba por dificultar a realização do colpocitológico”, esclarece. Ele afirma que o intervalo entre os exames preventivos, como os ginecológicos acima citados, dependerá dos antecedentes familiares e/ou pessoais da idosa e de sua capacidade de independência e de autonomia.

Já no que diz respeito à prevenção das doenças, a geriatra Elizabete salienta que medidas como atividade física e intelectual e cuidados alimentares são extremamente importantes na prevenção das DCV e trazem melhor aporte psicológico. A interrupção do tabagismo e do alcoolismo também é fundamental para a manutenção da saúde.

“Orientações sobre abandono de fumo devem ser estabelecidas de forma convincente, por seus inúmeros efeitos nocivos sobre a saúde. O hábito de beber não deve ser estimulado. Os benefícios de pequenas doses diárias de bebida alcoólica podem ser substituídos por danos à saúde se houver tendência do indivíduo ao alcoolismo e se essa tendência for deflagrada, gerando consumo excessivo,” enfatiza.

Para Silvia, da Universidade Estácio de Sá, é fundamental que

“

A menopausa é um momento bastante delicado na vida da mulher. Ela constitui outro processo fisiológico no âmbito do envelhecimento, mas que, infelizmente, se manifesta com alguns sintomas incômodos.”

”

o médico examine a paciente por completo, da cabeça aos pés, não se esquecendo da avaliação da boca e da função intestinal, já que o idoso tende a ter constipação devido a desidratação. Ela ressalta também a importância de se estar atento às condições mais prevalentes, como hipertensão e diabetes, que devem ser diagnosticadas, acompanhadas e tratadas o quanto antes.

Outro aspecto importante é a saúde ocular, já que muitos idosos desenvolvem problemas de visão, como degeneração macular relacionada a idade, catarata e glaucoma. “Consultas regulares com o oftalmologista são muito importantes”, diz.

Em relação às demências, a geriatra informa que existem mais mulheres com esse problema do que homens, já que elas tendem a viver mais e a idade é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da doença. Ela diz que ainda não há como prevenir o surgimento de demências, mas, uma vez detectado um déficit, a paciente deve passar por uma avaliação rigorosa. Se realmente for constatado um quadro de demência, há medicações efetivas para retardar a evolução da doença. “Avaliar a memória do idoso pode e deve ser feito, inicialmente, durante a triagem, da mesma forma como se verifica a pressão arterial”, explica Silvia.

Para Elizabete, cada condição médica deve ser analisada com o objetivo de, quando indicado, proceder ao tratamento terapêutico medicamentoso pertinente a cada caso. Ela esclarece que o envelhecimento é um momento particularmente delicado na vida das pessoas, mas deve ser contextualizado dentro de critérios adequados. “O sentimento de perda está sempre presente, e a conscientização dos ganhos através dos anos deve pesar. A estruturação emocional para esse momento, para a aproximação da finitude, deve ser construída em sólidas bases, que, por vezes, requerem suporte psicológico”, relata, salientando que a força da crença religiosa, da espiritualidade,

deve encontrar no profissional um aliado, “já que a fé é um grande bálsamo para o espírito”.

### Osteoporose e qualidade de vida

A osteoporose também é outro problema bastante frequente entre as mulheres mais velhas (*veja quadro*), que precisa ser observado com muito rigor devido às suas consequências, como as fraturas decorrentes da fragilidade óssea. Em relação à prevenção da osteoporose, Silvia diz que ela deve começar ainda na infância: uma alimentação rica em cálcio é fundamental para a saúde dos ossos. Segundo ela, já existem no mercado alimentos sem lactose, para quem têm intolerância, mas que mantêm o cálcio. Outra questão importante na prevenção da osteoporose é a prática de atividade física. “O exercício físico é muito importante, porque ao contrair e relaxar a musculatura estimula-se a produção dos osteoblastos”, explica.

No entanto, segundo a geriatra, a atividade física precisa ser individualizada. “Se a mulher tiver insuficiência cardíaca, por exemplo, deve-se avaliar a possibilidade de ela fazer atividade física. Em caso positivo, é preciso definir o tipo de atividade e por quanto tempo. Se ela tiver problemas de articulação, como artrose, ou genuvaro ou genuvalgo, ou deformidade nos pés, não poderá fazer longas caminhadas. Por isso, é essencial avaliar o que cada paciente pode fazer”, orienta.

A médica afirma que o exercício é importante para aumentar a massa óssea ou para retardar a perda dessa massa. Porém, para a mulher que já tem osteoporose, além do exercício é necessário o tratamento medicamentoso. “Tomar sol também ajuda para a síntese da vitamina D, porque o cálcio precisa da vitamina D para ser absorvido no intestino. Se não houver a vitamina D, a absorção do cálcio estará prejudicada”, diz.

Silvia enfatiza que há vários medicamentos para o tratamento da osteoporose, como os agentes antirreabsortivos, que são os bisfosfonatos, os moduladores seletivos do receptor de estrogênio

e a osteoprotegerina (OPG), e também os agentes formadores de osso, como a teriparatida e o ranelato de estrôncio. “São essas as medicações que utilizamos comumente, e a indicação irá depender da condição de cada paciente. Mas há uma melhora significativa com o tratamento, há ganho de massa óssea e, com frequência, essas mulheres saem do risco de fratura”, declara.

Para Gorzoni, dieta adequada, atividade física com exercícios de baixo impacto, reposição hormonal na década após o climatério (quando há indicação), reposição de colicalciferol, cálcio e/ou o uso de alendronato são as medidas básicas para combater a osteoporose.

Contudo, na promoção de uma qualidade de vida melhor para as mulheres idosas, o especialista ressalta que a principal preocupação que os médicos devem ter é manter essas mulheres independentes e autônomas pelo maior período possível, preferencialmente por intermédio de intervenções não farmacológicas, como atividades físicas, grupos sociais e dieta adequada. Gorzoni afirma que a mulher apresenta sobrevida média superior à do homem – anos adicionais de vida, que devem ser planejados para uma velhice saudável e com boa qualidade. “A idade cronológica não necessariamente significa que nada há mais para fazer, nem que se deve esperar a morte passivamente e em sofrimento, devido a doenças e situações passíveis de controle”, avalia.

Silvia completa: por causa da longevidade das mulheres, é muito importante que elas se planejem, tanto financeira como organicamente. “Cuidar da saúde é fundamental. E não aceitar que o envelhecimento irá trazer problemas, porque velhice não é doença, portanto, não se deve aceitar as limitações, é preciso trabalhar contra elas”, analisa ela. “Aos médicos, eu digo: escutem suas pacientes, ouçam suas queixas, verifiquem o histórico familiar, façam o exame físico real completo. Prevenir e tratar as doenças, fazendo com que as mulheres tenham qualidade de vida por muito tempo, é o que queremos”, conclui.

### OSSOS FRÁGEIS

As mulheres são as mais atingidas pela osteoporose, uma vez que na menopausa os níveis de estrogênio caem bruscamente. Com isso, os ossos passam a incorporar menos cálcio (fundamental na formação do osso), tornando-se mais frágeis. Para cada quatro mulheres, somente um homem desenvolve essa patologia.

São várias as causas e os fatores favorecedores da osteoporose. Os principais são menopausa, história familiar, constituição física magra, raça branca ou asiática, baixa ingestão de cálcio, dia-

betes mellitus, falta de exposição ao sol, pouca atividade física, hábito de fumar, consumo de álcool e de café e doenças crônicas debilitantes. Essa doença pode ser prevenida, diagnosticada e tratada antes que ocorra qualquer fratura e, mesmo após a ocorrência da primeira, existem medidas efetivas para diminuir o risco de novas, como ingestão adequada de cálcio e vitamina D, atividade física regular, evitar o uso de tabaco, identificação e tratamento de alcoolismo e tratamento de outros fatores de risco para fratura. Entre os tratamentos farmacológicos indicados para a osteoporose estão cálcio, vitamina D, calcitonina, bisfosfonatos, raloxifeno e paratormônio.



**Lara M. Quirino Araújo**

Preceptora e coordenadora do ambulatório Longevos da Disciplina de Geriatria da Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo

## Como avaliar a saúde dos longevos – em seu consultório

### TAKE HOME MESSAGE

- Considerar a complexidade clínica, funcional, cognitiva e social dos pacientes acima de 80 anos
- Rever a lista de medicamentos
- Verificar: diagnósticos conhecidos pelo paciente e presença de queixas recentes
- Avaliar: suporte social, visão e audição, capacidade de realizar as atividades de vida diária (básicas e instrumentais), cognição e a presença de sarcopenia

### Introdução

**E**m 2012, a expectativa de vida do brasileiro era de 74 anos, segundo o IBGE. Os idosos acima de 80 anos possuem idade mais avançada do que se espera para a nossa população, por isso podem ser chamados de idosos “mais idosos” ou longevos. Esse grupo de pessoas teve tempo de vida suficiente para sofrer as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento.

Existe uma grande variabilidade no ritmo de envelhecimento de cada pessoa. Porém, modificações estruturais e funcionais nos diferentes órgãos e sistemas, com redução na capacidade fisiológica, são comuns a todos. Ao mesmo tempo, ocorre uma maior necessidade de o organismo despende energia para manter a homeostase. Assim, a reserva fisiológica fica menor, tanto pela perda de capacidade do órgão como pela maior necessidade de direcionar os esforços para a homeostase. Chamamos de homeostenose esse estreitamento da reserva funcional dos diversos órgãos. Os mecanismos não são completamente elucidados, porém genética e inflamação fazem parte das causas desse declínio.

A homeostenose apresenta-se clinicamente como a menor tolerância ao estresse. Assim, um idoso geralmente tem maior

impacto em sua saúde como um todo quando fica doente, apresentando maior dificuldade de se recuperar. Algumas pessoas envelhecem preservando sua independência nas atividades diárias, mesmo que tenham doenças e declínio da reserva fisiológica, enquanto outras evoluem para um estado de dependência. Percebemos aqui um ponto para caracterizar o longevo de que estamos cuidando: a capacidade funcional, ou seja, a capacidade de realizar as atividades da vida diária, tanto as básicas ou de autocuidado, como as instrumentais ou habilidades para a vida comunitária. Observamos que a capacidade funcional pode ser incrementada se o idoso estiver em um ambiente que permita adaptações ou se possuir uma rede de apoio que lhe dê facilidades e diminua a intensidade do desafio para realizar as atividades de vida diária. Por exemplo, faz diferença para a continência urinária o fato de o banheiro estar a poucos metros ou um lance de escadas acima.

Estudando centenários e a presença de doenças crônicas, são definidos três perfis de envelhecimento: “sobreviventes” (*survivors*), “prorrogadores” (*delayers*) e “fugitivos” (*escapers*). Sobreviventes são aqueles que apresentam pelo menos uma doença crônica antes dos 80 anos e sobrevivem mesmo com essa doença. Prorrogadores são aqueles que passam a ter uma



doença crônica entre os 80 e 100 anos, e fugitivos são os que acima dos 100 anos passaram a ter uma doença ou não possuem doença. Para essa classificação, foram consideradas as seguintes doenças: derrame, doença cardíaca (arritmia, infarto ou insuficiência cardíaca), câncer (não de pele), hipertensão, osteoporose, tireoidopatia, doença de Parkinson, câncer de pele, diabetes, DPOC e catarata.

Por outro lado, dada a importância da capacidade funcional, definem-se quatro perfis de envelhecimento de acordo com a combinação da capacidade funcional e da cognição. Assim, temos os “excepcionais”, com excelente capacidade funcional e cognitiva; os “normais”, com boas condições na capacidade funcional e na cognição; os “frágeis”, com deterioração da capacidade funcional ou cognitiva; e os “mais frágeis”, com deterioração da capacidade funcional e cognitiva. Observe que, nessa classificação, frágil não se refere à síndrome de fragilidade.

Essas duas classificações ilustram bem os principais indicadores para compreendermos a rota de envelhecimento de nosso paciente: a data de aparecimento de doenças crônicas, a capacidade de desempenhar as atividades de vida diária (ou capacidade funcional) e o estado cognitivo. Podemos acrescentar um quarto indicador, a sarcopenia, intimamente relacionado com a capacidade funcional e um marcador da síndrome de fragilidade.

Os idosos que envelhecem com a síndrome de fragilidade apresentam-se mais vulneráveis aos desafios à saúde. São idosos que apresentam perda de peso não explicada, fraqueza, relatam exaustão, caminham devagar e têm menor taxa de atividade física. Por outro lado, temos aqueles com envelhecimento bem-sucedido, que mantêm seu peso, boa disposição, são fortes, caminham bem e mantêm a atividade física. Avaliar a saúde desse grupo acima dos 80 anos tem um desafio extra: comumente eles têm apresentação atípica das doenças, seja por terem reação diferente à doença devido ao envelhecimento, seja pela interação entre diferentes comorbidades ou mesmo pela combinação do efeito terapêutico ou adverso de várias medicações, ou ainda todos esses fatores em concomitância. Portanto, o profissional de saúde, em especial o médico, precisa aprimorar sua habilidade em fazer a anamnese e o exame físico.

A avaliação de longevos deve considerar essa complexidade, para ser possível definir estratégias personalizadas a cada paciente, a fim de alcançar resultados relevantes na vida diária, ou seja, fazer escolhas apropriadas à situação clínica, funcional e social. Somente com uma avaliação geriátrica ampla será possível estabelecer prioridades adequadamente, compreender de forma clara e coerente os benefícios das medidas propostas e recomendações (exames, mudanças comportamentais, restri-

ções, medicações), identificar problemas clínicos que não são passíveis de tratamento curativo (palição), identificar problemas que precisam de tratamento contínuo, ainda que com alguma variação (exemplo: dor crônica) e definir estratégias aplicáveis para promoção de saúde. Portanto, para avaliar adequadamente um idoso longevo, devemos considerar que:

1. É um grupo heterogêneo.
2. Possui diferentes condições de capacidade funcional e vulnerabilidade.
3. Está sujeito a interações múltiplas entre sinais de envelhecimento, sintomas de doenças diversas, efeitos terapêuticos e colaterais de várias medicações.
4. Suas possibilidades de cuidados com a saúde estão em maior ou menor intensidade relacionadas com o apoio social que possui.

### **Então... como avaliar esses indivíduos?**

Precisa-se ter clareza do objetivo da avaliação. Somente serão tomadas decisões ponderadas em relação ao estado de saúde, à capacidade funcional e às expectativas se houver conhecimento do estado global do paciente. Reserve o tempo necessário para a anamnese e o exame físico. Algumas vezes será necessário mais de um encontro para esclarecer quais os fatores significativos para a saúde daquele idoso em particular. É o momento de conhecer as doenças crônicas previamente diagnosticadas, de identificar se estão compensadas ou não, e saber se há presença das grandes síndromes geriátricas. Esse momento poderá ser útil para conhecer o suporte social com que aquele idoso pode contar em caso de necessidade de ajuda nos cuidados pessoais, nos serviços domésticos, nas finanças e saber se alguém lhe faz companhia. A indicação de exames complementares deverá ocorrer segundo as necessidades de cada paciente.

O relato do paciente e do seu acompanhante (quando há) e a lista de medicações são indicativos significativos sobre as comorbidades. Essas informações nos auxiliam a compreender melhor o contexto das queixas e perceber se há alguma doença aguda em andamento, sua gravidade e urgência. Em algumas situações, podem inclusive nos levar a abreviar a avaliação inicial a fim de mais rapidamente dar conta de uma queixa aguda e muito significativa – por exemplo, saber que o paciente teve vários infartos do miocárdio e está com queixa de desconforto torácico nos últimos dias ou horas.

A capacidade funcional geralmente é avaliada por meio de questionários e testes físicos. O estado de humor, a condição cognitiva ajustada para a escolaridade, o estado de independência/dependência para as Atividades (básicas) de Vida Diária (AVDs) e para as Atividades Instrumentais de Vida Diária

(AIVDs) fazem parte da funcionalidade. A visão e a audição podem ter impacto relevante na capacidade funcional e na integração social do idoso. Portanto, além de perguntar ao idoso sobre queixas, é importante que ele seja testado (seja por medidas de rastreio, seja por referência ao especialista). Existem alguns testes de desempenho físico que podem nos ajudar a compreender o estado funcional, como por exemplo a força de preensão (medida com um dinamômetro), o tempo para sentar-levantar da cadeira sem ajuda das mãos por cinco vezes e a velocidade de marcha em passo usual numa distância de 4 metros. Essa avaliação ampla permite que dois aspectos fundamentais – os riscos e a expectativa de vida – sejam considerados nas decisões sobre os cuidados com a saúde do paciente.

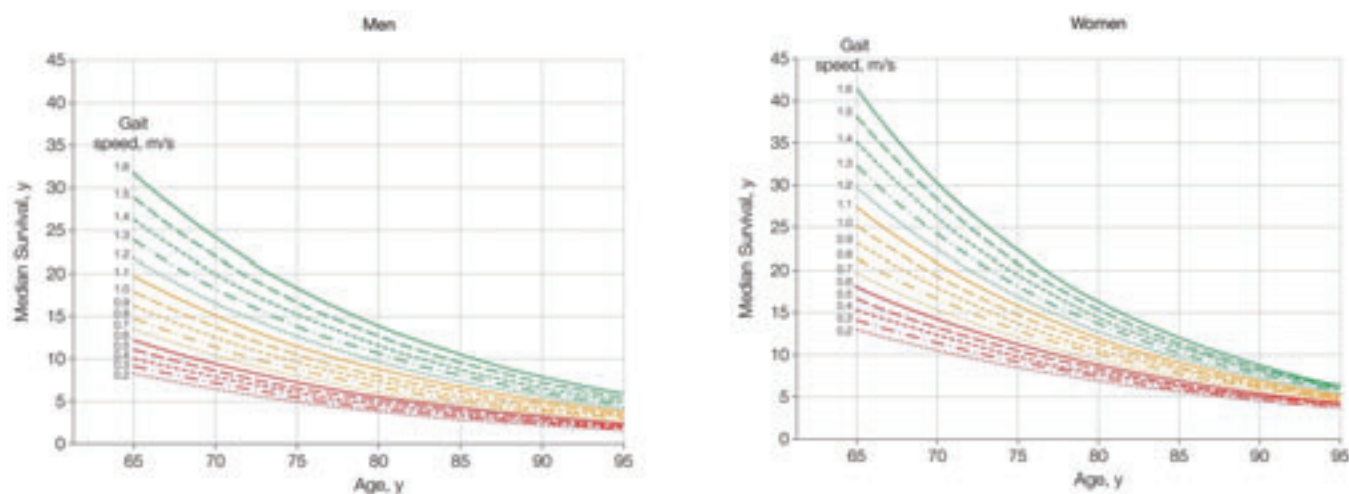
A força de preensão deve ser medida com um dinamômetro e é um importante marcador de sarcopenia. Geralmente, é usado um dinamômetro Jamar (encontrado nas lojas especializadas em produtos médicos ou de fisioterapia). Embora existam várias formas de se realizar o teste, recomenda-se que o paciente esteja sentado, com o cotovelo dobrado. O paciente é orientado a apertar o aparelho com a mão dominante por três vezes. Considera-se o maior valor das três tentativas. Mesmo não tendo valores de referência específicos para longevos, consideramos como fraqueza (ou baixa força de preensão) para homens < 26Kg, e para mulheres < 16 Kg.

O tempo para sentar e levantar da cadeira cinco vezes é usado para avaliar a função de membros inferiores. O paciente deve cruzar os braços sobre o tórax, e verifica-se se ele consegue exe-

cutar o movimento. Caso ele seja capaz, o examinador deve pedir ao paciente que se levante e se sente com os braços cruzados por cinco vezes, o mais rápido possível, e medir o tempo com um cronômetro. Não existem pontos de corte propostos, porém um estudo com idosos com idade média de 77 anos mostrou que, entre aqueles com tempo superior a 16,7 segundos nessa tarefa, após quatro anos de acompanhamento, 25% tinham comprometimento na AVDs e 15% na mobilidade. Já entre aqueles com melhor desempenho (tempo menor que 11,1s), 14% tinham comprometimento na AVDs e 7% na mobilidade.

Existem diferentes modelos propostos para estimar a expectativa de vida de um paciente. Entretanto, a maioria desses modelos não é facilmente aplicável no consultório (seja pela necessidade de informações epidemiológicas nem sempre à nossa mão no momento da consulta, seja pelo fato de alguns modelos serem destinados a pacientes hospitalizados). A presença de algumas doenças em seu estágio final indica sobrevida limitada, como insuficiência cardíaca congestiva classe funcional III-IV, doença pulmonar obstrutiva crônica dependente de oxigênio, insuficiência renal crônica com indicação de diálise (ou tratamento substitutivo) ou câncer com metástases não controladas. Além disso, a presença de três ou mais doenças crônicas e a piora evidente da capacidade funcional também são sinais de menor expectativa de vida.

A velocidade de marcha é um bom preditor de expectativa de vida e incapacidade funcional e pode ser medida no consultório. Em 2011, foi publicada uma análise de 9 coortes com



**Gráficos** Previsão de expectativa média de vida por idade e velocidade de marcha (*Gait speed and survival in older adults. JAMA. 2011 Jan 5;305(1):50-8.*)

34.485 idosos, com idade média de 72 a 79 anos, sendo 1.765 (5%) acima de 85 anos, que mostrou que para cada aumento de 0,1m/s na velocidade de marcha usual desses indivíduos tem-se uma redução de 22% no risco de morrer. Nos idosos acima de 85 anos, caminhar com velocidade usual acima de 1,4m/s representa mais de 90% de chance de viver por, pelo menos, mais cinco anos. Para a maioria das idades e ambos os sexos, a velocidade de marcha de 0,8m/s indica uma expectativa de vida média (Gráficos).

### Conclusão

O paciente idoso acima de 80 anos é parte de um grupo heterogêneo no que se refere ao perfil de envelhecimento. Caracterizá-lo bem é importante para que, à medida que surgirem queixas e novos diagnósticos clínicos, o médico possa recomendar investigações diagnósticas e tratamentos condizentes com qualidade e expectativa de vida. Uma boa avaliação

da capacidade funcional permite que sejam tomadas ações para promover o envelhecimento bem-sucedido, com independência e autonomia.

### Quadro Velocidade de marcha e expectativa de vida

**Como avaliar:** orientar o idoso a caminhar no passo usual por 4m e medir os segundos com um cronômetro. Ao dividir 4m pelos segundos encontrados, tem-se a velocidade em m/s.

**Como interpretar para idosos acima de 85 anos:**

**Velocidade → Expectativa de vida**

Menor que 0,6m/s → Risco alto de morrer

Maior ou igual a 0,8m/s → Expectativa de vida média

Maior ou igual a 1,0m/s → Expectativa melhor que a média

Maior ou igual a 1,2m/s → Expectativa excepcional

### Referências bibliográficas

1. Evert J, Lawler E, Bogan H, Perls T. Morbidity profiles of centenarians: survivors, delayers, and escapers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003 Mar;58(3):232-7.
2. Gondo Y, Hirose N, Arai Y, Inagaki H, Masui Y, Yamamura K, Shimizu K, Takayama M, Ebihara Y, Nakazawa S, Kitagawa K. Functional status of centenarians in Tokyo, Japan: developing better phenotypes of exceptional longevity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006 Mar;61(3):305-10.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M146-56.
4. McLean RR, Shardell MD, Alley DE, Cawthon PM, Fraga MS, Harris TB,

Kenny AM, Peters KW, Ferrucci L, Guralnik JM, Kritchevsky SB, Kiel DP, Vasileva MT, Xue QL, Perera S, Studenski SA, Dam TT. Criteria for clinically relevant weakness and low lean mass and their longitudinal association with incident mobility impairment and mortality: the foundation for the National Institutes of Health (FNIH) sarcopenia project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014 May;69(5):576-83.

5. Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med.* 1995 Mar 2;332(9):556-61.

6. Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, Brach J, Chandler J, Cawthon P, Connor EB, Nevitt M, Visser M, Kritchevsky S, Badinelli S, Harris T, Newman AB, Cauley J, Ferrucci L, Guralnik J. Gait speed and survival in older adults. *JAMA.* 2011 Jan 5;305(1):50-8.

**Aptare** GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Todo o conteúdo da *Aptare* e outras novidades do universo do envelhecimento estão disponíveis no site:  
[www.dinamoeditora.com.br](http://www.dinamoeditora.com.br)



# Diabetes e a funcionalidade do idoso: metas do diagnóstico e tratamento

Por Renata F. Nogueira Salles e Mariela Besse\*

O diagnóstico e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2) no paciente idoso devem considerar a heterogeneidade dessa população e as características individuais referentes a estado funcional do idoso, presença de comorbidades, complicações existentes, fragilidade, grau de dependência e expectativa de vida<sup>1,2</sup>.

A identificação do idoso diabético ou pré-diabético e a prevenção primária ou secundária devem avaliar os benefícios da intervenção e a expectativa de vida do idoso. Idosos jovens, saudáveis e independentes se beneficiarão do screening para diagnóstico do diabetes e prevenção das complicações. Porém, para idosos muito idosos, com dependência, frágeis ou com demência, a busca pelo diagnóstico de um pré-diabetes ou diabetes de início precoce pode não trazer benefícios.

Da mesma forma, o tratamento se caracteriza por ser mais complexo e com maior risco de eventos adversos às drogas e de hipoglicemia. Todas essas considerações são relevantes no manejo do tratamento e na determinação das metas glicêmicas a serem alcançadas.

Em reconhecimento às características próprias do idoso com diabetes, a International Diabetes Federation (IDF)<sup>1</sup> estipulou metas de diagnóstico e tratamento levando em consideração a funcionalidade do idoso e estabelecendo três categorias: os funcionalmente independentes para as atividades da vida diária (AVDs) (categoria 1); os funcionalmente dependentes para as AVDs, incluindo os idosos frágeis e com demência (categoria 2) – nesta categoria, os objetivos glicêmicos devem ser mais tolerantes, os regimes de tratamento, simplificados, e os agentes utilizados, com baixo risco de hipoglicemia –; e, por fim, os pacientes terminais, com uma expectativa de vida menor que um ano, que necessitam exclusivamente de cuidado, conforto, alívio de sintomas e qualidade de vida (categoria 3).

Os critérios diagnósticos para os pacientes idosos da categoria 1 são idênticos aos dos pacientes jovens<sup>1</sup>: glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dl ou HbA1C  $\geq 6,5\%$ ; glicemia aleatória  $\geq 200$  mg/dl associada a sintomas; teste de tolerância oral à glicose (TOTG)  $\geq 200$  mg/dl após 120.

Para as categorias 2 e 3, recomenda-se utilizar procedimentos simples para o diagnóstico, ou seja, somente glicemias e hemoglobina glicada. O risco de diabetes pode aumentar nesse grupo de pacientes em vigência de medicamentos como os neurolépticos e corticoides.

A IDF<sup>1</sup> também estabeleceu alguns princípios do tratamento, como:

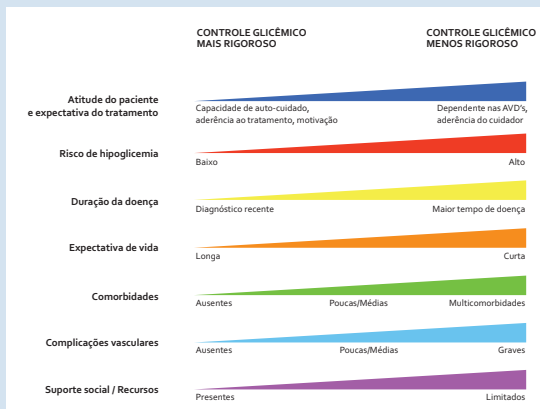
1. Ter uma visão global e individualizada do idoso com diabetes;
2. Avaliar a capacidade funcional, a presença de fragilidade e doenças associadas;
3. Reconhecer precocemente o declínio a fim de manter a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso diabético;
4. Tomar a decisão terapêutica com base na estratificação de riscos de hipoglicemia, de hiperglicemia e suas consequências, como quedas, dor e eventos adversos às drogas;
5. Promover educação aos familiares e cuidadores;
6. Avaliar a expectativa de vida e instituir cuidados paliativos, quando necessário.

Fatores como a atitude do paciente e a expectativa do tratamento devem determinar, entre outros, se o controle glicêmico será mais ou menos rigoroso. Idosos com capacidade de autocuidado, boa aderência ao tratamento e motivação se beneficiarão de um tratamento mais intensivo. Ao contrário, idosos dependentes para as atividades da vida diária, que necessitam de um cuidador ou que não disponham de uma rede de suporte social, precisam de tratamento menos rigoroso<sup>3</sup>.

Outros fatores, como a vulnerabilidade à hipoglicemia, o tempo de doença, a presença ou ausência de patologias e de complicações vasculares, a função cognitiva e a expectativa de vida, devem ser considerados na decisão do tratamento baseado no “risco/benefício” para o paciente (Figura 1)<sup>3</sup>. Assim, idosos da categoria 1 devem ter suas metas glicêmicas semelhantes aos dos jovens adultos, com HbA1c  $< 7,0\%$  e níveis glicêmicos  $< 110$  mg/dl. Para pacientes com mais de 80 anos, fragilizados, dependentes, com doenças multissistêmicas, com demência ou institucionalizados (categoria 2), as metas gli-

cêmicas não são tão rigorosas, procurando-se manter a glicemia de jejum entre 110 e 180 mg/dl e a hemoglobina glicada entre 8,0 e 8,5%<sup>1,2</sup>. Para esses pacientes é importante a educação sobre o reconhecimento e o tratamento da hipoglicemia. Já pacientes em cuidados paliativos (categoria 3) deverão ter os níveis glicêmicos entre 110 e 270 mg/dl e é necessário evitar a ocorrência de hipoglicemia. O tratamento deve ser baseado, portanto, em dois pilares: evitar a hipoglicemia, que nessa faixa etária eleva o risco de mortalidade; e controlar a hiperglicemia, para evitar as complicações micro e macro vasculares e as síndromes geriátricas.

**Figura 1** Como manejar o tratamento do DM2



Adaptado de: Inzucchi SE, *Diabetes Care*, 19 de abril de 2012

### Capacidade funcional e adesão ao tratamento

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a capacidade funcional e a independência como fatores preponderantes para o diagnóstico de saúde física e mental da população idosa, já que o impacto funcional que uma doença pode trazer é tão importante quanto seu diagnóstico.

Sendo o diabetes uma doença crônica, cabe ao profissional de saúde promover condições para que o paciente, seus familiares e cuidadores tenham sempre disponíveis informações sobre a doença, bem como estratégias e recursos para administração da rotina e do autocuidado ao longo do tratamento. É importante também preparar esse paciente e sua família para potenciais complicações decorrentes da não adesão à terapia.

A avaliação dos fatores que determinam a adesão do pa-

ciente ao tratamento é um processo complexo, que se inicia com a aceitação ou não do diagnóstico e seu tratamento, uma vez que isso implica em mudança de hábitos e rotina. A não adesão é o problema mais significativo enfrentado pela equipe de saúde. Alguns autores calculam que até 50% das prescrições fracassam quanto aos resultados desejados devido a sua utilização inadequada.

Fazer um recordatório com o idoso e/ou cuidador sobre sua rotina, contendo o horário de suas refeições, sono e realização de demais atividades como lazer e atividade física, permite adequar a medicação à sua realidade e facilitar a adesão. Além disso, saber o que o paciente entende sobre o diagnóstico e o tratamento e avaliar suas expectativas nos permite traçar um plano de orientações individualizado para cada caso, o que possibilita uma ação profissional mais próxima da realidade.

### Estratégias para adesão:

- Conhecer e adequar as expectativas do paciente
- Incluir o paciente na elaboração do plano de tratamento
- Incluir família/cuidadores na execução do plano
- Traçar metas alcançáveis para cada situação
- Usar de criatividade durante as orientações
- Adaptar-se ao nível intelectual do paciente
- Orientar por escrito, com linguagem clara e simples
- Orientar em forma de desenhos
- Trabalhar junto com o paciente e o cuidador
- Repetir as orientações tanto quanto necessário
- Avaliar e reavaliar o processo continuamente

\* **Renata Freitas Nogueira Salles** Médica geriatra; mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; coordenadora da Seção Técnica de Geriatria do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo; presidente da SBGG-SP

**Mariela Besse** Terapeuta ocupacional do Instituto Longevitá; afiliada à Disciplina de Geriatria e Gerontologia/Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); especialista em gerontologia pela Unifesp e SBGG; mestre em ciência; presidente do Departamento de Gerontologia da SBGG-SP.

### Referências bibliográficas

1. International Diabetes Federation. Global Guideline for Managing Older People with Type 2 Diabetes. 2013.
2. Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Huang E, et al. Diabetes in Older Adults. Consensus Report. *Diabetes Care*. 2012; 1-14.

3. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A patient-centered approach. *Diabetes Care*. 2012; 35:1364-1379.



**Dan Linetzky Waitzberg**

Professor associado do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP, cirurgião do aparelho digestivo, coordenador do Laboratório de Metabologia e Nutrição em Cirurgia Digestiva da FMUSP (Metanutri), coordenador da nutrologia do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp)

**Thais de Campos Cardenas**

Nutricionista, mestre em nutrição humana pela USP e especialista em nutrição clínica pela ASBRAN

**Débora Pereira dos Santos**

Nutricionista, especialista em nutrição clínica e terapia nutricional pelo GANEP Nutrição Humana

**Marcella Esbrogeo Cal**

Nutricionista com aprimoramento em nutrição em hematologia e oncologia pela Unicamp

**Líria Núbia Alvarenga**

Nutricionista. Especialização em gestão em saúde pela FGV. Especialização em nutrição clínica e terapia nutricional pelo GANEP. Especialização em atendimento interdisciplinar em geriatria e gerontologia pelo IAMSPE

## O idoso com câncer e a importância da avaliação e da terapia nutricional para o tratamento



### TAKE HOME MESSAGE

- Os idosos com câncer merecem atenção especial do ponto de vista de necessidades nutricionais, pois trazem consigo os riscos inerentes à idade e também aqueles já bem conceituados relacionados à doença e seu tratamento.
- Todo idoso deve passar por um processo de avaliação nutricional, seja em ambulatório, seja em hospitais. Essa avaliação deve ser repetida para que a eficácia da intervenção nutricional possa ser conhecida.
- Não existe um consenso sobre a melhor ferramenta, mas a instituição e a equipe multiprofissional de assistência ao doente devem conhecer as vantagens e as desvantagens de cada método e, em conjunto, decidir pelo melhor fluxo de diagnóstico.
- É imprescindível a criação de protocolos de terapia nutricional baseados, primeiramente, nas recomendações para pacientes oncológicos e personalizados para o paciente idoso.
- Após o início da terapia nutricional, são fundamentais a realização de seu monitoramento e a avaliação da aceitação e da adesão. Deve-se, rotineiramente, avaliar as condições gerais do trato digestório e apetite, os efeitos colaterais da terapia antineoplásica, as condições de mastigação e os sinais e sintomas apresentados, que podem interferir na aceitação da dieta oral bem como na tolerância à dieta enteral.

# VI Congresso Brasileiro de Nutrição Integrada (CBNI), Ganepão 2015 e II Congresso Brasileiro de Pre, Pro e Simbióticos (PreProSim)

De 16 a 20 de Junho de 2015 - Centro de Convenções Rebouças - São Paulo - SP



## Alimentos e Nutrientes: Estruturais ou Funcionais?

### Temas em Destaque

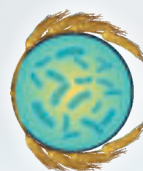
- In Gut We Trust;
- Síndrome do Intestino Curto: Novas Soluções;
- Centro de Reabilitação Intestinal Metabólico-Nutricional: Características, Funcionamento e Resultados;
- Eixo Intestino-Cérebro e a Dieta;
- Terapia Nutricional e Metabólica nas Catástrofes Intestinais;
- Nutrição e Diabetes: Uma Associação Certa;
- Evidências Científicas versus Experiência Clínica: Como Ficamos?;
- Terapia Nutricional Oral: Resultados Clínicos;
- Fitoterapia Nutricional: Da Ciência Para a Prática Clínica;
- Avanços em Nutrição em Cardiologia;
- EMTN em Ação - Casos Clínicos que Desafiam;
- Folato, Vitamina B12 e Metionina: Importância Epigenética e na Programação Fetal;
- Imunonutrição no Doente Crítico;
- Novas Diretrizes ESPEN e ASPEN versus canadenses;
- Envelhecimento Saudável: Como?

### Convidados Internacionais

- Alessandro Laviano
- Alfredo Matos
- Carol Ireton-Jones
- Ewald Schlotzer
- Gordon Jensen
- Juergen Bauer
- Kelly A. Tappenden
- Laura Matarese
- Luis Alberto Nin
- Luiza Kent-Smith
- Olivier Goulet
- Rémy Meier
- Ruben Gustavo Kliger
- Vera Mazurak
- Willian Manzanares

# Inscrições Abertas: [www.ganepao.com.br](http://www.ganepao.com.br)

## Microbiota Saudável, Vida Saudável



**II PREPROSIM**  
CONGRESSO BRASILEIRO DE  
PRE, PRO E SIMBIÓTICOS

### Convidados Internacionais

- Alessandro Laviano
- Arthur Ouwehand
- Gabriel Vinderola
- Gail Cresci
- Jean Guy LeBlanc
- Jean Marc Chatel
- Joël Doré
- Kelly A. Tappenden
- Koen Venema
- Olivier Goulet
- Raanan Shamir
- Rémy Meier
- Roberto Flores-Munguia

### Temas em Destaque

- O Impacto de Metagenômica na Saúde e na Doença;
- Microbiota Intestinal em Distúrbios Cerebrais;
- A Verdade do PreProSim na Gastroenterologia Funcional;
- Disbiose na Obesidade e Diabetes: Ovo ou Galinha?;
- Programação da Microbiota na Primeira Infância;
- Microbiota na Infecção, Inflamação e Imunodeficiência;
- PreProSim na Saúde da Mulher;
- Probióticos Transgênicos: São Seguros?;
- PreProSim na Saúde Pública e Recomendações Nutricionais;
- Modulação da Probiótica - De Estudos 'In Vitro' para Estudos Clínicos;
- PreProSim na UTI: Ser ou Não Ser?;
- PreProSim em Cirurgia: O Que e Quando?;
- PreProSim na Saúde do Feto ao Adolescente.

[www.ganepao.com.br](http://www.ganepao.com.br)

[www.preprosim.com.br](http://www.preprosim.com.br)

## Introdução

O câncer e seu tratamento podem levar a sintomas que favorecem o aumento do risco nutricional, tanto pelo aumento de complicações quanto pela redução da tolerância ao tratamento oncológico e pelo impacto na qualidade de vida do doente.

O envelhecimento populacional é um fenômeno universal, característico tanto dos países desenvolvidos quanto dos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são considerados idosos, nos países desenvolvidos, os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, ao passo que, nos países em desenvolvimento, considera-se a idade de 60 anos. O processo do envelhecimento é caracterizado por alterações morfológicas, bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicossociais, que também são responsáveis pelos distúrbios nutricionais em idosos.

A idade avançada é um dos fatores que mais se destacam no processo da oncogênese, em decorrência da maior exposição aos fatores de risco ao longo dos anos. Estudos revelaram que indivíduos com mais de 65 anos de idade tiveram, como segunda causa de óbito por doenças, o câncer, com taxas de mortalidade de 856 por 100 mil homens e de 536 por 100 mil mulheres, no período entre 1995 e 1999.

Três quartos das mortes por câncer ocorrem nessa faixa etária acima de 65 anos e 61% dos sobreviventes de câncer apresentam, no mínimo, 65 anos de idade.

Fatores sociais, psicológicos e fisiológicos podem influenciar os hábitos alimentares do paciente geriátrico. Autores relatam que apatia, imobilidade, depressão, solidão, pobreza, conhecimento inadequado, saúde oral deficiente e falta de sensibilidade do paladar, muitas vezes presentes nos idosos, podem contribuir para uma ingestão nutricional inadequada.

Segundo Acuña e Cruz (2004), uma das principais alterações observadas nesse perfil de pacientes é a modificação da composição corporal, com aumento e redistribuição da gordura corporal e redução de massa magra (água, tecido ósseo e tecido muscular). A gordura corporal diminui nas regiões periféricas e aumenta na região abdominal e no tronco. A massa magra passa por uma redução em todos os órgãos em virtude

da redução da atividade física, alimentação inadequada, diminuição de água corporal e perda generalizada de massa muscular, comprometendo a força muscular, a capacidade funcional e a autonomia dos idosos.

O comprometimento do estado nutricional é uma condição frequente nos pacientes com câncer e está associado com maiores índices de mortalidade e morbidade, maior tempo de hospitalização, maior suscetibilidade a infecções, sendo considerado um fator prognóstico negativo.

Contudo, o profissional da área da saúde deve conhecer as peculiaridades que caracterizam esses indivíduos e seus múltiplos problemas. É importante distinguir o que caracteriza a senescência (alterações funcionais e anatômicas que ocorrem naturalmente no organismo com o decorrer do tempo) da senilidade (alterações produzidas pelas várias doenças que podem acometer o idoso).

## Epidemiologia do câncer no idoso

Segundo a World Cancer Research Fund, o câncer é uma doença crônica não transmissível caracterizada pelo crescimento celular desordenado, que responde por 20% das mortes no Brasil. Cerca de 7 milhões de pessoas morrem anualmente com essa doença e, para 2020, espera-se atingir 16 milhões de óbitos, sendo assim considerado um problema de saúde pública. Países de baixa e média renda per capita representavam cerca de 51% de todos os casos de câncer no mundo em 1975. Essa proporção aumentou para 55% em 2007 e acredita-se que alcançará 61% em 2050.

Com relação ao envelhecimento, a estrutura etária da pirâmide brasileira passou a ter a base mais estreita em virtude da redução das taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida. Os idosos, em 2050, devem representar 14,2% da nossa população.

Assim, considerando a doença crônica e a idade, temos um risco importante de prejuízo do estado nutricional no momento em que o paciente mais precisa de todas as reservas nutricionais mantidas: o tratamento antineoplásico. O tumor, *per se*, já é um fator de risco nutricional que pode comprometer o sucesso do tratamento oncológico (Quadro 1).

**Quadro 1** Grau de risco nutricional segundo a localização do tumor

Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Tórax: <i>pulmão e mama</i> Sistema nervoso central Tumores ósseos Tumores musculares Melanomas Próstata	Cabeça e pescoço: <i>parótidas, maxilares, tumores cerebrais</i> Abdômen e pelve: <i>tumores hepáticos, biliares, renal, ovariano, órgãos genitais</i>	Cabeça e pescoço: <i>boca, faringe, laringe, esôfago</i> Abdominal: <i>digestivo</i> Hematologia: <i>transplantes</i>



### Desnutrição e avaliação nutricional

Nos últimos anos, estudos têm mostrado altas prevalências de idosos desnutridos. Os valores oscilam entre 15% e 60%, dependendo do local em que o idoso se encontra (hospitalizado, residência ou asilo) e da técnica utilizada para diagnóstico nutricional.

A desnutrição e a perda de peso são os distúrbios nutricionais mais diagnosticados em idosos oncológicos. No momento do diagnóstico, entre 54% e 70% dos pacientes relatam redução involuntária do peso.

O estudo realizado por Sorbye (2011) comparou a perda de peso não intencional entre idosos com idade acima de 65 anos com e sem câncer, usuários de home care e residentes em áreas urbanas de 11 locais na Europa. Entre 4.010 idosos, 321 (8%) tinham o diagnóstico de câncer e idade média de 80,4+ 7,3 anos. Idosos com câncer sofriam mais frequentemente de desnutrição grave (odds ratio/OR = 2,4), apresentavam maior perda de peso não intencional (OR = 2,0) e tinham sido hospitalizados durante os últimos seis meses (OR = 1,8) quando comparados a pacientes sem câncer. O autor conclui que pacientes idosos com câncer sofrem com mais frequência de problemas relacionados com a nutrição que idosos sem câncer.

A perda de peso observada em um paciente com câncer difere muito daquela observada em uma desnutrição simples com ausência de tumores, principalmente por todas as alterações hormonais e inflamatórias decorrentes do tumor no organismo.

Dados epidemiológicos mostram que a desnutrição reduz significativamente o tempo de vida, sobretudo quando associada à presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A alimentação inadequada pode acelerar o processo patológico e dificultar a recuperação dos idosos.

Segundo a pesquisa do Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI), realizada com 4 mil doentes hospitalizados na rede pública (20,1% dos pacientes internados eram oncológicos), 48,1% apresentavam desnutrição moderada, e 12,5%, grave. Se considerada apenas a população oncológica, 21,3% apresentavam desnutrição grave. Entre os indivíduos com idade superior a 60 anos, 52,8% eram desnutridos, ao passo que a prevalência de desnutrição entre os indivíduos com idade inferior a 60 anos foi de 44,7%. O diagnóstico de desnutrição esteve relacionado com idade superior a 60 anos e presença de câncer ou infecção, que levaram ao aumento da permanência hospitalar.

Pacientes com câncer também podem apresentar a síndrome da anorexia e caquexia (SAC), caracterizada pela presença de anorexia, perda ponderal involuntária e grave, astenia, diminuição da capacidade funcional, inflamação, imunossupressão, saciedade precoce, fraqueza, anemia, edema, resistência à insulina, diminuição da absorção intestinal, alterações hor-

monais e metabólicas, que não pode ser totalmente revertida pela terapia nutricional convencional. A SAC atinge de 30% a 50% dos pacientes oncológicos e pode estar relacionada ao aumento da morbimortalidade e à menor tolerância ao tratamento.

De acordo com o Consenso Brasileiro de Anorexia e Caquexia em Cuidados Paliativos (2011), o sintoma mais prevalente na síndrome é a fadiga, atingindo 74% dos pacientes, seguida por perda de apetite (53%), perda de peso (46%), modificações na percepção de sabor, vômito e saciedade precoce (entre 20% e 23%).

Os critérios diagnósticos definidos para a caquexia incluem perda involuntária de peso superior a 5% nos últimos seis meses ou superior a 2% e IMC <20 kg/m<sup>2</sup> ou presença de perda da massa muscular esquelética (sarcopenia). Caquexia não é sinônimo de sarcopenia. A sarcopenia é caracterizada pela perda de massa muscular esquelética e da força muscular relacionada ao envelhecimento e é uma das manifestações da SAC.

Tendo em vista a predisposição do paciente idoso em se desnutrir pelas próprias mudanças que ocorrem devido à idade avançada, somadas ao diagnóstico de câncer, são imprescindíveis ferramentas que possibilitem uma identificação precoce da desnutrição e possibilitem efetividade no seu tratamento.

Assim, a triagem nutricional é uma forma de identificar precocemente o risco nutricional do indivíduo com câncer, melhorando o prognóstico com a intervenção no momento oportuno e identificando aqueles que requerem uma avaliação nutricional formal mais completa. A triagem deve fazer parte da avaliação geriátrica tanto ambulatorial como hospitalar, sendo capaz de direcionar intervenções que devam ser desenvolvidas pelos profissionais da área da saúde. A presença de comorbidades e o estilo de vida devem ser considerados como parâmetros para avaliar o estado nutricional de idosos.

As ferramentas de avaliação nutricional que devem ser seguidas do processo de triagem nutricional são importantes no delineamento de estratégias de intervenções, bem como acompanhamento e manejo de sintomas que possam atrapalhar a ingestão alimentar adequada, nessa idade e durante o tratamento antineoplásico.

Os principais métodos subjetivos de avaliação do estado nutricional do idoso oncológico são: Avaliação Muscular Subjetiva (AMS), Miniavaliação Nutricional (MAN), Avaliação Subjetiva Global (ASG), Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASG-PPP) e DETERMINE (Disease, Eating poorly, Tooth loss/mouth pain, Economic hardship, Reduced social contact, Multiple medicines, Involuntary weight loss/gain, Needs assistance in self care, Elder years above age 80).

Elas são ferramentas essenciais para detecção precoce da desnutrição, dos distúrbios nutricionais e para intervenção nutricional, a fim de proporcionar impacto positivo no prognóstico desses pacientes, destacando-se a MAN, por ser simples, con-

fiável, rápida, prática e de fácil utilização para avaliação de idosos. A MAN faz a avaliação em 18 itens agrupados em quatro categorias: antropometria, avaliação geral, avaliação dietética e avaliação subjetiva, incluindo aspectos físicos e mentais que frequentemente afetam o estado nutricional do idoso, além de aspectos dietéticos (GUIGOZ et al., 1994). Tem sensibilidade de 96% e especificidade de 98%, com valor prognóstico para desnutrição de 97%. A dificuldade e a limitação para seu uso acontecem quando o idoso apresenta déficit cognitivo importante, dependendo de adaptações e esclarecimentos do entrevistador. É recomendada para rotina de avaliação geriátrica pela Sociedade Europeia para a Nutrição Clínica e Metabolismo.

Outra ferramenta, desenvolvida a partir da MNA, foi a MNA-SF – Mini Nutritional Assessment Short Form, que possui como intuito abreviar o tempo de aplicação, sendo dessa forma mais sucinta que a MNA, contendo apenas seis questões, que abrangem ingestão alimentar, perda de peso, mobilidade e estresse, entre outras. Ao final, pacientes com escore  $\leq 11$  são classificados com possível desnutrição.

A MNA-SF (Miniavaliação Nutricional – versão reduzida) foi utilizada para a avaliação de 70 pacientes idosos, acima de 70 anos, com diagnóstico onco-hematológico maligno. Foram encontrados índices de 20% de desnutridos e 60% em risco de desnutrição. Perda de peso recente e diminuição da ingestão alimentar foram os módulos mais pontuados na MNA-SF. Esses resultados levam a um pior prognóstico, com uma diminuição da resposta ao tratamento e maior índice de mortalidade. Dessa forma, a avaliação nutricional com aconselhamento dietético individualizado e acompanhamento durante o tratamento deve ser recomendada como parte integrante do plano de tratamento antineoplásico.

A ASG (Avaliação Subjetiva Global) é um método simples, rápido, de baixo custo, que pode ser realizado à beira do leito, desenvolvido inicialmente para ser aplicado em pacientes cirúrgicos (com câncer gastrointestinal). É um método validado que considera o percentual de perda de peso nos últimos seis meses e alterações nas últimas duas semanas, alteração na ingestão alimentar, presença de sintomas gastrintestinais, diminuição da capacidade funcional e demanda metabólica de acordo com o diagnóstico. O exame físico avalia as mudanças na composição corporal através da massa muscular, do tecido de gordura subcutânea, da presença de edema e ascite. A limitação do método é o fato de ele ser, como o próprio nome diz, subjetivo, dependendo da experiência do observador.

Uma revisão da literatura buscou comparar estudos em relação a ASG e MAN, com enfoque em uma ferramenta padrão-ouro para determinação de triagem nutricional em idosos. A comparação entre esses dois métodos, na avaliação de idosos, mostrou que a MAN é mais sensível, enquanto a ASG é mais específica no diagnóstico. Ambas as ferramentas são avaliações

consolidadas na literatura, porém não há um padrão-ouro para o diagnóstico de desnutrição, sendo necessários, portanto, mais estudos que estabeleçam essa comparação.

A ASG-PPP foi desenvolvida por Ottery (1996) a partir da ASG. Também é uma ferramenta útil, de fácil aplicabilidade e baixo custo, e pode ser utilizada em pacientes oncológicos. Consiste em um questionário, dividido em duas etapas, sendo a primeira autoaplicada. A ASG-PPP tem como vantagem o fato de o paciente se sentir mais participativo, além de otimizar o tempo gasto pelo profissional para finalizar a avaliação. De acordo com as pesquisas, ela mostra-se adequada para identificar pacientes oncológicos que se beneficiariam de intervenção nutricional preventiva durante a terapêutica oncológica. As limitações são devido à incompreensão do paciente para responder aos questionamentos relacionados à perda de peso, bem como especificar a ingestão alimentar. A ASG-PPP apresenta alta sensibilidade e especificidade, com valores de 80% e 89%, respectivamente.

Em estudo realizado na França por Aparacio et al. (2011) levantou-se a questão da importância de uma avaliação geriátrica mais rápida e de fácil aplicabilidade pelo médico oncologista, para verificar alto risco no tratamento e necessidade de mudança ou adaptação da proposta terapêutica para efetividade no tratamento oncológico. A ferramenta utilizada, definida como Miniavaliação Geriátrica (MGA), é uma adaptação da avaliação geriátrica global (GGA), realizada como rotina pelos médicos geriatras. O médico gastroenterologista aplicava a MGA e posteriormente discutia com a equipe multidisciplinar a melhor estratégia de tratamento antineoplásico, levando em consideração os resultados da ferramenta. Após definição e início do tratamento, o paciente idoso era submetido à GGA pelos médicos geriatras. O estudo concluiu que a MGA detectou a maioria das anormalidades também encontradas posteriormente na GGA, possibilitando assim que os médicos gastroenterologistas utilizassem a MGA para definir a melhor estratégia/adaptação terapêutica no tratamento antineoplásico desses pacientes idosos. Porém, há necessidade de mais estudos randomizados/prospectivos para validação do uso da MGA.

De 226 pacientes adultos ambulatoriais oncológicos acompanhados em um estudo espanhol, 64% apresentavam desnutrição (avaliada pela ASG-PPP) e o IMC não foi de utilidade para tomada de decisão de terapia nutricional, já que metade da população (56,5%) apresentava IMC adequado, embora tenha sido observado que, à medida que diminuía o IMC, aumentavam as dificuldades de alimentação.

Dessa forma, é difícil concluir a respeito da melhor ferramenta, principalmente porque a comparação de estudos fica prejudicada pelas diferenças metodológicas empregadas, bem como pela falha no tratamento estatístico e pela heterogeneidade das amostras.

### Terapia antineoplásica e seus efeitos

Os pacientes submetidos à radioterapia, em geral, toleram bem a radiação, desde que sejam respeitados os princípios de dose total de tratamento e o fracionamento aplicado. Todos os tecidos podem ser afetados, embora em graus variados. A cirurgia e a quimioterapia prévias ou concomitantes podem contribuir para o agravamento dos efeitos colaterais.

Os efeitos terapêuticos e tóxicos dos quimioterápicos dependem do tempo de exposição e da concentração plasmática da droga. A toxicidade é variável para os diversos tecidos e depende da droga utilizada, sendo os efeitos mais comuns a mielodepressão, a alopecia e alterações gastrointestinais. Agentes antineoplásicos como cisplatina, doxorrubicina e fluouracil podem afetar indiretamente a ingestão alimentar, a absorção de nutrientes ou desencadear outros efeitos colaterais como resultado da toxicidade gastrointestinal.

Entre estes efeitos colaterais, há aqueles que trazem prejuízo para as condições nutricionais do paciente, gerando deficiências nutricionais ao promoverem náuseas, vômitos, perda de apetite, disgeusia, desenvolvimento de aversões alimentares, xerostomia, anorexia e mucosite. Esses são os principais sintomas causados pela radioterapia e pela quimioterapia, e cerca de 88% dos pacientes vão apresentá-los no período maior ou igual a 6 meses após o término do tratamento.

Em termos de riscos esperados para complicações do tratamento medicamentoso, os idosos, aparentemente, estão mais susceptíveis para mielodepressão e mucosites mais prolongadas e mais graves. Há aumento do risco de miocardiotoxicidade, assim como maior possibilidade de neurotoxicidade central e periférica. Outras modalidades de toxicidade com maior risco apresentado nesse grupo etário são: infecções (com ou sem neutropenia), desidratação e distúrbios eletrolíticos e subnutrição. A combinação frequente dessas complicações aumenta o risco de delírio. Isso ocorre uma vez que vários fatores intervenientes da farmacologia estão potencialmente presentes em grande número de idosos: aumento do teor relativo de gordura corporal, diminuição da água intracelular, redução da albuminemia, anemia, alterações das enzimas P450 hepáticas microsossomais, diminuição da depuração renal e outras. Há também uma tendência à polifarmácia, com interações medicamentosas previsíveis ou não.

Em estudo conduzido na Espanha, com 226 pacientes adultos ambulatoriais, a desnutrição passava de 64,1% para 81% em pacientes sob tratamento paliativo e 61% em tratamento curativo (CARO et al., 2008). Quase a totalidade dos pacientes recebia tratamento curativo (83%), 44% recebiam quimioterapia, 24% radioterapia, 21% ambos e 11% não estavam em tratamento. Do total de pacientes, 68% recebiam outras drogas para tratamento de sintomas ou complicações: 42% antieméticos,

37% analgésicos, 20% estimulantes do apetite, 19,5% protetores gástricos, 16% vitaminas e/ou minerais, 10% corticoides, 9% psicofármacos, 6% anticonstipantes e 4% antidiarreicos.

Um estudo realizado com 294 idosos acima de 60 anos residentes em Santa Rosa (RS) encontrou que 92,2% deles tomavam até seis medicamentos por dia. As classes farmacológicas mais utilizadas foram: anti-hipertensivos (21,28%), diuréticos (11,37%), medicamentos para circulação periférica (6,53%), anti-inflamatórios não esteroides (5,68%), antianginosos (5,68%), hipnóticos e sedativos (5,32%) e antiulcerosos (5,08%). Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Filho et al. (2006) realizado com 1.598 idosos residentes em Belo Horizonte (MG). Os medicamentos mais consumidos agem sobre o sistema cardiovascular: diuréticos (14,7%), inibidores do sistema renina angiotensina (12,6%), betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio (14,5% somados) e cardioterápicos (5,2%). Seguem-se a eles os antiagregantes plaquetários (6,7%), medicamentos utilizados na diabetes (6,2%), psicoanalépticos e psicolépticos (8,1% somados) e anti-inflamatórios/antirreumáticos (2,8%).

Sabe-se que o tipo de protocolo quimioterápico também pode influenciar na maior ou menor presença de efeitos colaterais. Algumas drogas utilizadas nesse tipo de tratamento ou em conjunto, como os corticosteroides e a terapia hormonal, promovem retenção hídrica, diminuição de massa magra e aumento de gordura corporal. Os corticosteroides podem ser utilizados como parte integrante do tratamento quimioterápico, visando minimizar náuseas, vômitos, mialgias e reações alérgicas.

Devido ao efeito gastrointestinal tóxico de alguns quimioterápicos, os pacientes podem desenvolver sensação aversiva alimentar aprendida, quando alimentos específicos são associados a sintomas desagradáveis, como náusea e vômito, e a estímulos psicológicos, como ansiedade. Esses efeitos podem ocorrer nos novos itens alimentares incluídos na dieta ou naqueles que faziam parte da dieta habitual do paciente antes do início do tratamento. Esses vícios alimentares ocasionam uma tendência a uma dieta pobre em proteínas e com baixo teor de ferro, fazendo com que o doente reduza seu consumo alimentar a fim de diminuir reações indesejadas relacionadas ao ato de se alimentar.

Da mesma forma, o tratamento quimioterápico mielotóxico interfere na produção de eritrócitos, podendo causar uma anemia secundária ao tratamento, que gera um estímulo para eritropoiese. Esse conjunto de fatores leva à ferropenia, que é a deficiência nutricional específica mais frequentemente observada em pacientes sob quimioterapia.

Os pacientes idosos que realizam radioterapia correspondem a um grupo muito heterogêneo e de risco para sua realização, já que a morbimortalidade aumenta com as insuficiên-

cias funcionais de órgãos irradiados. Contudo, os pacientes considerados aptos para sua realização devem receber tratamentos como aqueles dos mais jovens, já que não se observou aumento da toxicidade induzida pela radioterapia, tanto precoce quanto tardia.

Langius et al. (2010) observaram que, ao iniciar a radioterapia, dos 238 pacientes em estágio inicial de câncer de laringe apenas 3% apresentavam perda de mais de 5% do peso habitual e, potencialmente, nenhum apresentava mucosite, xerostomia ou disfagia. Na oitava semana de radioterapia, 44% dos pacientes apresentaram perda de peso maior que 5%, como consequência de terem desenvolvido mu-

cosite, xerostomia e disfagia, graus 2 e 3.

Pacientes em radioterapia em regiões de cabeça e pescoço apresentam como efeito colateral a alteração do paladar, o que é agravado no idoso, visto já ser uma alteração fisiológica desse grupo, incluindo perda do sabor umami. Entre os cinco sabores, o sabor umami apresentou forte correlação com apetite e saciedade com a refeição, mostrando que o glutamato monossódico é muito importante para ingestão alimentar e qualidade de vida.

O risco nutricional também pode ser observado sob o ponto de vista da terapia antineoplásica escolhida (Quadro 2).

**Quadro 2** Grau de risco nutricional segundo a terapia antineoplásica utilizada

Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Derivados da vinca	Altas doses de cisplatina ( $>80 \text{ mg/m}^2$ , a cada 3 semanas)	Transplante de medula óssea
Metotrexato em doses baixas	Antraciclinas: 5-FU em infusão contínua, irinotecano, docetaxel	Tratamento radioquimioterápico concomitante em câncer de cabeça e pescoço ou esôfago
5-FU em bolus		
Tegafur	Ifosfamida, clicofosfamida, dacarbacina, fluoropirimidinas orais (UFT, capecitabina), carboplatina, paclitaxel, mitoxantrone, etc.	
Melfalano		
Clorambucil		

Fonte: Gómez-Candela et al., 2003

## Terapia nutricional

Em pacientes com câncer existe uma grande dificuldade para manter e/ou melhorar o estado nutricional. A desnutrição calórica e proteica grave é ainda exacerbada pelo aumento do gasto energético e pela redução da ingestão alimentar e pode impactar na capacidade funcional do doente, com o aumento de complicações, taxa de infecção, diminuição da tolerância ao tratamento e da qualidade de vida. Nesses casos, é fundamental que se inicie a terapia nutricional, para evitar o prejuízo progressivo e suas consequências. Essa dificuldade pode ser ainda maior quando se fala em paciente idoso com câncer, dadas as conhecidas dificuldades pertinentes à idade e as debilidades funcionais.

O resultado da terapia nutricional é função da localização do tumor, do tratamento oncológico recebido (se curativo ou paliativo), do estado nutricional e da intervenção nutricional precoce. Mesmo na presença de um algoritmo para indicação da terapia adequada, em pacientes ambulatoriais com idade de

$63 \pm 13$  anos (mínimo 24 e máximo 95) acompanhados por um ano em Madri, mais da metade deles manteve o peso estável, 1/6 ganhou peso e 1/4 perdeu. A maior prevalência (21%) era de pacientes com câncer de mama e 34,5% da população apresentava metástase. Mais da metade da população do estudo (52%) usou um complemento específico para caquexia, 15% usaram complemento hiperproteico e 13,5% hipercalórico (1,5 kcal/mL). Metade da população, quando indicada, utilizou dieta enteral polimérica hiperproteica. Uma grande parcela (42%) apresentava falta de apetite e 40% náuseas. Quanto maior a gravidade da desnutrição, maior o número de sintomas.

De qualquer forma, a utilização de um protocolo nutricional específico para oncologia deve ser desenhado também para pacientes idosos, dadas as suas peculiaridades da idade e as condições funcionais já exploradas anteriormente. Os objetivos de um bom protocolo nutricional, visando direcionar o melhor suporte nutricional em idosos, são descritos no Quadro 3.

**Quadro 3** Descrição dos objetivos de um protocolo de terapia nutricional para idoso oncológico

1. Aspectos nutricionais	Prevenir e corrigir deficiências nutricionais através de uma alimentação adequada; utilizar aconselhamento nutricional; manejo de sintomas; modificação de consistência e textura; plano de alimentação individualizado; monitorar aceitação alimentar; envolver paciente e acompanhante.
2. Uso de terapia nutricional oral para pacientes em risco nutricional	Indicada nos casos em que o idoso não consegue atingir 75% das suas necessidades calóricas e proteicas por via oral; escolher um complemento nutricional hipercalórico e hiperproteico; considerar terapia antineoplásica e seus efeitos colaterais; considerar comorbidades, principalmente em função da idade; considerar adaptação da consistência da dieta naqueles pacientes com dificuldades de mastigação; monitorar diariamente a ingestão alimentar e do complemento alimentar.
3. Terapia nutricional enteral	Indicada nos casos em que o idoso não consegue atingir 60% das suas necessidades calóricas e proteicas por via oral; verificar indicação de uso em domicílio para garantir independência ao idoso e menores riscos devido à hospitalização.
4. Terapia nutricional parenteral	Somente indicada quando o trato gastrointestinal não estiver funcionando; verificar indicação de uso em domicílio para garantir independência ao idoso e menores riscos devido à hospitalização; verificar condições sociais e envolver equipe multiprofissional para educação do acompanhante/cuidador.

Fonte: Caro et al., 2008, MODIFICADO

Estudos em enfermarias geriátricas têm destacado que, embora o cardápio do hospital ofereça mais de 2 mil kcal por dia (o que é suficiente para atender em média às necessidades nutricionais de um idoso), existe uma taxa de desperdício diário de 42%; ou seja, a comida é ofertada ao paciente, mas não é completamente consumida por ele. Com esse desperdício, apenas 73% do consumo médio diário de energia realmente está sendo ingerido. Kandela (1999) relata que um dos motivos para isso ocorrer é a queixa de que a comida em instituições de saúde é pouco

saborosa, mal apresentada e que as refeições são frequentemente interrompidas por razões burocráticas. Outro estudo encontrou que apenas 44% dos pacientes idosos consomem todo o alimento que é fornecido, sendo que 29% consomem metade e 24% consomem apenas algumas das refeições fornecidas. Aqueles pacientes insatisfeitos com o gosto e o cheiro da comida ou a aparência de sua comida ou pacientes não cirúrgicos eram mais propensos a ser o grupo que consumiu menos da metade do alimento fornecido.

Não há dúvida de que a terapia nutricional oral melhora o estado nutricional e o consumo alimentar em indivíduos idosos, embora o desperdício ainda seja um problema. Os complementos nutricionais melhoram a qualidade de vida, bem como reduzem os sintomas de depressão. Contudo, sua eficácia é prejudicada pelo aroma, sabor, textura e repetibilidade. Comer em grupo em vez de sozinho também aumenta a ingestão oral e deve ser incentivado no ambiente hospitalar, quando possível.

Há pouca evidência dos benefícios de terapia nutricional de curto prazo para pacientes mais idosos. O uso de gastrostomia endoscópica percutânea em idosos está associada a menor sobrevida e só deve ser reservado para os casos individuais especializados. No estudo de Rimon et al. (2005), em que 2% dos pacientes estudados tinham tumores de cabeça e pescoço, o resultado global de longo prazo foi de 1/3 dos pacientes estarem vivos em um ano e apenas 20% em dois anos. Uma comparação da nutrição parenteral e enteral em pacientes submetidos à ressecção hepática não apresentou diferença significativa em parâmetros nutricionais. Embora os pacientes pós-cirurgia gastrointestinal fossem mais propensos a alcançar seu objetivo nutricional após a nutrição parenteral (97,7%) do que após a nutrição enteral precoce (79,3%), as taxas globais de complicações foram semelhantes e não houve diferença na incidência de complicações infecciosas e não infecciosas, tempo de internação e mortalidade. Portanto, a nutrição enteral precoce, custando apenas 25% da nutrição parenteral em pacientes submetidos à cirurgia gástrica, deve ser recomendada.

Alguns pacientes, mesmo finalizando o tratamento, continuam dependentes da terapia nutricional devido a condições especiais do estado nutricional e até mesmo a condições sociais, principalmente aqueles pacientes que vivem sozinhos. Esse fator não deve ser deixado de lado também para indicação, supervisão e suspensão da terapia nutricional implantada.

### Recomendações nutricionais

Os indivíduos com neoplasia maligna são acometidos por alterações no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas e, conseqüentemente, no metabolismo energético. São essas alterações que promoverão o catabolismo proteico,

contribuindo para prejuízos no sistema imune, no trato gastrointestinal e no estado nutricional.

Segundo estudos, o gasto energético de repouso (GER) é elevado em pacientes com câncer de pulmão e de pâncreas. O aumento do GER é relacionado ao aumento da termogênese no músculo esquelético, devido a um aumento da expressão de desacoplamento da proteína e aumento da intensidade do ciclo de Cori, considerado um “ciclo fútil”. O fato é que, no paciente oncológico, não ocorre a adaptação fisiológica que ocorre em um indivíduo saudável em relação à redução da produção de energia quando a ingestão energética se torna insuficiente. A depleção proteica e o catabolismo muscular são alterações comumente encontradas em 50% a 70% dos pacientes oncológicos, sendo que a depleção do tecido muscular é uma das consequências do pior prognóstico desses pacientes.

O que se deve considerar como recomendação é o cálculo simplificado de 30 a 35 kcal/kg/dia e quantidade proteica mínima de 1g/kg/dia (que pode ser aumentada em função do grau de estresse para 1,2 a 1,5g/kg/dia) para pacientes ambulatoriais.

Orientações específicas para controles de sintomas que dificultam a alimentação são efetivas em desfechos clínicos e na qualidade de vida.

### Cuidados paliativos

Cerca de 50% dos casos de câncer e 2/3 dos óbitos em pacientes oncológicos ocorrem em indivíduos com 65 anos ou mais. É essencial que seja priorizado o tratamento qualitativo do câncer para pacientes idosos.

O termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa manto, capote. A essência dos cuidados paliativos é voltada ao alívio dos sintomas, da dor e do sofrimento em pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas ou em fase final de vida, uma vez que não se beneficiam mais da medicina curativa.

Os pacientes em cuidados paliativos podem sofrer uma série de alterações relacionadas à alimentação: disgeusia, anorexia, náuseas, vômitos, odinofagia, disfagia, estomatite, mucosite, diarreia, xerostomia, estenose, além de problemas psicológicos como depressão e ansiedade, que geram inapetência. Dessa forma, são comuns o desinteresse pelos alimentos e a recusa daqueles de maior preferência, o que pode interferir ainda mais no estado nutricional.

As recomendações nutricionais em pacientes em cuidados paliativos variam de indivíduo para indivíduo. Dessa forma, devem ser consideradas as condições clínicas do paciente.

É recomendado fracionar a dieta em seis a sete refeições, com flexibilidade de horários, segundo o desejo de se alimentar do idoso. As consistências mais toleradas são a semilíquida e a líquida. A quantidade deve ser adaptada, sem forçar aumento da ingestão, para não causar sentimento de fracasso.

Quanto mais próximo da morte, menos se deve investir em dietas hipercalóricas e hiperproteicas. Em momentos de agonia, a dieta deve se limitar apenas à pequena ingestão de líquidos e cuidados com a boca.

A recomendação da hidratação em cuidados paliativos é um tema controverso. Devido às modificações próprias do envelhecimento e à evolução da doença, os idosos com câncer em cuidados paliativos tendem a reduzir a ingestão de líquidos quanto mais próximos da fase terminal. Esses fatores podem levar à desidratação. Segundo Carvalho & Taquemori (2008), indivíduos em fase terminal da doença necessitam, para a adequada hidratação, de quantidades muito menores de água que indivíduos saudáveis. A oferta de líquidos é individualizada. Para tanto, é necessário avaliar o estado de hidratação do idoso por meio de sinais como mucosas secas, perda de turgor e elasticidade da pele, oligúria, febre, constipação e exames laboratoriais.

Pensando na indicação de cuidados e assistência nutricional, Gómez-Candela et al. (2003) desenvolveram um algoritmo que facilita a indicação e a supervisão da terapia nutricional em paciente com doença avançada (Quadro 4).

### Conclusão

A população idosa, pelo processo de envelhecimento, redução das atividades e alteração da alimentação, apresenta modificação dos compartimentos corporais, com a redução da massa magra.

No câncer, o processo de comprometimento das reservas musculares é intensificado por diversos mecanismos fisiológicos inerentes à doença, em indivíduos jovens e principalmente nos idosos.

A perda de peso observada em um paciente com câncer difere muito daquela observada em uma desnutrição não motivada por agentes inflamatórios e tumorais. Esse processo diferenciado, associado à inflamação e a distúrbios hormonais, leva ao desenvolvimento da caquexia do câncer, caracterizada pela perda involuntária de peso, perda da massa muscular e estado inflamatório.

Assim, torna-se imprescindível o uso de ferramentas de triagem nutricional que possibilitem uma identificação precoce da desnutrição, seguidas de ferramentas de avaliação nutricional, de caquexia e, baseado em tais resultados, a implementação da terapia nutricional e seu constante acompanhamento.

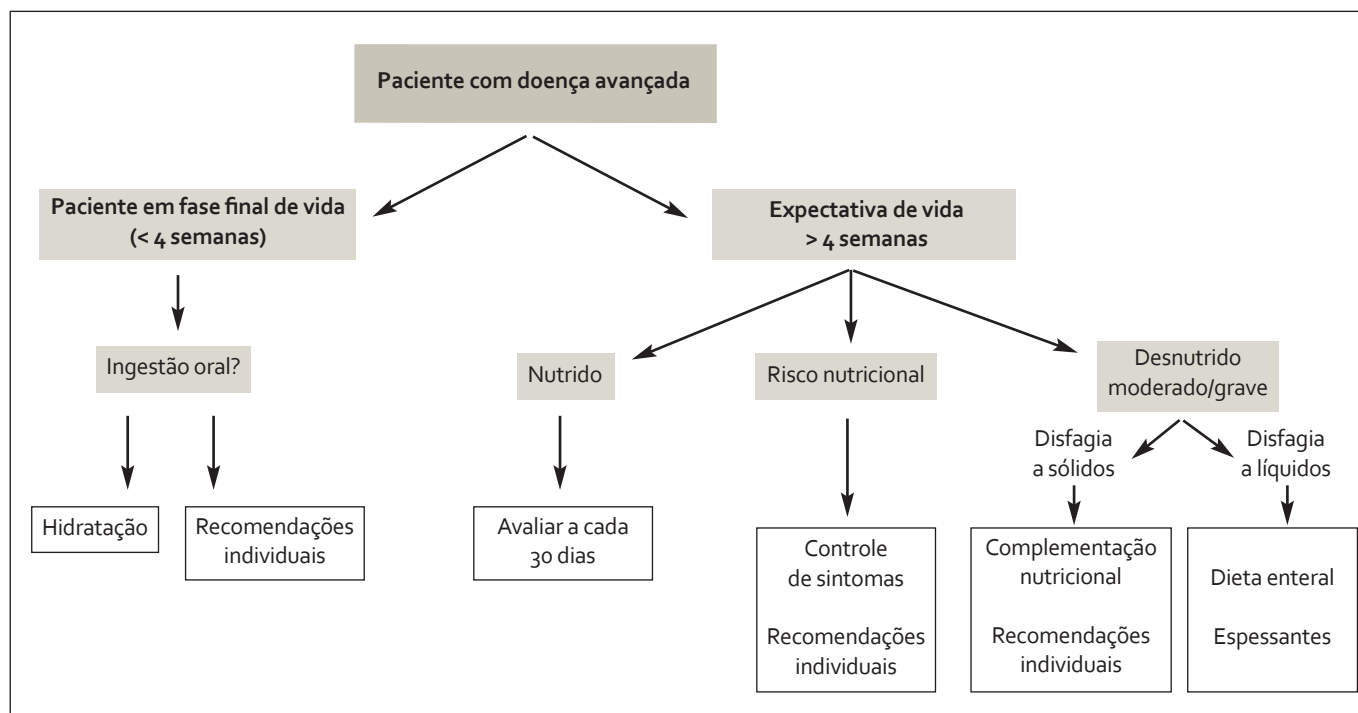
Não é consenso sobre qual método de avaliação do estado nutricional no idoso deve ser utilizado. Estudos comparativos entre MAN, MNA-SF, ASG e ASG-PPP não permitiram uma conclusão assertiva, tanto pelas diferenças metodológicas empregadas como pelos métodos estatísticos utilizados nos estudos. Dessa forma, cada serviço deve escolher o método que mais se enquadra à sua realidade e sempre utilizar mais de uma ferra-

menta para que, em conjunto, elas possam definir um diagnóstico nutricional mais preciso.

A terapia nutricional de escolha irá depender da função da localização do tumor, do tratamento oncológico recebido, do estado nutricional e de quanto precoce foi a intervenção nutri-

cional. Poderá ser utilizada terapia oral, enteral e até mesmo parenteral. É recomendada a utilização de protocolos nutricionais específicos para oncologia, que devem ser desenhados para pacientes idosos, dadas as peculiaridades da idade e as condições funcionais.

**Quadro 4** Algoritmo para indicação de terapia nutricional em câncer avançado



Fonte: Gómez-Candela et al., 2003 – traduzido

**Suporte nutricional enteral**

Priorizar antes da intervenção:

1. Desejo do paciente e família
2. Controle dos sintomas que facilitem a intervenção
3. Acompanhamento a cada 15 dias, exceto paciente nutrido a cada 30 dias
4. Suporte psicológico e social

**Referências bibliográficas**

1. Aapro M, Extermann M, Repetto L. Evaluation of the elderly with cancer. *Ann Oncol* 2000; 11: 223–229
2. Acuña K, Cruz T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2004 jun; 48(3):345-61.
3. Augusto ALP. *Terapia Nutricional*. São Paulo: Atheneu, 1995.
4. Aparacio T, Girard L, Boairioua N et al. A mini geriatric assessment helps treatment decision in elderly patients with digestive cancer. A pilot study. *Rev. Critical reviews in oncology/hematology*. 2011; v.77; p.63-69.
5. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, Fearon K, Muscaritoli M, Selga G y cols. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: nonsurgical oncology. *Clin Nutr* 2006; 25(2):245-59.
6. Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2002;56:779–85.
7. Baker H. Nutrition in the elderly: nutritional aspects of chronic diseases. *Geriatrics* 2007;62:21-5.
8. Barbosa-Silva MCG, Barros AJD. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 2 - Revisão de suas adaptações e utilizações nas diversas especialidades clínicas. *Arq Gastroenterol*. 2002;39(4):248-52.
9. Barton AD, Beigg CL, Macdonald IA, Allison SP. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. *Clin Nutr* 2000;19(6):445-449.
10. Biolo G, Grimble G, Preiser J-C, Leverve X, Jolliet P, Planas M et al. Position paper of the ESICM Working Group on Nutrition and Metabolism. Metabolic basis of nutrition in intensive care unit patients: ten critical questions. *Intensive Care Med*. 2002;28(11):1512-20.
11. Bosaeus I, Daneryd P, Svanberg E, Lundholm K. Dietary intake and resting energy expenditure in relation to weight loss in unselected cancer patients. *Int J Cancer* 2001;93(3):380-3.
12. Braga M, Gianotti L, Gentilini O, et al. Early postoperative enteral nutrition improves gut oxygenation and reduces costs compared with total parenteral nutrition. *Crit Care Med* 2001;29(2):242-248.
13. Campos MAG, Pedrosa ERP, Lamounier JA, Colosimo EA, Abrantes MM. Estado nutricional e fatores associados em idosos. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(4):214-21.
14. Capras S et al. Cancer: Impact of nutrition intervention outcome - nutrition issues for patients. *Nutrition*, 2001, v. 17, p. 769-772.
15. Caro MMM, Candela CG, Rabaneda C et al. Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológicos, según el protocolo del grupo español de Nutrición y Cáncer *Nutr Hosp*. 2008;23(5):458-468.
16. Carvalho RT, Taquemor IL. Nutrição e hidratação. In: *Cremsp. Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p. 221-57.
17. Castro PR, Frank AA. Mini avaliação nutricional na determinação do estado de saúde dos idosos com ou sem doença de Alzheimer: aspectos positivos e negativos. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2009;14(1):45-64.
18. Chen MJ, Nadin W. Peculiaridades da radioterapia em idosos. *Radiol Bras* 2010;4(35):324-9.
19. Consenso Brasileiro de Caquexia e Anorexia em Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*. 2011;3(3):1-23

20. Danilow MZ, Moreira ACS, Villela CG, Barra BB, Novaes MRCC, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Com Ciências Saúde*. 2007;18(1):9-16.
21. Davies E, Higginson IJ. 2004. Better Palliative Care for Older People. WHO Europe, Geneva. Rao, A.V., Demark-Wahnefried W. 2006. The older cancer survivor. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 60, 131–143.
22. Delgado GL. Tratar ou não tratar os idosos portadores de câncer? *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, v. 10, n. 3, p. 25–27, 2008.
23. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1987;11(1):8-13.
24. Duarte ACG. Avaliação Nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu; 2007.
25. Eisenchlas JH. Tratamiento del síndrome de caquexia anorexia em câncer. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2006;36:218-226.
26. Evans WJ, Morley JE, Argilés J, Bales C, Baracos V, Guttridge D et al. Cachexia: a new definition. *Clinical Nutrition.* 2008;27:793-9.
27. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Basaues I, Bruera E, Fainsinger RL et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol.* 2011;12:489-95.
28. Filho ALL, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(12):2657-2667, dez, 2006.
29. Flores VB, Benvenuti LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(6):1439-1446, jun, 2008.
30. Fonseca DA, Garcia RRM, Stracieri APM. Perfil nutricional de pacientes portadoras de neoplasias segundo diferentes indicadores. *Revista digital de nutrição.* 2009;3(5):444-61.
31. Fortes RC, Novaes MRCC. Efeitos da suplementação dietética com cogumelos Agaricales e outros fungos medicinais na terapia contra o câncer. *Rev Bras Cancerologia.* 2006;52(4):363-71.
32. Fox KM, Brooks JM, Gandra SR, Markus R, Chiou C-F. Estimation of cachexia among cancer patients based on four definitions. *Journal of Oncology.* 2009:1-7.
33. Frankmann CB. Terapia e clínica nutricional na doença neoplásica. In: Mahan LK, Escott-Stump S. *Krause alimentos, nutrição e dietoterapia.* 11th ed. São Paulo: Roca; 2005. p. 838-58.
34. Gariballa S, Forster S. Effects of dietary supplements on depressive symptoms in older patients: a randomised doubleblind placebo-controlled trial. *Clin Nutr* 2007;26(5):545-551.
35. Gómez-Candela G, Luengo LM, Cos AI, Martínez-Roque V, Iglesias C, Zamora, P et al. Valoración global subjetiva en el paciente neoplásico. *Nut Hosp.* 2003;18(6):353-7.
36. Guedes A.B; Gama C.R; Tiussi A.C.R. Avaliação nutricional subjetiva no idoso: Avaliação Subjetiva Global (ASG) versus Mini Avaliação Nutricional (MAN). *Rev. Ciências & Saúde*; v.9, p.377-384, 2008.
37. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996; 54(1Pt 2):S59-S65.
38. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol* 1994;4(suppl 2):15-59.
39. Inui A. Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome: Current Issues in Research and Management. *CA. Cancer J Clin.* 2002;52:72-91.
40. Hurria A, Gupta S, Zauderer M. Developing a cancer-specific geriatric assessment-a feasibility study. *Cancer* 2005; 104(9): 1998–2005.
41. Jager-Wittenaar H et al. Critical weight loss in head and neck cancer – prevalence and risk factors at diagnosis: an explorative study. *Support Care Cancer.* 2007, v. 15, n. 9, p. 1045-1050.
42. Kandela P. Jabs and jibes e bon appetit. *Lancet* 1999;353:1026.
43. Kiyamoto, D. Head and neck cancer patients treated with chemo-radiotherapy require individualized oncology nutrition. *J Am Diet Assoc.* 2007, v. 107, n. 3, p. 412-415.
44. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415-21.
45. Laviano A, Inui A, Marks DL, Meguid MM, Pichard C, Fanelli FR et al. Neural control of the anorexia-cachexia syndrome. *AJP-Endocrinol. Metab.* 2008;295(5):1000-8.
46. Langius JAE et al. Radiotherapy on the neck nodes predicts severe weight loss in patients with early stage laryngeal cancer. *Radiother Oncol.* 2010, v. 97, n. 1, p. 80-85.
47. Malzyner A, Caponero R. Consequências nutricionais do tratamento quimioterápico. In: Waitzberg DL, *Dieta, Nutrição e Câncer.* São Paulo: Atheneu, 2004. p.399-406.
48. McAlpine SJ, Harper J, McMurdo ME, Bolton-Smith C, Hetherington MM. Nutritional supplementation in older adults: pleasantness, preference and selection of sip-feeds. *Br J Health Psychol* 2003;8(1):57-66.
49. Ministério da Saúde. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
50. Muscaritoli M, Anker SD, Argilés J, Aversa Z, Bauer JM, Biolo G et al. Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: Joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) "cachexia-anorexia in chronic wasting diseases" and "nutrition in geriatrics". *Clinical Nutrition.* 2010:1–6.
51. Najas MS, Nebuloni C C Avaliação Nutricional In: Ramos LR, Toniolo Neto J. *Geriatrics e Gerontologia.* Barueri: Manole; 2005. 1ª ed. p 299.
52. Nunes EA, Navarro F, Bacurau RFP, Pontes Junior FL, Fernandes LC. Mecanismos potenciais pelos quais o treinamento de força pode afetar a caquexia em pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício.* 2007;1(1):1-17.
53. Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and intervention pathways in oncology. *Nutrition.* 1996;12(1):15-9.
54. Paula HAA, Oliveira FCE, São José JFB, Gomide CL, Alfenas RCG. Avaliação do estado nutricional de pacientes geriátricos. *Rev Bras Nutr Clin.* 2007;22(4):280-5.
55. Paz RC, Fortes RC, Toscano BAF. Processo de envelhecimento e câncer: métodos subjetivos de avaliação do estado nutricional em idosos oncológicos. *Com. Ciências Saúde.* 2011; 22(2):143-156.
56. Peres GB, Valim GS, Silva VL, El-Kik RM. Comparação entre métodos de avaliação subjetiva global em oncologia. *Revista Ciência & Saúde.* 2009;2(1):37-42.
57. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, ano 29 v. 29 n. 4 out./dez. 2005.
58. Pruvost MA. Hidratación. In: Bruera E, Lima L, editores. *Cuidados paliativos - guias para el manejo clínico.* 2a ed. OPS; 2004. p.67-70. Disponível em: <http://www.ops-oms.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=7131>.
59. Raffoul W, Far MS, Cayeux MC, Berger MM. Nutritional status and food intake in nine patients with chronic low-limb ulcers and pressure ulcers: importance of oral supplements. *Nutrition* 2006;22(1):82-88.
60. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Nutritional deterioration in cancer: the role of disease and diet. *Clinical Oncology.* 2003;15:443–50.
61. Rimon E, Kagansky N, Levy S. Percutaneous endoscopic gastrostomy; evidence of different prognosis in various patient subgroups. *Age Ageing* 2005;34(4):353-357.
62. Rocha OM, Batista AAP, Maestá N, Burini RC, Laurindo IMM. Sarcopenia da caquexia reumatoide: conceituação, mecanismos, consequências clínicas e tratamentos possíveis. *Rev Bras Reumatol.* 2009;49(3):288-301.
63. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: Developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 June; 56(6):366-72.
64. Ruiz-López MD, Artacho R, Oliva P, Moreno-Torres R, Balañas J, Teresa C et al. Nutritional risk in instituíto-nalized older women determined by the mini nutritional assessment test: what are the main factors? *Nutrition.* 2003;19(9):167-71.
65. Sahin B, Demir C, Aycicek H, Cihangiroglu N. Evaluation of factors affecting the food consumption levels of inpatients in a Turkish armed forces training hospital. *Food Qual Pref* 2007; 18:555-559.
66. SECPAL. Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. Guia de cuidados paliativos. Espanha: SECPAL; 2009. Disponível em: <http://www.secpal.com/guiaacp/index.php>.
67. Shi HB et al. Irradiation impairment of umami taste in patients with head and neck cancer. *Auris Nasus Larynx*, 2004, v. 31, p. 401–406.
68. Shirabe K, Matsumata T, Shimada M, et al. A comparison of parenteral hyperalimentation and early enteral feeding regarding systemic immunity after major hepatic resection e the results of a randomized prospective study. *Hepatogastroenterology* 1997;44(13):205-209.
69. Silva MPN. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Rev Bras Cancerologia.* 2006;52(1):59-77.
70. Silva DA, Santos EA, Oliveira JR, Mendes FS. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde.* 2009; 33(3):358-64.
71. Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de enfermagem médico cirúrgica.* 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
72. Sorbye LW. Cancer in home care: Unintended weight loss and ethical challenges. A cross-sectional study of older people at 11 sites in Europe. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 53 (2011) 64–69.
73. Sperotto, EM, Spinelli, R.B. Avaliação nutricional em idosos independentes de uma instituição de longa permanência no município de Erechim-RS. *PERSPECTIVA, Erechim.* v.34, n.125, p. 105-116, 2010.
74. Stephens NA. Using transcriptomics to identify and validate novel biomarkers of human skeletal muscle cancer cachexia. *Genome Medicine.*2010;2(1):1-12.
75. Strohle A, Zanker K, Hahn A. Nutrition in oncology: the case of micronutrients (Review). *Oncology Reports.* 2010;24:815-28.
76. Tartari RF, Busnelo FM, Nunes CHA. Perfil Nutricional de Pacientes em Tratamento Quimioterápico em um Ambulatório Especializado em Quimioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2010; 56(1): 43-50.
77. Thun MJ, DeLancey JO, Center MM, Jemal A, Ward EM. The global burden of cancer: priorities for prevention. *Carcinogenesis.* 2010;31(1):100-10.
78. Tisdale MJ. Mecanismos de câncer e caquexia. *Physiol Rev.* 2009;89(2):381-410.
79. Toscano BAF, Coelho MS, Abreu HB, Logrado MHG, Fortes RC. Câncer: implicações nutricionais. *Com Ciências Saúde.* 2008;19(2):171-80.
80. Ulsenheimer A, Silva ACP, Fortuna FV. Perfil nutricional de pacientes com câncer segundo diferentes indicadores de avaliação. *Rev Bras Nutr Clin.* 2007; 22(4): 292-297.
81. Van Bokhorst-de Van der Schueren MA. Nutritional support strategies for malnourished cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*2005; 9(Supl. 2):S74-83.
82. Velghe A, Noens L, Demuyck R, Buyser De S, Petrovic M. Evaluation of the nutritional status in older patients with aggressive haematological malignancies using the MNA-SF. *Rev. European Geriatric Medicine.* Vol 5. P. 258-260, 2014.
83. Verde SMM. Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas consequências na qualidade de vida [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
84. Waitzberg DL, Caiiffa WT, Correia MITD. Hospital Malnutrition: The Brazilian National Survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition.* 2001; 17(7/8): 573-580.
85. Wedding U, Honecker F, Bokemeyer C, Pientka L, Höffken K. Tolerance to chemotherapy in elderly patients with cancer. *Cancer Control.* 2007; 14(1):44-56.
86. World Cancer Research Fund; American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington: WHO Expert Committee on Physical Status. The use and interpretation of anthropometry physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a Who Expert Committee Switzerland: WHO, 1995.
88. Zachariah B, Balducci L, Venkattaramanabaji GV, Casey L, Greenberg HM, DelRegato JA. Radiotherapy for cancer patients aged 80 and older: a study of effectiveness and side effects. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1997; 39(5):1125-9.



# XVII Jornada de Inverno da SBGG-RS



29 a 30  
Maio . 2015

Porto Alegre . RS

Tema: Desafios do Atendimento Multidisciplinar ao Idoso



Aproveite o prazo de inscrição com desconto até 14/05!

## PROGRAMAÇÃO | TÓPICOS PRINCIPAIS

Cuidados Paliativos

Doenças Osteometabólicas e Reumatológicas

Abordagem Multidimensional do Idoso

Neuropsicogeriatría

Fragilidade/Sarcopenia

Cardiogeriatría

Reabilitação e Prevenção de Quedas

Aspectos Psicossociais do Envelhecimento

Segurança Farmacológica

Atendimento Interdisciplinar ao Idoso

Nutrição

Inscrições e informações: [www.ccmew.com/sbggrs2015](http://www.ccmew.com/sbggrs2015)

Realização:



RIO GRANDE DO SUL

Gerenciamento:



## EXERCÍCIOS E DIVERSÃO



Muitos shoppings em São Paulo têm feito parcerias com academias e patrocinadores para oferecer atividades físicas gratuitas para idosos em suas dependências.

O Shopping Pátio Higienópolis, na zona oeste, promove o projeto “Uma Vida Melhor”, cujo objetivo é estimular o público idoso a buscar mais qualidade de vida. As aulas, que acontecem duas vezes por semana antes da abertura das lojas, são gratuitas e conduzidas por profissionais da academia Bioritmo. Os exercícios incluem alongamento, caminhada e pilates, sempre respeitando o limite dos atletas, que muitas vezes sofrem de limitações devido a doenças. Além da segurança, as aulas no shopping também garantem que ninguém tome chuva ou enfrente pisos irregulares.

As inscrições podem ser realizadas com o concierge no piso Higienópolis. Embora não haja mais vagas atualmente, os interessados podem deixar seus dados. Caso haja desistência, a organização do projeto entrará em contato.

Fonte: Folha de S. Paulo

## VELHICE EM RETRATOS



Em São Paulo, dois projetos vêm utilizando a fotografia como ferramenta para levantar questões e promover discussões sobre o envelhecer e seus desdobramentos.

O @MeusVelhos, idealizado e produzido pelo publicitário Bruno Varandas, reúne registros de idosos e pequenos textos na rede social Instagram. Fascinado pela poesia das feições das pessoas mais velhas, para Varandas o projeto foi uma forma de conhecer a história de cada um.

Na mesma linha, o SP Idosos tem o objetivo de discutir preconceitos em relação à velhice, postando fotos e pequenas biografias usando a plataforma no Facebook. Lançado pela psicóloga Raquel Ribeiro, o projeto foi inspirado na página SP Invisível, que por sua vez se inspirou no People of New York.

Para conferir as imagens, acesse: [instagram.com/meusvelhos](https://www.instagram.com/meusvelhos) e [www.facebook.com/spidosos](https://www.facebook.com/spidosos).

## GARÇONS DAS ANTIGAS



O bar espanhol Entrepanez Diaz procura valorizar os idosos contratando apenas garçons com mais de 50 anos. Não se trata apenas de uma estratégia de marketing, já que o bar tem um estilo antigo, mas também uma

forma de combater a discriminação por idade que muitas pessoas encontram no mercado de trabalho.

Segundo dados de uma pesquisa nos EUA, cerca de dois terços dos trabalhadores já presenciaram ou passaram por discriminação no trabalho devido à idade. Mais da metade diz que essa discriminação começa aos 50 anos. Segundo Kim Diaz, proprietário do bar, “procurei por garçons com mais de 50 anos não apenas porque sabia que eles fariam um trabalho fantástico, mas também porque a sociedade tem injustamente empurrado essas pessoas para fora do mercado de trabalho”.

## ENTENDENDO MELHOR O ENVELHECIMENTO



O Hospital Santa Catarina, em São Paulo, promoverá ao longo do ano palestras que abordam o tema terceira idade. O ciclo, que vai de fevereiro a novembro, tem o objetivo de dar orientações sobre o envelhecimento, tanto para quem convive com idosos quanto para quem quer envelhecer com qualidade de vida.

As palestras são gratuitas e abertas a pessoas de qualquer faixa etária. Médicos da equipe multidisciplinar da área de geriatria e gerontologia do hospital coordenam as discussões. Entre os temas abordados estão alimentação saudável, incontinência urinária, demência, saúde bucal e sexualidade. Para fazer a inscrição, ligue para (11) 3016-2466/4269 ou escreva para [centrodeestudos@hsc.com.br](mailto:centrodeestudos@hsc.com.br).

## MÚSICA PARA QUEM FICA



Trilhas sonoras personalizadas vêm ganhando espaço em velórios e funerais. As músicas tocadas tradicionalmente nessas ocasiões estão dando lugar a escolhas novas e individuais de músicas, numa tendência de se repensar os funerais como uma celebração da vida da pessoa, inclusive sua lista de músicas.

Uma recente pesquisa realizada no Reino Unido baseada em mais de 30 mil funerais mostrou que as músicas mais populares nas listas de velórios são hinos de esportes, temas de filmes, rock e pop. Entre os últimos sucessos mais reproduzidos estão: *Always Look On the Bright Side of Life* (do filme *Life of Brian*, de Monty Python), *Don't Stop Me Now* (Queen), *Shine on You Crazy Diamond* (Pink Floyd), além de canções de Tina Turner, Abba e Led Zeppelin.

Amy Cunningham, diretora de uma casa funerária em Nova York, acredita que a escolha das músicas corretas pode ajudar as pessoas a se inspirar. Como entusiasta da música personalizada em velórios, ela sugere algumas em seu blog Lasting Post.

## CONECTANDO GERAÇÕES



A inspiração surgiu da iniciativa da escola de inglês CNA, que colocou alunos de inglês no Brasil e idosos residentes em instituições de longa permanência

nos EUA em contato via Skype.

O engenheiro Mórris Litvak viu na ação uma forma de resolver dois problemas comuns: idosos esquecidos ou abandonados pelas famílias, seja em casas de repouso ou até mesmo morando sozinhos; e pessoas que gostariam de ser voluntárias mas não têm tempo nem conhecem um lugar em que possam fazer isso. Foi assim que nasceu o projeto Conectando Gerações.

O próximo passo é criar uma base de voluntários e encontrar instituições que tenham estrutura de computador e acesso à internet. O programa é aberto a todos os interessados, que passam por uma entrevista antes de entrar em contato com o idoso.

Para participar: [www.conectandogeracoes.com.br](http://www.conectandogeracoes.com.br).

## RADAR :: lançamentos e notícias do mercado de saúde

## TECNOLOGIA MELHORA PERCEPÇÃO DE FALA À DISTÂNCIA E EM MEIO A RUÍDOS



A **Phonak** acaba de lançar uma nova tecnologia de microfones sem fio, chamada Roger, que permite transmissão totalmente digital e adaptativa do sinal de fala. Trata-se de um sistema de comunicação sem fio com-

posto por um microfone (transmissor) e um receptor. O microfone, que parece uma caneta ou um clipe, é posicionado próximo às pessoas que o usuário deseja ouvir e o sinal é encaminhado, sem fio, direto para os aparelhos auditivos. A tecnologia proporciona uma melhor compreensão da fala.

Os novos microfones são discretos e disponíveis para adolescentes e adultos no modelo de caneta (Roger Pen) ou clipe (Roger Clip On Mic). Para crianças, a empresa oferece o Roger Inspiro, que têm características específicas para uso na escola.

Estudos comparativos entre Roger e outras tecnologias de transmissão sem fio mostraram que o primeiro oferece uma melhora de até 54% na compreensão da fala em comparação com o sistema de FM tradicional e de 35% em comparação com o sistema de FM dinâmico.

Para saber mais, acesse: [www.audiumbrasil.com.br](http://www.audiumbrasil.com.br).

## APOSTANDO NO MERCADO MEXICANO



De olho no mercado internacional, o laboratório **Cristália** estabeleceu uma parceria com

a empresa **Probiomed** para vender o Helleva, medicamento para o tratamento de disfunção erétil com produção 100% brasileira, no México. O país é o segundo maior mercado farmacêutico da América Latina. Por causa da colaboração, haverá ainda extensão ao mercado colombiano, que possui acordo bilateral com o México.

Os planos iniciais são de exportar cerca de 800 mil comprimidos em 2015. Segundo Ogari Pacheco, presidente do Cristália, “em um futuro próximo passaremos a exportar somente insumos e matéria-prima para o Helleva ser fabricado no México pela empresa parceira”. Atualmente, o setor farmacêutico no Brasil importa 90% dos insumos para produção de medicamentos. Já o Cristália produz cerca de 50% dos insumos farmacêuticos ativos (IFAs) de que necessita e exporta o excedente. O laboratório já atua internacionalmente em países da Ásia, África, Oriente Médio e América Latina.

## EM NOVA APRESENTAÇÃO



A partir de abril, chegam às farmácias de todo o Brasil quatro novas apresentações de Puran® T4 (levotiroxina sódica), droga usada para o tratamento do hipotireoidismo do laboratório **Sanofi**. Com dosagens de 12,5 mcg, 37,5 mcg, 62,5 mcg e 300 mcg, a linha passa a oferecer mais opções para auxiliar médicos na administração de doses de acordo com o perfil de cada paciente em tratamento contra a doença.

“Com esse lançamento, a linha Puran® T4, que já contava com dez apresentações, ganha uma gama ainda mais completa de produtos para atender às diferentes necessidades de médicos e pacientes”, diz Renato Gonçalves, gerente de produto da Sanofi.

## PRIMEIRO DISPOSITIVO PARA TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA MITRAL



A **Abbott** anuncia a chegada ao Brasil da terapia à base de cateter MitraClip®, que oferece aos médicos uma opção inovadora de tratamento capaz de reduzir significativamente os sintomas, a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida de pessoas que apresentam regurgitação mitral (RM). O dispositivo MitraClip® foi aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o tratamento da insuficiência mitral.

O dispositivo repara a válvula mitral sem a necessidade de um procedimento cirúrgico invasivo. Ele é inserido no coração através da veia femoral e, uma vez implantado, permite que o coração bombeie sangue de maneira mais eficiente, aliviando os sintomas e melhorando a qualidade de vida do paciente.

A regurgitação mitral (RM) afeta uma em cada dez pessoas com 75 anos ou mais. Ela pode ser uma doença debilitante, progressiva e de risco à vida, na qual uma válvula mitral com extravasamento causa um fluxo contrário de sangue no coração. A condição pode aumentar o risco de batimentos cardíacos irregulares, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca. A cirurgia de válvula mitral cardíaca aberta é o tratamento padrão, mas diversas pessoas apresentam um risco muito alto para o procedimento invasivo e as medicações são limitadas em reduzir os sintomas, mas não são capazes de interromper a progressão da doença.

## SABOR CHOCOLATE



Para acompanhar as necessidades da geração 50+, a **Nestlé Health Science** lançou Nutren Senior pronto para beber no sabor chocolate.

O Nutren Senior contém ACT-3, uma combinação única de proteína, vitamina D e cálcio, essenciais para manter o bom estado nutricional e a saúde muscular e óssea dessa faixa etária, além de 26 vitaminas e minerais e mix de fibras.

## LANÇAMENTO MAIS VENDIDO



A vitamina D **ADDERA D3**, da **Mantecorp Farmasa**, foi o lançamento mais vendido da indústria

farmacêutica nos últimos 12 meses segundo o IMS Health, empresa de auditoria dedicada ao mercado de saúde. Em 2014, as vendas totalizaram quase R\$ 42 milhões.

A Mantecorp Farmasa foi pioneira no lançamento da vitamina D isolada, com ADDERA D3 gotas em 2010. Mantendo esse pioneirismo, traz para o mercado brasileiro com exclusividade a apresentação em comprimidos, criando um novo conceito no tratamento da hipovitaminose D, com 1.000 UI e 7.000 UI (doses diárias e semanais) e 50.000 UI (doses de ataque), exclusiva no mercado brasileiro.

## PROGRAMA-SE :: cursos, congressos e simpósios

abr/mai

➡ **World Congress on Brain, Behavior and Emotions 2015**  
29 de abril a 2 de maio • FIERGS, Porto Alegre, RS •  
[www.braincongress2015.com](http://www.braincongress2015.com)

➡ **14<sup>th</sup> World Congress of the European Association for Palliative Care**  
8 a 10 de maio • Copenhagen, Dinamarca •  
[www.eapc-2015.org](http://www.eapc-2015.org)

➡ **Life@50+ National Event – AARP**  
14 a 16 de maio • Miami, FL, EUA •  
[www.aarp.org](http://www.aarp.org)

➡ **The American Geriatrics Society 2015 Annual Scientific Meeting**  
14 a 17 de maio • National Harbor, MD, EUA •  
[www.americangeriatrics.org](http://www.americangeriatrics.org)

➡ **XVII Jornada de Inverno da SBGG-RS**  
29 e 30 de maio • Hotel Deville • Porto Alegre, RS •  
[www.ccmew.com/sbggrs2015](http://www.ccmew.com/sbggrs2015)

➡ **7ª Jornada Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia (JIGG)**  
30 de maio • Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa • São Paulo, SP

jun/jul/ago

➡ **VI Congresso de Nutrição Integrada GANEPÃO 2015 II Congresso Brasileiro de Probióticos, Prebióticos e Simbióticos**  
16 a 20 de junho • Centro de Convenções Rebouças • São Paulo, SP  
[www.ganepao.com.br](http://www.ganepao.com.br)

➡ **IX Congresso Sul Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**  
2 a 4 de julho • Joinville, SC  
[sbogg.org.br/ix-congresso-sul-brasileiro-de-geriatria-e-gerontologia](http://sbogg.org.br/ix-congresso-sul-brasileiro-de-geriatria-e-gerontologia)

➡ **VIII Congresso Norte e Nordeste de Geriatria e Gerontologia**  
30 de julho a 1 de agosto • Centro de Convenções Ruth Cardoso • Maceió, AL • [www.gerontomaceio.com.br](http://www.gerontomaceio.com.br)

➡ **GERO 2015**  
7 e 8 de agosto • Centro de Convenções Rebouças • São Paulo, SP  
[clc@clceventos.com.br](mailto:clc@clceventos.com.br)

➡ **VIII Congresso de Geriatria e Gerontologia de Minas Gerais**  
27 a 30 de agosto • Centro de Artes e Convenções da UFOP • Ouro Preto, MG •  
[www.congressogeriatria.com.br](http://www.congressogeriatria.com.br)

set/out/nov

➡ **VIII Congresso de Geriatria e Gerontologia do Rio de Janeiro (GeriatRio 2015)**  
3 a 6 de setembro • Centro de Convenções Hotel Royal Tulip • Rio de Janeiro, RJ •  
[www.geriatrio2015.com.br](http://www.geriatrio2015.com.br)

➡ **VI Congresso Brasileiro de Neuropsiquiatria Geriátrica**  
17 a 19 de setembro • Centro de Convenções Rebouças • São Paulo, SP  
[www.abnpg2015.com.br](http://www.abnpg2015.com.br)

➡ **8º Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia**  
1 a 3 de outubro • Cuiabá, MT  
[www.coger2015.com.br](http://www.coger2015.com.br)

➡ **II Congresso Brasileiro de Nutrição e Envelhecimento**  
8 a 10 de outubro • Centro de Eventos do Hotel Plaza São Rafael • Porto Alegre, RS •  
[www.cbne2015.com.br](http://www.cbne2015.com.br)

➡ **9º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia**  
19 a 21 de novembro • Centro de Convenções Frei Caneca • São Paulo, SP •  
[www.gerp2015.com.br](http://www.gerp2015.com.br)



## Doutor(a), Mande o seu recado para a indústria farmacêutica



Acompanhe **Farma-Certo** na internet. Em breve teremos ainda mais novidades para otimizar o seu dia a dia.



Doutor(a),

**Entendemos que o seu tempo é precioso.**

Há 8 anos, **Farma-Certo** vem contatando o seu local de atendimento para cuidar da qualidade do seu relacionamento com os diversos agentes do mundo da saúde humana.

Hoje estamos convidando você e toda a classe médica a dividir conosco num portal ético e seguro, mais dados do seu perfil profissional para melhorar o seu relacionamento com a indústria farmacêutica, instituições hospitalares e de ensino, pagadores e demais agentes do seu mundo profissional, na medida em que você doutor(a) estabelecer:

**[www.doutorfarmacerto.com.br](http://www.doutorfarmacerto.com.br)**

Isso ajuda a otimizar **o seu tempo** porque otimiza o fluxo de informações realmente pertinentes para sua atualização e seu desenvolvimento profissional. Você se relaciona melhor e **ganha mais tempo**.



Incontinência urinária é mais comum do que você imagina.  
São milhões de brasileiros com essa condição.



Bigfral é líder de vendas no Brasil. Uma linha completa de fraldas, absorventes e complementos adultos, desenvolvida com alta tecnologia, performance, segurança e qualidade comprovada.  
[www.bigfral.com.br](http://www.bigfral.com.br)

**BIGFRAL**