



EM MOVIMENTO
 IDEIAS E RECURSOS PARA
 O PACIENTE E O CUIDADOR

ONCOLOGIA
 EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA
 IDOSOS COM CÂNCER



RADAR
 LANÇAMENTOS E NOTÍCIAS
 DO MERCADO DE SAÚDE



ano II • edição 10
 abril/maio 2014

Aptare

GERIATRIA E
 GERONTOLOGIA PARA
 ESPECIALIDADES CLÍNICAS

do latim, tornar apto

NEUROLOGIA

Demência avançada –
 conceitos, definições
 e instrumentos de avaliação

COLÓQUIO

Brasil x Canadá: a pesquisadora
 Louise Plouffe compara o
 envelhecimento nos dois países

DOR EM IDOSOS

Com diagnóstico correto e tratamento
 adequado, é possível restituir
 qualidade de vida ao seu paciente

Distribuição exclusiva
 para a classe médica



NUTREN® SENIOR

VIDA ATIVA EM QUALQUER IDADE



- Fortalece o **músculo** e a **saúde óssea**^{1,2,3}
- Restaura a **força** e a **energia**^{1,2,3}
- Auxilia no **bom estado nutricional**^{1,2,3}
- Contribui na melhora da **imunidade**^{1,2,3}

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, Kickingner A, Wagner KH, Elmadafa 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.



Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



6 Colóquio

A pesquisadora **Louise Plouffe** faz um comparativo entre o envelhecimento no Brasil e no Canadá

12 FYI

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



16 Capa

Dor em pacientes idosos: entenda as principais causas e conheça os tratamentos disponíveis

22 Cardiologia

Quando indicar teste ergométrico, cintilografia miocárdica, eco de stress e cinecoronariografia na pesquisa da doença coronariana **Izo Helber, Eduardo D. Papa e Manuel Pereira Marques Gomes Jr.**

28 Neurologia

Demência avançada – conceitos, definições e instrumentos de avaliação **Lilian Schafirovits Morillo**

34 Oncologia

Exercícios físicos para idosos com câncer
Janise Lana Leite e Rodrigo Bornhausen Demarch



40 Cuidados paliativos

Delirium em idosos em cuidados paliativos
Filipe Tavares Gusman e Daniel Lima Azevedo

44 Em movimento

Ideias e recursos para o paciente e o cuidador

46 Radar

Lançamentos e notícias do mercado de saúde



50 Programe-se

Anote na agenda: simpósios, congressos e workshops

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

GERIATRIA

Editor clínico:

João Toniolo Neto

Conselho editorial:

Claudia Burlá

Clineu de Mello Almada Filho

Cybelle Maria Costa Diniz

Eduardo Ferriolli

Elisa Franco de Assis Costa

Elizabeth Viana de Freitas

Emilio Hideyuki Moriguchi

Eurico T. De Carvalho Filho

Fânia Cristina dos Santos

João Carlos Barbosa Machado

João Senger

Julio César Moriguti

Matheus Papaléo Netto

Maurício de Miranda Ventura

Maysa Seabra Cendoroglo

Milton Luiz Gorzoni

Naira H. Salles de Lima Hojaij

Nereida Kilza da Costa Lima

Omar Jaluul

Paulo Renato Canineu

Renato Maia Guimarães

Renato Moraes Alves Fabbri

Renato Peixoto Veras

Roberto Dischinger Miranda

Sami Liberman

Vitor Last Pintarelli

Wilson Jacob Filho

Yukio Moriguchi

Colaboradores:

Alexandre Leopold Busse

Amanda Aranha

André Kayano

André Pernambuco

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.

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

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
CONSELHO E
COMITÊ EDITORIAL PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Editorial

Lilian Liang

Projeto gráfico e direção de arte

Luciana Cury

Revisão

Patrícia Villas Bôas Cueva

Comercial

Debora Alves

Pré-impressão e impressão

Ipsis Gráfica

e Editora Ltda

Tiragem

12.500 exemplares

ISSN 2316-1434

Jornalista responsável

Lilian Liang (MTb 26.817)

Contatos

EDITORIAL:

Lilian Liang

lilian@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

(11) 9-8585-8356

COMERCIAL:

Debora Alves

debora@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição: Daniel Lima Azevedo, Eduardo D.

Papa, Filipe Tavares Gusman, Flávia Lo Bello, Izo Helber, Janise

Lana Leite, Lilian Schafirovits Morillo, Manuel Pereira Marques

Gomes Jr. e Rodrigo Bornhausen Demarch

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 João Álvares Soares, 1288

Campo Belo – 04609-003 – São Paulo – SP

Tel: (11) 2337-8763

E-mail: contato@dinamoeditora.com.br



Caminhos que se cruzam



Em fevereiro, a *Aptare* teve a oportunidade de visitar a Casa dos Velhinhos de Ondina Lobo, uma instituição filantrópica de longa permanência para idosos, em Santo Amaro, zona sul de São Paulo. Fundada em 1950, a casa abriga idosos de baixa renda que não têm para onde ir ou não têm família que possa cuidar deles.

Quem nos acompanhou durante a visita foi o médico Pedro José Barbanti, que, com 85 anos, participa ativamente do dia a dia da Casa. Conhece a equipe e os moradores pelo nome, sobe e desce escadas sem o menor sinal de cansaço. Fala com carinho e orgulho do trabalho desenvolvido pela instituição. Fez questão de nos apresentar a alguns moradores, como o senhor na cadeira de rodas que fazia peças decorativas com páginas de revistas (“Qualquer revista?”, perguntei. “Sim, mas eu prefiro a *Caras*. É mais colorida.”). Ou o senhor de chapéu que, com voz forte e afinada, cantou um pedacinho de sua adaptação de *Luar do Sertão*, de Catulo da Paixão Cearense e João Pernambuco, para homenagear Ondina Lobo, idealizadora da Casa.

Quando visitamos um dos alojamentos femininos, nos deparamos com uma senhora de cabelos brancos, cega, aproveitando o sol ainda ameno da manhã. Ao nos aproximarmos,

ela imediatamente abriu um sorriso de reconhecimento: “Dr. Pedro?”, quis confirmar. Os dois se conheciam de décadas atrás, quando Barbanti era residente na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e ela era gestante. “Vocês sabiam que o dr. Pedro foi o primeiro a dar parabéns ao meu marido quando tive meu filho?” Anos depois, seus caminhos se cruzaram de novo, na Casa dos Velhinhos.

O custo para cuidar dos quase 100 idosos que residem na instituição é de 160 mil reais mensais. São 800 comprimidos diários, 3 mil fraldas por mês, entre muitos outros itens. A Casa não recebe apoio do governo nem da iniciativa privada – seus recursos chegam hoje principalmente de pessoas físicas. Procuram levantar fundos como podem: eventos, bazares, campanhas na internet. Segundo Barbanti, com mais apoio seria possível atender mais idosos. A Casa dos Velhinhos de Ondina Lobo é um modelo de instituição que dá certo, mas que poderia beneficiar muito mais gente.

O simples fato de existirem instituições assim no Brasil já é sinal de que houve avanços significativos nessa área. O aumento de massa crítica torna impossível ignorar essa população, que em 2050 representará 30% dos brasileiros. Mas ainda há um caminho longo e sinuoso a trilhar. A sociedade precisa se preparar

para acolher esses idosos e, para isso, é imprescindível que governo, sociedade civil, iniciativa privada, familiares e os próprios idosos estejam engajados num diálogo constante. Temos que usar todas as chances que se apresentam para discutir o envelhecimento que queremos, pois essa é a única forma de chegar a um modelo sustentável no longo prazo, que beneficie essa população que, felizmente, só cresce.

O XIX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, que acontece de 29 de abril a 3 de maio, será uma oportunidade de ouro para essas discussões. O evento reunirá cerca de 4 mil profissionais de saúde em Belém do Pará, que estarão lá com um único propósito: pensar o envelhecimento no Brasil. E a *Aptare* não poderia deixar de estar presente, para trazer as novidades e as conquistas para nossos idosos. Que nossos caminhos se cruzem por lá para, juntos, desenharmos um Brasil no qual gostaríamos de envelhecer.

Boa leitura!

Lilian Liang
Editora

**Louise Plouffe**

Coordenadora de pesquisa do
International Longevity Center – Brasil

Mútuo aprendizado

Por **Lilian Liang**

Uma das coisas que a psicóloga canadense Louise Plouffe mais gosta em seu trabalho como coordenadora de pesquisa no International Longevity Center – Brasil, no Rio de Janeiro, é a liberdade intelectual e as oportunidades para criatividade.

A especialista, que está no Brasil há pouco mais de um ano e meio, trouxe em sua bagagem uma vasta experiência na área do envelhecimento ativo. Contemporânea de Alexandre Kalache, criador do modelo Cidade Amiga do Idoso na Organização Mundial de Saúde, acompanhou de perto o desenvolvimento do projeto e viu uma ideia transformar a vida de milhões de idosos no mundo todo.

Louise é hoje uma das quatro pessoas que trabalham no ILC-Brasil. O ILC é um consórcio de organizações criado nos Estados Unidos em 1990, com objetivo de ajudar sociedades a abordar a longevidade e o envelhecimento populacional de

maneira positiva e produtiva. No Brasil, o ILC iniciou suas operações em 2012, sob a batuta de Kalache.

Segundo a psicóloga, o Brasil já fez grandes progressos em políticas públicas para idosos, mas ainda tem um longo caminho a percorrer. Ao contrário do Canadá, que enriqueceu antes de envelhecer, o Brasil corre o risco de envelhecer antes de enriquecer. Por isso, são necessárias mudanças tanto estruturais quanto culturais. Mas, embora o fato de o processo ainda ser tão incipiente por aqui assustar, ele também dá espaço para testar e ousar novas ideias. “Adoraria ver uma iniciativa Favela Amiga do Idoso no Brasil, para servir de exemplo para o resto do mundo”, diz.

Confira a seguir a entrevista concedida por e-mail.

Aptare – O censo de 2011 mostrou que 15% da população canadense tem 65+ anos. Na década de 1970, esse índice era de 8%. Como o Canadá vem lidando com seu

envelhecimento? Alguns especialistas passam a sensação de que já é tarde para fazer alguma coisa. Há razão para esse alarmismo?

Louise Plouffe – Um termo para esse alarmismo é “boomerangst” [*expressão usada para descrever o medo geral dos possíveis problemas gerados à sociedade pela geração pós-guerra – os baby boomers – à medida que chegam à terceira idade*]. Recentemente, previsões macroeconômicas indicaram que os principais programas sociais do Canadá – isto é, o sistema de saúde público e o sistema de previdência – se tornarão insustentáveis nos próximos 20 anos, a não ser que o Canadá mantenha um alto nível de produtividade econômica. Segundo essas análises, os governos federais e provinciais terão que cortar os gastos dos programas ou aumentar a produtividade mantendo muita força de trabalho, ou os dois. Esses desafios em políticas públicas já

são conhecidos nos círculos que trabalham com isso há muito tempo, mas os dados econômicos sólidos e a janela de tempo relativamente precisa de resposta os tornaram mais urgentes aos olhos das pessoas que tomam as decisões no Canadá. Já não era sem tempo! A União Europeia já está lidando seriamente com essas questões e o Canadá também deveria. O que é necessário para uma revolução da longevidade são quatro pilares do envelhecimento saudável – saúde, participação, aprendizado e segurança durante a vida para garantir o bem-estar – de indivíduos e da sociedade como um todo. O Canadá ainda não tem um quadro de políticas nacionais de envelhecimento que aborde esses quatro pilares, mas tem a fundação de fortes políticas sociais sobre as quais construí-la. Nós temos um sistema de previdência dividido em

três níveis, que inclui uma aposentadoria pública independente de contribuição (OAS, na sigla em inglês); um plano de previdência público dependente de contribuição (CPP, na sigla em inglês); e incentivos fiscais para planos de previdência privada e para poupanças pessoais para a aposentadoria. Graças principalmente aos sistemas públicos de previdência, idosos (pessoas com mais de 65 anos) têm as menores taxas de pobreza do Canadá. No entanto, são necessários ajustes para mantê-los sustentáveis e fazê-los mais equitativos para as gerações mais jovens. Uma dessas mudanças tem sido aumentar as taxas de contribuição CPP de empregadores e empregados. Além disso, a idade para elegibilidade para OAS aumentou de 65 para 67 anos. Isso não fará muita diferença para os gastos de programas públicos, na verdade, mas ele manda uma mensagem aos canadenses de que eles terão que trabalhar mais até a aposentadoria. Um grande desafio agora é efetivamente manter trabalhadores mais velhos na força de trabalho e garantir que trabalhadores de todas as idades sejam produtivos. Isso significa mudar atitudes arraigadas de preconceito em relação à idade e ter funcionários que sejam “inteligentes em relação à idade”, que valorizem trabalhadores mais velhos e pro-

porcionem incentivos positivos e oportunidades para aprendizado durante a vida, de maneira a manter alta produtividade e boa satisfação com o trabalho. Outro tópico urgente é o apoio proporcionado por governos e empregadores para trabalhadores que também são cuidadores de parentes idosos frágeis. O Canadá tem algumas medidas limitadas para apoio ao cuidador no sistema de imposto de renda e no sistema de previdência, mas eles são tímidos se comparados a políticas de apoio a cuidados em outros países, como a Austrália. O Canadá tem um sistema de saúde público que proporciona cobertura total para cuidados médicos e hospitalares e cobertura parcial para outros serviços, como drogas, home care e cuidados institucionais prolongados. Esse sistema foi criado numa época em que a população era muito mais jovem. É um bom sistema para curar doenças agudas e tratar ferimentos em toda a população – de todas as idades, regiões e classes sociais –, mas é um sistema ruim para prevenção de doenças e promoção de saúde ou para cuidados crônicos prolongados. Gradualmente, por causa do aumento de custos, das mudanças demográficas e das evidências de modelos de melhores práticas em saúde, esse sistema de saúde fragmentado e incompleto está

melhorando. Há melhor acesso a saúde básica, melhor coordenação de cuidados em casa e na comunidade e mais hospitais se adequando ao público idoso. É um caminho lento, porque, apesar de sabermos para onde queremos ir, ainda não temos um mapa claro de como chegar lá. A resposta de longo prazo para controlar gastos com saúde é manter as pessoas saudáveis por mais tempo. Isso vai exigir muito mais atenção para promoção de saúde durante a vida – e para fortalecimento de determinantes sociais da saúde.

Aptare – O Brasil e o Canadá estão na mesma fase de envelhecimento populacional? Quais as principais diferenças e semelhanças entre os dois países? E quais os desafios comuns?

Louise – Tanto o Brasil quanto o Canadá estão numa fase de rápido envelhecimento demográfico de agora até o meio do século. Mas a transição é muito mais rápida e evidente no Brasil. Para efeitos de comparação, a população com 60+ no Brasil era 10% em 2010 e vai chegar a 29% em 2050. No Canadá, a população 60+ era um pouco maior que 10% em 1960 e em 2050 deve chegar em 31%. Em outras palavras, o Brasil está fazendo a transição mais de duas vezes mais rápido que o Canadá – 40 anos comparados a 90 anos. Muitos dos desafios em políticas associados com a

maior longevidade são similares nos dois países: proporcionar prevenção de doenças e promoção de saúde de maneira efetiva para adicionar vida aos anos, assim como anos à vida; acolher a participação integral de idosos na sociedade; e desenvolver uma cultura de cuidado que proporcione apoio e cuidado contínuo aos idosos frágeis e incapacitados e seus cuidadores na família. Muitas barreiras também são as mesmas: uma cultura de preconceito que perpetua estereótipos em relação ao idoso, nega seu potencial no ambiente de trabalho e minimiza suas questões em comparação a outros grupos etários; uma falta crônica de profissionais com treinamento adequado em gerontologia e geriatria; falha em reconhecer o cuidado como algo socialmente e economicamente importante. Há paralelos na fundação de políticas para promover o envelhecimento ativo em ambos os países. Os dois são países ricos em recursos e politicamente estáveis. Ambos têm programas de segurança social, sistemas públicos de saúde e políticas de prevenção de doenças e promoção de saúde. Os programas do Brasil são mais recentes, mas já têm impactos positivos no bem-estar social e de saúde de idoso. De forma geral, iniciativas de promoção de saúde são semelhantes, e o Brasil parece

estar fazendo um bom trabalho nas políticas de promoção de saúde para idosos. Há também diferenças importantes. A maior delas é a distribuição da riqueza no país. A renda per capita no Canadá em 2012 foi de US\$ 52 mil, enquanto a do Brasil foi de US\$ 11 mil. Como sociedade, o Canadá enriqueceu antes de envelhecer, enquanto o Brasil corre o risco de envelhecer antes de enriquecer. A distribuição mais equitativa da riqueza é mostrada no fato de o Canadá ter determinantes sociais de saúde mais fortes para apoiar o envelhecimento saudável durante a vida, incluindo meio ambiente, sistema de transportes, moradia, equidade educacional e econômica. O Brasil tem feito enormes progressos na redução da desigualdade de renda, mas ainda há muitos problemas para melhorar os ambientes físicos e sociais em que as pessoas vivem e trabalham, e para reduzir as desigualdades educacionais. Aumentar a renda das pessoas é ótimo, mas os ambientes físicos e sociais em que as pessoas vivem precisa ser melhorado para promoção de saúde no longo prazo. Os recursos dedicados a melhorar a qualidade do ensino público ou do cuidado em saúde que serve a maioria dos brasileiros não são suficientes. Em resumo, os desafios de uma população que envelhece são os mesmos no Brasil e no Canadá, mas o

“ A iniciativa Cidade Amiga do Idoso tem o potencial de reduzir desigualdades sociais ao melhorar o ambiente físico e social para todos. ”

Brasil tem um caminho mais longo a percorrer e menos tempo para implementar as políticas necessárias.

Aptare – A senhora bate muito na tecla do envelhecimento saudável. O segredo para envelhecer com qualidade é investir em prevenção de doenças em vez de focar no tratamento?

Louise – Eu vou continuar martelando na importância da promoção de saúde para o envelhecimento ativo! A prevenção de doenças e ferimentos e a manutenção da boa saúde são, de longe, mais eficazes e menos custosas que gerenciar as consequências de uma saúde ruim em todas as idades. Um estudo sobre o custo da doença conduzido pelo Instituto Canadense de Informação em Saúde em 2011 mostrou que a presença de condições crônicas, não a idade, determina o custo dos serviços de saúde. Um outro estudo da McMaster University calculou a economia que seria feita ao atrasar o estabelecimento de doenças relacionadas a idade. Comportamentos pessoais saudáveis são vitais na prevenção de

doenças crônicas, mas ninguém é saudável sozinho. Nossa saúde depende, em grande parte, de um ambiente físico e social favoráveis, que tornam mais fáceis as escolhas saudáveis. O lugar onde moramos tem uma influência importante na comida que está disponível para nós e também na oportunidade de exercício. Um ambiente agradável e seguro nos encoraja a sair, a nos manter ativos e a interagir com as pessoas. Casas livres de barreiras e transporte acessível facilitam a participação social e o acesso aos serviços. Ambientes com menos riscos de segurança reduzem quedas. Segurança na comunidade e oportunidade para atividades significativas proporcionam engajamento e bem-estar mental. Criar ambientes físicos e sociais acolhedores e capacitantes é essencial para promover a saúde em todas as idades e controlar os gastos com a saúde.

Aptare – Que estratégias para o bom envelhecimento podem ser consideradas bem-sucedidas no Canadá? Elas poderiam ser

reproduzidas no Brasil? E o contrário, é possível?

Louise – Nos últimos cinco anos, a maioria das províncias canadenses implementou quadros de políticas de envelhecimento cobrindo vários setores, incluindo saúde, serviços sociais, cidadania, apoio a renda e trabalho. Esse é um desenvolvimento muito positivo. Seria ainda melhor se o governo do Canadá desse seguimento a isso com uma Política Nacional de Envelhecimento coordenada e multissetorial, que seria a base para uma colaboração abrangente e sinérgica com as províncias. Nesse quesito, o Brasil está muito à frente. A Política Nacional do Idoso, criada em 1996, foi, e ainda é, um excelente modelo. O Canadá também se beneficiaria de um Estatuto do Idoso como um instrumento político para dar visibilidade aos direitos dos idosos em todos os níveis do governo e em todas as áreas. Mas concordo com Ana Amélia Camarano [*especialista em envelhecimento populacional do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA*] que o Estatuto comete o erro de igualar a velhice com pobreza e doença, e proporciona benefícios que podem não ser justos com as outras gerações. Um outro problema é que os beneficiários de algumas provisões do Estatuto – por exemplo, moradia adaptada e de preço acessível – são extremamente limitados. No entanto, a

EMS

efetividade do Estatuto em dar visibilidade ao idoso e afirmar seus direitos na sociedade brasileira são inegáveis. Os Conselhos dos Idosos são outra ótima iniciativa de política em princípio, apesar de seu potencial ainda precisar ser notado na prática.

O Canadá desenvolveu ótimos modelos baseados em evidências nas áreas de prevenção de quedas, promoção da saúde e cuidados de saúde do idoso. A Iniciativa Nacional de Cuidado do Idoso (NICE, na sigla em inglês), financiada com recursos públicos, se tornou um líder reconhecido internacionalmente na tradução de pesquisas em cuidado para ferramentas práticas e de uso fácil para profissionais de saúde e serviço social. Também tem havido algumas iniciativas excelentes e avaliadas no Brasil, e seu desenvolvimento tem sido estimulado pela Política Nacional de Saúde do Idoso. A principal diferença é que essas iniciativas são concentradas em alguns poucos estados ricos do Brasil, enquanto no Canadá elas são mais distribuídas.

O Canadá está mais à frente no desenvolvimento de uma cultura de cuidado. O país tem um sistema público e baseado na comunidade de cuidado da saúde e apoio ao idoso com problemas de saúde crônicos e incapacidades. O sistema não é tão coordenado ou abrangente quanto deveria ser para pro-

porcionar cuidado efetivo, eficiente e sem falhas. Mesmo assim, todos os idosos canadenses têm acesso a home care e cuidado institucional de longo prazo, se necessário.

Talvez a iniciativa política em envelhecimento mais bem-sucedida no Canadá seja o programa de Comunidades Amigas do Idoso. Foi Alexandre Kalache, presidente do International Longevity Center no Brasil, que teve a visão desse programa quando era diretor do departamento de Envelhecimento e Curso de Vida na Organização Mundial da Saúde (OMS). Ele viu nisso uma forma de aplicar as políticas de envelhecimento ativo da OMS em ambientes urbanos. Eu tive o privilégio de trabalhar com ele na OMS para tornar essa visão uma realidade. Como eu tinha o apoio do governo do Canadá para trabalhar na OMS, o Canadá se tornou um parceiro importante na criação da iniciativa Cidade Amiga do Idoso, tanto no Canadá quanto internacionalmente. Atualmente, mais de 850 comunidades canadenses participam dessa iniciativa, que envolve todos os níveis de governo, organizações comunitárias voluntárias e o setor privado. Mais importante: idosos estão envolvidos como parceiros iguais em todas as fases das iniciativas locais – início, avaliação, desenvolvimento de planos de ação, implementação de ações e

monitoramento de resultados. Um fator-chave no sucesso do programa Cidades Amigas do Idoso é a combinação de ações lideradas pelo governo (de cima para baixo) com a participação ativa de idosos e outros agentes comunitários (de baixo para cima).

Aptare – Como a senhora avalia a abordagem do envelhecimento no Brasil? Dois temas recorrentes são a falta de profissionais para cuidar dessa população e o aumento na idade mínima para a aposentadoria. Que áreas deveriam ser consideradas prioritárias?

Louise – Eu vejo que idosos têm uma visibilidade política considerável graças ao Estatuto do Idoso, e isso permeia inúmeros serviços – bancos, transporte público, lojas. Eu também noto que a promoção da saúde é proeminente. Casas de convivência e academias da terceira idade são certamente evidentes. O país está fazendo um bom trabalho na promoção da saúde como um todo, mas ainda falha no desenvolvimento da cultura do cuidado. Treinamento profissional é essencial, e ainda é insuficiente. Isso é verdade tanto no Canadá quanto aqui. Implementar alguns serviços de cuidado comunitário básicos como a fundação de uma cultura de cuidado é definitivamente uma prioridade. Deveria haver centros de referência geriátricos em toda cidade para orientar e apoiar as equipes de saúde básica. Os centros-dia são vitais para

manter a capacidade funcional do paciente e proporcionar algum descanso para cuidadores que são da família. Como na Argentina, o Brasil poderia proporcionar subsídios às famílias para contratar cuidadores treinados. Essa medida serve tanto para apoiar as famílias quanto para estimular empregos. A Pastoral do Idoso nacional é um ótimo exemplo do potencial de ação por voluntários de paróquias para apoiar idosos dependentes. Outros programas ativos no Canadá podem ser possíveis aqui também, como visitas e telefonemas amigáveis para idosos isolados; ou programas de “rodas para as refeições”, em que motoristas voluntários levam idosos que ficam em casa a centros de convivência para idosos para uma refeição e atividades sociais. Como você mencionou a idade para aposentadoria, eu acredito que ela deveria ser gradualmente aumentada em todos os lugares, porque as pessoas estão saudáveis por mais tempo e porque a sociedade precisa de sua participação produtiva. Estritamente como uma forma de reduzir os gastos públicos, eu certamente eliminaria a prática de permitir a aposentadoria baseada apenas no número de anos de contribuição para previdência, exceto para trabalhadores em trabalhos fisicamente difíceis, arriscados ou muito estressantes. Aumentar a idade para aposentadoria é apenas

parte da solução. É mais importante ter políticas de emprego que proporcionem treinamento e incentivos para retrainar e reter trabalhadores mais velhos, e que ofereçam arranjos de trabalho flexíveis e opções de aposentadoria gradual.

Aptare – O Brasil tem imensas desigualdades sociais. É possível desenhar políticas que sejam universais e garantam um envelhecimento saudável, independentemente da situação social? A iniciativa Cidade Amiga do Idoso é uma delas?

Louise – Você tem razão. A iniciativa Cidade Amiga do Idoso tem o potencial de reduzir desigualdades sociais ao melhorar o ambiente físico e social para todos. Além disso, envolver idosos no processo de decisão sobre características da comunidade que são relevantes é algo que confere a eles poder, especialmente àqueles que nunca o tiveram. Muitos aspectos na lista de características da Cidade Amiga do Idoso da OMS tocam na questão de barreiras econômicas em transporte, moradia, participação na vida social e cultural, educação e saúde. As vozes de idosos de baixa renda e aqueles vivendo em vizinhanças pobres precisam ser ouvidas nas consultas sobre problemas da comunidade, e as questões que eles trazem devem ser consideradas tão importantes quanto os problemas sendo enfrentados por ido-

“ Eu adoraria ver uma iniciativa Favela Amiga do Idoso no Brasil, para servir de exemplo para o resto do mundo. ”

sos de outras classes sociais. No entanto, da minha experiência com a iniciativa aqui e em outros países, incluindo o Canadá, não se presta muita atenção para abordar as desigualdades sociais através da iniciativa Cidade Amiga do Idoso. Idosos pobres são invisíveis e excluídos. Precisamos fazer esforços especiais para incluí-los e tornar suas questões uma prioridade nos planos de ação de Cidades Amigas do Idoso. Eu adoraria ver uma iniciativa Favela Amiga do Idoso no Brasil, para servir de exemplo para o resto do mundo.

Aptare – Seu interesse em envelhecimento teve início em 1977, quando trabalhava na unidade de psicogeriatría numa instituição para doentes mentais. Há algum episódio específico que tenha importância especial em sua trajetória?

Louise – Eu tinha um mestrado em psicologia, com treinamento para trabalhar com jovens adultos em avaliação vocacional. Mas, enquanto eu trabalhava no hospital psiquiátrico local, fui designada para trabalhar na unidade de psicogeriatría para substituir a psicóloga que havia se aposentado.

Naquele ponto eu tinha tido apenas três horas de aula sobre psicologia do envelhecimento e nenhuma experiência na avaliação psicológica de idosos ou em entrevistas clínicas com eles. Eu me sentia – eu estava – completamente despreparada. Mas logo descobri que eu adorava trabalhar com idosos e decidi focar meu doutorado para essa área. As pessoas que eu via estavam lidando com doenças crônicas físicas e mentais e com múltiplas perdas. As questões com cônjuges e filhos eram complexas e cheias de conflitos. No entanto, eu ficava fascinada com a diversidade e a riqueza de suas vidas e simpatizava com suas lutas, seus sentimentos. Eles tinham flashes incríveis de sabedoria e revelação. E eu ficava maravilhada em ver como as pessoas que eles realmente eram emergiam nos momentos certos. Eu aprendi a ver a pessoa sem idade por trás da aparência de velhice. Por exemplo, uma senhora com seus 60 e muitos anos tinha doença de Huntington avançada, com coreia, demência e comportamento agressivo. Ela era uma paciente “diffi-

cil”, e você tinha que ser muito cuidadoso ao passar por ela porque ela poderia chutá-lo. Um dia, uma enfermeira em licença-maternidade trouxe seu bebê recém-nascido à enfermaria para mostrar à equipe e aos pacientes. Quando a senhora “difícil” viu o bebê, seus movimentos repetitivos de perna pararam, ela ficou completamente orientada, coerente e quis segurar o bebê. Graças a Deus por aquela enfermeira maravilhosa e sensível! Ela colocou o bebê nos braços da mulher e a transformação de uma paciente desesperada, zangada e confusa para uma mulher amorosa foi completa.

Aptare – Há quanto tempo a senhora está no Brasil e como está o trabalho com o ILC-Brasil?

Louise – Eu estou no Brasil há quase 18 meses, morando e trabalhando no Rio de Janeiro. O ILC-Brasil é uma organização muito nova e eu tenho o privilégio de ajudar a construir a fundação de projetos de pesquisa e políticas, uma rede de alianças no Brasil e internacionalmente, e criar uma imagem pública para o Centro. Somos um pequeno time de quatro, incluindo o presidente, Alex Kalache, e trabalhamos muito bem juntos. Há muito trabalho, logicamente, mas também muita liberdade intelectual e oportunidades para criatividade. É muito gratificante ser parte do ILC- Brasil.



OBESIDADE E MAIOR SOBREVIVÊNCIA SEM DOENÇAS CRÔNICAS OU PROBLEMAS DE MOBILIDADE EM MULHERES IDOSAS



Um estudo publicado no periódico *JAMA Internal Medicine* de janeiro se propôs a investigar se o índice de massa corporal e a circunferência abdominal inicial afetam a sobrevivência de mulheres até 85 anos sem doenças crônicas importantes (doença coronariana, AVC, câncer, diabetes ou fratura de quadril) ou problemas de mobilidade.

A pesquisa examinou 36.611 mulheres do estudo observacional Women's Health Initiative e de programas de estudos clínicos que poderiam ter chegado aos 85 anos ou mais se tivessem sobrevivido até a última avaliação de resultados em 17 de setembro de 2012. O recrutamento foi feito em 40 centros clínicos nos EUA entre outubro de 1993 e dezembro de 1998.

Foram estabelecidas categorias mutuamente exclusivas: (1) sobreviveu sem doenças crônicas importantes ou problemas de mobilidade; (2) sobreviveu com uma ou mais doenças crônicas importantes no início mas sem nenhuma doença nova; (3) sobreviveu e desenvolveu uma ou mais doenças crônicas importantes mas sem problemas de mobilidade durante o acompanhamento do estudo; (4) sobreviveu e desenvolveu problemas de mobilidade com ou sem doença; e (5) não sobreviveu.

A idade mediana de base foi 72,4, variando de 66 a 81 anos. A distribuição de mulheres classificadas nas categorias acima mencionadas foi de 19%, 14,7%, 23,2%, 18,3% e 24,8%, nessa ordem. Comparadas a mulheres com peso adequado, aquelas com peso abaixo do normal ou obesas tinham maior probabilidade de morrer antes dos 85 anos. Mulheres com sobrepeso ou obesas tinham maior risco de doença incidental (categoria 3) e problemas de mobilidade. Os riscos de problemas de mobilidade chamaram atenção. Em relação a mulheres com peso adequado, as odds ratios ajustadas (IC 95%) para problemas de mobilidade foram de 1,6 (1,5-1,8) para mulheres com sobrepeso e 3,2 (2,9-3,6), 6,6 (5,4-8,1), e 6,7 (4,8-9,2) para obesidade classes I, II e III, respectivamente. Uma circunferência abdominal maior que 88 cm foi também associada a maior risco de morte precoce, doença incidental e problemas de mobilidade.

Os pesquisadores concluíram que a obesidade geral e a abdominal eram fatores importantes e potencialmente modificáveis associados com morte e problemas de mobilidade e doenças crônicas importantes antes dos 85 anos em mulheres idosas.

FOSFOLÍPÍDEOS PLASMÁTICOS IDENTIFICAM PREJUÍZO DE MEMÓRIA PRECOCE EM IDOSOS



A doença de Alzheimer causa uma demência progressiva que hoje afeta mais de 35 milhões de indivíduos mundialmente, número que deve chegar a 115 milhões em 2050. Não há cura ou terapias que modifiquem a doença, o que pode acontecer devido à ausência de método que possibilite detectá-

la antes que ela progrida para produzir perda de memória evidente ou declínio funcional. Biomarcadores de doença pré-clínica serão críticos para o desenvolvimento de terapias que possam mudar o curso da doença ou até mesmo preveni-la. Infelizmente, biomarcadores para doença precoce, incluindo níveis de proteína Tau no líquido cefalorraquidiano e β amiloide, ressonância magnética estrutural e funcional e o uso recente de imagem da amiloide cerebral são limitados porque são invasivos, demorados ou caros. Marcadores no sangue são uma opção mais atraente, mas nenhum deles consegue atualmente detectar a doença de Alzheimer pré-clínica com a sensibilidade e a especificidade necessárias.

Em um artigo publicado online em março no site da revista *Nature Medicine*, pesquisadores descreveram sua abordagem lipídica para detectar a doença de Alzheimer pré-clínica num grupo de idosos com cognição normal. Foram testadas amostras de sangue de idosos de 70 anos ou mais, residentes numa comunidade para idosos. Três anos depois, 53 apresentavam um suave prejuízo cognitivo amnésico ou Alzheimer suave, 18 dos quais desenvolveram o problema durante o estudo. Os resultados dos testes de sangue para esses idosos foram depois combinados com os resultados dos 53 participantes cognitivamente normais.

Por meio desses resultados, o grupo descobriu e validou um conjunto de dez lipídios de sangue periférico, que permitiu prever a fenoc conversão para um suave prejuízo cognitivo ou para doença de Alzheimer num período de 2-3 anos com 90% de precisão. Esse painel de biomarcadores, refletindo a integridade da membrana celular, pode ser sensível a uma neurodegeneração precoce da doença de Alzheimer pré-clínica.

QUALIDADE DE MORTE EM DOENTES TERMINAIS DE DEMÊNCIA EM CASAS DE REPOUSO: AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE IMPORTAM? UM ESTUDO NACIONAL POST-MORTEM



As diretivas antecipadas de vontade são consideradas um componente central para bons cuidados paliativos e especialmente relevantes para pessoas que perdem sua capacidade de decidir no final da vida, que é o caso de muitos pacientes com demência em casas de repouso. Uma pesquisa publicada na edição de março do periódico *PLOS One* investigou até que ponto as diretivas antecipadas de vontade escritas e comunicação verbal com o paciente/família sobre os cuidados futuros e a existência de ordens escritas de um médico estão relacionadas à qualidade da morte de pacientes de demência em casas de repouso.

Um estudo transversal das mortes foi feito em 2010 em Flandres, na Bélgica. As mortes de residentes com demência num período de três meses foram reportadas. Para cada uma delas, a enfermeira ou o médico mais envolvido no caso ou parente mais próximo respondia a questionários estruturados.

Foram identificadas 101 mortes de residentes com demência

3M Cavilon™ Limpador de Pele sem Enxágue



Higienização profissional: Simples, rápida e barata

Sabemos que a higienização tradicional de um paciente é uma atividade demorada, que envolve muitos recursos e pode prejudicar a integridade da pele do paciente.

Sempre focada em desenvolver produtos que simplifiquem e melhorem as práticas de cuidado com o paciente, a 3M lança um limpador de pele sem enxágue profissional com **tecnologia Cavilon**.

O **3M Cavilon Limpador de Pele sem Enxágue** é uma solução pronta para usar que remove urina, fezes e outras sujidades de forma gentil e sem irritar. Basta apenas um pano macio para remover as sujidades.

- ✓ Possui pH ácido, como a pele
- ✓ Combina agentes hidratantes e surfactantes gentis
- ✓ Sem fragrância, sem álcool e hipoalergênico

Realize uma higienização profissional e dê o 1º passo para a Prevenção de *DAI.

Água



Bacias



Fricção



Secagem



*Dermatite associada a incontinência

CRC Centro de Relacionamento com o Consumidor

HelpLine: 0800 013 6336

helplinehospitalar@mmm.com

www.3m.com.br/assistenciaaopaciente

www.facebook.com.br/3msolucoesparaenfermagem

3M

em 69 casas de repouso (58% de taxa de respostas). As diretivas antecipadas de vontade escritas estavam presentes para 17,5% e as ordens passadas por médicos para 56,7%. Com as características sociodemográficas e clínicas controladas numa análise de regressão multivariada, observou-se que as chances de uma média mais alta de bem-estar emocional (menos medo e ansiedade) segundo uma escala específica foram três vezes maiores com as diretivas antecipadas de vontade por escrito, mais especificamente, quando havia uma ordem de não ressuscitar (AOR 3.45; CI,1.1–11) do que para aqueles sem nenhum dos dois recursos (AOR 2.99; CI,1.1–8.3). Não foram encontradas associações entre comunicação verbal ou ordens de um médico na qualidade de morte.

O estudo conclui que, para pacientes com demência residentes em casas de repouso, há uma forte associação entre ter o teste vital e a qualidade de morte. Os parentes reportaram níveis mais baixos de estresse emocional no final da vida em situações em que os desejos estão expressos. Tais resultados enfatizam a necessidade de planejamento de cuidado precoce para pacientes com demência.

MEDICAÇÕES ANTI-HIPERTENSIVAS E FERIMENTOS SÉRIOS DECORRENTES DE QUEDA EM UMA AMOSTRA NACIONALMENTE REPRESENTATIVA DE IDOSOS

JAMA Journal of the American Medical Association

O efeito de ferimentos sérios, como fraturas nos quadris e ferimentos na cabeça, em mortalidade e função é comparável àquele de eventos cardiovasculares. Por isso, foram levantadas questões sobre o risco de ferimentos decorrentes de quedas em idosos fazendo uso de medicações hipertensivas. O baixo risco de ferimentos decorrentes de quedas reportados em estudos clínicos de idosos saudáveis pode não refletir o risco de adultos com múltiplas condições crônicas.

O objetivo do estudo publicado no site do periódico *JAMA Internal Medicine* em fevereiro foi determinar se o uso de medicações anti-hipertensivas foi associado à ocorrência de sérios ferimentos decorrentes de quedas numa amostra nacionalmente representativa de idosos.

Foram avaliados 4.961 idosos hipertensos com mais de 70 anos, morando em comunidades para idosos, num seguimento de três anos até 2009. Do total de participantes, 14,1% não receberam medicações anti-hipertensivas; 54,6% estavam no grupo de medicamentos anti-hipertensivos de intensidade moderada; e 31,3% estavam no grupo de medicamentos de alta intensidade. Durante o seguimento, 446 participantes (9%) tiveram sérios ferimentos decorrentes de quedas e 837 (16,9%) morreram. Os hazard ratios ajustados para sérios ferimentos decorrentes de queda foram 1,40 (IC 95%, 1,03-1,90) no grupo de medicação anti-hipertensiva de intensidade moderada e 1,28 (IC 95%, 0,91-1,80) no grupo de alta intensidade se comparados a não usuários. Apesar

de a diferença nas hazard ratios ajustadas pelos grupos não ter alcançado relevância estatística, os resultados foram similares num outro grupo: entre 503 participantes com ferimentos decorrentes de quedas prévios, as hazard ratios ajustadas foram 2,17 (IC 95%, 0,98-4,80) para o grupo de intensidade moderada e 2,31 (IC 95%, 1,01-5,29) para o grupo fazendo uso de medicamentos anti-hipertensivos de alta intensidade.

O estudo conclui que medicações anti-hipertensivas foram associadas a um risco maior de sérios ferimentos decorrentes de quedas, particularmente aqueles que já haviam passado por isso antes. O potencial prejuízo x benefícios de medicações anti-hipertensivas deve ser pesado na decisão de continuar tratamento com medicações anti-hipertensivas em idosos com condições crônicas múltiplas.

DISPARIDADES ENTRE PAÍSES RELATIVAS A DIFERENÇAS DE GÊNERO, SEGUNDO EXPECTATIVA DE VIDA COM E SEM FRAGILIDADE



Com o envelhecimento populacional, os níveis de fragilidade são uma preocupação crescente. As mulheres vivem mais do que os homens, mas ainda não se sabe como a expectativa de vida (EV) difere entre homens e mulheres com fragilidade e se as diferenças de gênero são as mesmas para todos os países europeus.

O estudo publicado no periódico *Age and Ageing* de março se propõe a comparar as diferenças de gênero na expectativa de vida em categorias fenotípicas de fragilidade e incapacidade em pessoas com 50 anos ou mais entre países europeus.

Foram avaliadas 50.351 pessoas com 50 anos ou mais do Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) – wave 4, que incluía os seguintes países: Áustria, Bélgica, República Tcheca, Dinamarca, Estônia, França, Alemanha, Hungria, Itália, Holanda, Polônia, Portugal, Eslovênia, Espanha e Suécia.

O SHARE Frailty Instrument for Primary Care e o Global Activity Limitation Indicator foram combinados para definir quatro categorias fenotípicas de fragilidade e incapacidade: robusto, pré-frágil, frágil e gravemente limitado. As expectativas de vida para cada estado por gênero e país foram calculados com o método Sullivan.

Aos 70 anos, a EV dos robustos variou de 4,1 a 10,4 anos (homens) e de 3,0 a 8,9 anos (mulheres). A EV dos pré-frágeis variou de 0,8 a 3,1 anos (homens) e de 2,2 a 5,5 anos (mulheres). A EV dos frágeis variou de 0,1 a 1,8 ano (homens) e de 0,4 a 5,5 anos (mulheres). A EV com graves limitações de atividade variou de 1,9 ano a 4,4 anos (homens) e de 2,9 a 7,5 anos (mulheres).

Esse estudo é o primeiro a comparar as diferenças em expectativa de vida em categorias de fragilidade entre países europeus. Na maioria dos países europeus, a quantidade de anos passados em robustez (livre de fragilidade ou limitação) foi significativamente menor para mulheres do que para homens, talvez devido a fatores socioeconômicos e biológicos.

Nova Química



Controlando a DOR

O envelhecimento não precisa vir acompanhado de dor. Com diagnóstico precoce de suas causas e tratamento adequado, é possível garantir qualidade de vida ao paciente idoso

Por Flávia Lo Bello

Diz a piada que, quando começamos a ficar mais velhos, entramos na “idade do condor” – com dor aqui, ali e acolá. É uma piada velha, mas que continua sendo contada por aí, fazendo rir quem nunca sentiu aquela dorzinha nos joelhos quando se abaixou para pegar as chaves que caíram e também quem se reconhece na situação. Mas será que envelhecimento é realmente sinônimo de dor?

Estudos estimam que 20% a 50% dos idosos da comunidade têm dor, número que varia de 45% a 80% em pacientes institucionalizados. Entre as principais causas de dor no idoso estão as osteoarticulares; as fraturas; as musculares, incluindo a polimialgia reumática; as mecanoposturais, como as lombalgias; as doenças vasculares periféricas; a neuropatia diabética e outras neuropatias periféricas, como a neuralgia pós-herpética; a síndrome dolorosa pós-AVE (acidente vascular encefálico); a dor do membro fantasma; e as doenças neoplásicas.

Milene Silva Ferreira, doutora em medicina pela Disciplina de Neurologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), médica fisiatra do Hospital Israelita Albert Einstein, com especialização em geriatria e gerontologia pela Unifesp, diz que a dor mais frequente na população acima de 60 anos é a musculoesquelética, sendo a osteoartrose a principal causa. “A osteoartrose é uma doença degenerativa e inflamatória das articulações, sendo as articulações mais comumente sintomáticas os joelhos, a coluna, o quadril e as mãos”, explica. “Vale ressaltar que a presença de osteoartrose ao raio X não necessariamente está associada à dor e que outras causas podem estar envolvidas, como tendinopatias, dores musculares, dores por alterações biomecânicas, fraturas e achatamento de vértebras por osteoporose, entre outras.”

A fisiatra esclarece que, na maior parte dos casos, a dor é multifatorial. Por isso, é importante que o médico esteja atento a todos os fatores, para direcionar o tratamento de maneira adequada. “E não podemos esquecer da ‘dor total’, bastante comum na população de idosos acima de 70 anos e frequentemente negligenciada”, alerta. Ela salienta que essa dor, também conhecida como “dor da alma”, está comumente relacionada a quadros de perda, depressão e abandono. “Trata-se de dor difusa, de difícil caracterização e associada à sensação de incapacidade”, afirma.

O caráter crônico das dores também é extremamente comum quando se trata do paciente idoso. Segundo Fânia Cristina Santos, chefe do Serviço de Dor e Doenças Osteoarticulares da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Unifesp e coordenadora científica do Comitê de Dor no Idoso da Sociedade Brasileira de Estudos da Dor (SBED), a dor crônica é aquela “que persiste além do período de resolução de sua condição causal ou que dura mais que três a seis meses.”

Ela explica que, diferentemente da dor aguda, na qual estímulos dolorosos ativam o sistema nociceptivo (envolvido no processo da dor), na dor crônica não apenas ocorre ativação daquele sistema, mas várias alterações no sistema nociceptivo, a saber: alterações nos terminais nervosos periféricos, alterações medulares com hiperexcitabilidade (“disparos” aos mínimos estímulos), “desativação” do sistema inibitório de dor e aumento da sensibilidade dolorosa.

As doenças relacionadas ao aparelho locomotor e as oncológicas são as principais causas de dor crônica. Outra causa de dor crônica bastante comum no idoso é a dor neuropática, sendo as mais frequentes nesse grupo as dores por compressão radicular (hérnia discal) e a neuropatia diabética.

“As dores crônicas afetam não somente o indivíduo envolvido, mas também a sua família e a sociedade, pois direciona e limita as condições e o comportamento daquele que a vivencia, aumentando a morbidade e onerando o sistema de saúde”, continua a geriatra. Segundo ela, associar o envelhecimento à dor é algo errôneo. “Quem envelhece não necessariamente tem dor. Não é normal ter dor. O que acontece, no entanto, é que as dores são muito frequentes na população idosa.” Um exemplo disso é a dor lombar, que pode ser localizada ou associada à irradiação para pregas glúteas e membros inferiores. No Brasil, cerca de 10 milhões de pessoas apresentam incapacidade associada a essa dor e pelo menos 70% da população terá algum episódio dessa condição ao longo da vida. A maior prevalência é observada nos indivíduos que se aproximam da terceira idade: entre 50 e 59 anos.

Fernanda Martins Gazoni, médica assistente do Serviço de Dor e Doenças Osteoarticulares da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Unifesp, conta que um estudo publicado em 2003, que revisou dados de 50 trabalhos realizados a respeito de dor, observou que o limiar de dor aumenta com o envelhecimento. “Contudo, outros estudos sugerem que o aumento do

limiar da dor, enfatizado por alguns autores, não é verdadeiro para todos os tipos de estímulos dolorosos”, afirma. Segundo ela, esses mesmos estudos sugerem que o limiar da dor poderia estar aumentado para estímulos somatossensoriais não nocivos, enquanto para estímulos nocivos, como pressão e temperatura, estaria reduzido.

Dor negligenciada e subtratada

Segundo a fisiatra Milene, é possível promover um envelhecimento sem dores crônicas. “A dor como um sinal de alerta é normal, mas a dor enquanto doença, não. A queixa de dor deve sempre ser valorizada e tratada, pois, além de levar à incapacidade e baixa qualidade de vida, pode gerar prejuízos atencionais, de humor, levar ao isolamento, alterações do sono e do hábito intestinal, além de favorecer quedas e suas consequências”, revela a fisiatra. Ela diz que há hoje um grande arsenal disponível para o tratamento da dor crônica, mas insiste que a prevenção ainda é o melhor caminho. Assim, hábitos saudáveis de vida, como prática de exercícios, manutenção do peso, controle das doenças crônicas como diabetes e rotina médica preventiva, incluindo uma boa avaliação funcional e biomecânica, podem prevenir quadros de dor crônica.

O neurocirurgião José Oswaldo de Oliveira Júnior, docente responsável pelo Departamento de Terapia Antálgica, Cirurgia Funcional e Cuidados Paliativos da Escola de Cancerologia da Fundação Antonio Prudente e diretor da Central da Dor e Estereotaxia do Hospital A.C. Camargo, esclarece que, embora muito comum, a dor no idoso é mal identificada e tratada de modo inadequado.

“Os idosos são, em geral, subtratados e sofrem desnecessariamente. Os profissionais de saúde não estão adequadamente treinados para o diagnóstico e o tratamento da dor”, afirma o médico. Para ele, alguns preconceitos contribuem para essas falhas, como as crenças de que a queixa de dor faz parte do envelhecimento normal, e também de que o uso de opioides causa dependência psíquica no doente idoso com maior intensidade e frequência do que em jovens (*veja box*).

Na opinião de Milene, além da relutância por parte do próprio idoso e seus familiares, que encaram a dor como inerente ao processo de envelhecimento, pode haver negligência também dos profissionais da saúde diante da subjetividade e complexidade do quadro. “A dor é um problema subjetivo, dificilmente mensurável. Não se consegue identificar a dor através de exames complementares, e isso torna a situação abstrata para alguns profissionais menos especializados na área”, aponta. Segundo Fânia, as abordagens adequadas para a dor ainda são insuficientes, por isso ela acaba muitas vezes sendo subestimada e negligenciada na população idosa. “Ainda há pouco conhecimento a respeito desse tema por profissionais



que atendem a população idosa, o que levaria a uma abordagem inadequada da dor”, declara.

Para a especialista, pesquisadores devem envidar esforços para incluir pessoas idosas nos testes clínicos de estratégias de “gerenciamento” da dor, referindo-se, inclusive, a terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas, e de medicina complementar, de tal forma que a administração clínica possa se basear em provas científicas mais rigorosas. Fernanda faz coro, enfatizando que uma atenção especial deve ser dispensada ao aprimoramento do conhecimento sobre dor dos profissionais responsáveis pelo atendimento primário. “A dor nos idosos pode ser adequadamente tratada se o plano terapêutico for adaptado às suas necessidades específicas. E isso exige mais especialização médica combinada a conhecimentos mais profundos das características clínicas e psicológicas dos idosos”, diz.

“Atualmente, sabemos que os idosos estão sob maior risco de sentir dor a partir de lesões, doenças ou uma combinação dos problemas de saúde e, sobretudo, temos a certeza de que a dor não é condição inevitável do envelhecimento”, informa Oliveira. Ele ressalta, no entanto, que o idoso muitas vezes tem preconceitos que causam prejuízos a ele mesmo. “O idoso tem medo de se viciar com medicamentos controlados, considera que se queixar de dor é demonstração de fraqueza, tem medo de sentir dor a partir da investigação diagnóstica e até do próprio tratamento a ser instituído, entre outros aspectos”, revela. Segundo Oliveira, a faixa etária mais avançada está relacionada com doenças neurológicas que comprometem a capacidade de expressão do desconforto doloroso e, consequentemente, prejudicam a avaliação adequada da dor, como acidentes vasculares cerebrais (isquêmicos e hemorrágicos), doença de Parkinson, demências etc.

Outra questão importante é o complexo manejo dessa população ante múltiplas comorbidades. Ela diz que é necessário ampliar a consciência médica em relação à avaliação funcional do idoso. “É preciso que o médico enxergue além da doença, que procure entender suas consequências funcionais, que faça uma busca ativa quanto à queixa de dor e, sempre que possível, direcione o paciente a um profissional especializado”, orienta Milene.

“A dor crônica possui inúmeras consequências para o idoso, como depressão, ansiedade, isolamento social, distúrbio do sono, dificuldades de movimentação e deambulação, aumento da necessidade de gastos com cuidados de saúde. A dor não controlada pode levar a efeitos devastadores”, aponta Fânia. Nesse sentido, ela diz que a família desempenha papel importante no “gerenciamento” da dor do idoso, sendo fundamental sua participação nas consultas e na discussão das dificuldades no processo de cura ou alívio da dor.

Equipe multiprofissional no manejo da dor

Para Oliveira, a abordagem da dor no paciente idoso deve ser minuciosa. Essa abordagem não deve ser restrita apenas aos aspectos físicos e deve incluir uma história cuidadosa a respeito do uso de medicamentos, coleta de dados psicossociais e da capacidade funcional. “A anamnese deve ser feita com o doente, seus familiares e cuidadores. Alguns doentes relutam em se queixar de dor persistente. Nas consultas, grande parte do tempo deve ser gasto em esclarecimentos, em tarefa didática dos médicos, dos enfermeiros e de demais componentes da equipe de atendimento”, enfatiza, ressaltando que o futuro da medicina de excelência contempla na área da dor o atendimento não apenas multidisciplinar, mas também multiprofissional. “Com a participação de outras profissões, houve um incremento no tratamento não farmacológico da dor em idosos”, esclarece.

O neurocirurgião afirma que intervenções como psicoterapia breve podem proporcionar suportes emocional e/ou cognitivo. “A psicoterapia de longo prazo e programas psicoeducativos também podem ser úteis no tratamento da dor, mesmo em doentes oncológicos ou portadores de doenças associadas à expectativa de tempo de sobrevivência reduzida”, explica. Na opinião de Fânia, o trabalho da equipe multiprofissional é muito importante no tratamento da dor persistente no idoso. “Vários profissionais estão envolvidos, além do médico. O fisioterapeuta, o psicólogo e o terapeuta ocupacional são profissionais que contribuem significativamente para a terapia não farmacológica”, diz.

Fânia usa como exemplo as intervenções da fisioterapia, que visam alívio da dor, melhora do desempenho físico, prevenção de desconfortos e minimização das anormalidades primárias e das repercussões físicas geradas pela dor e pelo imobilismo. Segundo ela, os recursos fisioterapêuticos incluem o uso de crioterapia, aplicação de calor, estimulação elétrica transcutânea (TENS), ultrassom, ondas curtas, radiação do laser, acupuntura, terapias manuais e técnicas de reeducação postural e funcional.

A psicoterapia (terapia cognitivo-comportamental), por sua vez, centraliza-se nos problemas que estão sendo apresentados pelo paciente no momento em que se procura a terapia. “O objetivo é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente, de forma a promover as mudanças necessárias”, ressalta Fernanda.

Já a terapia ocupacional auxilia o indivíduo a recuperar, desenvolver e construir habilidades para a sua independência funcional, sua saúde, sua segurança e sua integridade social. A especialidade orienta medidas de autocuidado, ajuda na elaboração da rotina diária, minimizando movimentos que causam dor, propõe adaptação ambiental de acordo com as limitações físicas, orienta familiares e cuidadores com a nova rotina dentro e fora do domicílio, e identifica novos interesses e habilidades possíveis de ser realizadas e que não ocasionam dor.



SISTEMA DE TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA V.A.C.®



V.A.C.® Therapy. Menos etapas, aplicação rápida.



Segundo Milene, na maioria dos casos a dor é multifatorial e, em geral, acarreta consequências funcionais e comportamentais que retroalimentam a dor. “A dor crônica é a principal causa de incapacidade nessa população, por isso deve ser abordada por uma equipe de reabilitação”, assegura. Além do médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e enfermeiro podem estar inseridos nesse processo educador físico, nutricionista, musicoterapeuta e arteterapeuta.

“Quando se trata da população idosa, o tratamento não medicamentoso ganha uma relevância ainda maior, pois a polifarmácia é um problema que deve ser evitado, devido ao maior risco de interação medicamentosa e reações adversas”, alerta a fisiatra. Nesse contexto, ela ressalta a importância da atividade física, da psicoterapia e do processo educacional, “lembrando que a atividade física não pode ser genérica e sim individualizada para cada paciente, cada doença e fase da doença. A atividade física não direcionada por profissionais especializados pode agravar o quadro doloroso e fazer o paciente desistir ou temer o exercício, dificultando o tratamento.” Para a médica, o processo educacional deve ser constante, a fim de adequar as expectativas dos pacientes. “Muitas vezes a melhora total da dor não é possível, mas sim a melhora da qualidade de vida.”

Tratamento medicamentoso

Conforme explica Fânia, o principal objetivo de um tratamento analgésico é conseguir a resolução – ou, pelo menos, redução – dos sintomas dolorosos, melhorando a funcionalidade e a qualidade de vida do paciente. O tratamento analgésico inclui medidas não farmacológicas associadas às farmacológicas. “As drogas são quase sempre iniciadas nos casos de suspeição de que a dor esteja trazendo algum tipo de desconforto – na opinião do paciente e na do médico que deu a orientação – aos

indivíduos acometidos por quadros associados à dor”, salienta a geriatra. Ela afirma que muitas vezes o processo álgico é tão incapacitante que se inicia o tratamento analgésico com medicações mais potentes e à medida que o paciente amplia sua aderência às medidas não farmacológicas.

De acordo com Fernanda, o médico se orienta através de uma abordagem global da dor, histórico clínico, escalas de avaliação da dor uni e multidimensionais e exames para julgar quais medicações e possíveis associações de medicamentos são necessárias para o alívio da dor. Entre as principais medicações, destacam-se os analgésicos simples, como paracetamol, dipirona e viminol; anti-inflamatórios hormonais e não hormonais, por tempo limitado e na ausência de contra-indicações; opioides; antidepressivos; anticonvulsivantes; relaxantes musculares; neurolépticos, menos comumente empregados; e anestésicos, como lidocaína. “O Brasil ainda é um país ‘opioidofóbico’, o que significa maiores insuficiências quanto às terapêuticas analgésicas”, relata.

Para Oliveira, o melhor tratamento da dor é o tratamento da sua causa. No caso da dor crônica, a causa muitas vezes não está mais em atividade (pós-operatória, pós-infecciosa, pós-traumática, pós-iscêmica etc.), não é identificável (dor essencial, criptogênica, primária etc.), ou ainda é intratável (inoperável, não acessível, não responsiva a quimioterapia, radioterapia, antibioticoterapia etc.). O médico conta que a Organização Mundial da Saúde divulgou em 1986 sua “escada analgésica”: uma estratégia hierárquica de farmacoterapia antálgica, baseada na intensidade da dor e na introdução ou não de opioides, inicialmente fracos e depois fortes.

“Essa polifarmácia, no entanto, é substancialmente diferente daquela temida e combatida pela geriatria”, continua o neurocirurgião. De acordo com ele, da mesma forma que as téc-

A POLÊMICA DOS OPIOIDES

Imagine o seguinte quadro: o indivíduo está em ambiente de terapia intensiva recebendo dieta parenteral hipercalórica. Ele recebe alta para a enfermaria e tem aquela dieta suspensa. Entre as possíveis reações está uma síndrome de abstinência de calorias, até que os níveis elevados de insulina e de outras substâncias induzidos pela dieta voltem aos patamares normais.

“O que ocorre com os opioides não é muito diferente. Todos que os receberem por períodos prolongados terão sua produção endógena reduzida pela detecção da presença dos exógenos”, explica o neurocirurgião José Oswaldo de Oliveira. Ele enfatiza que a retirada, a troca ou o rodízio do opioide pode ser feita de maneira confortável, sem efeitos desagradáveis, desde que planejada. “A prescrição e a suspensão do opioide devem ser feitas com habilidade, competência e, sobretudo, com compro-

misso profissional”, declara. A recíproca também vale para uma evolução favorável: “É importante que o doente não se automedique. E ele deve avisar e retornar ao médico prescritor quando deseja interromper qualquer medicação”.

Para a geriatra Fernanda Martins, medicamentos opioides podem, sim, ser utilizados no tratamento do idoso com dor crônica. “Este grupo de indivíduos, sobretudo os mais longevos, são naturalmente mais suscetíveis a surgimento de efeitos colaterais de drogas devido a alterações fisiológicas do envelhecimento. Por isso, os potenciais efeitos secundários de medicamentos opioides não os tornam mais perigosos para uso nessa população”, esclarece. Segundo ela, se bem indicados e utilizados de maneira correta, os opioides podem ser usados com segurança por pacientes idosos. “Os opioides deveriam ser mais prescritos no nosso meio, assim teríamos tratamentos mais efetivos da dor”, conclui a especialista.

nicas de anestesia balanceada, a escada analgésica utiliza os efeitos sinérgicos e aditivos da interação medicamentosa esperada em prol do bem-estar do doente. Essa escada contempla três degraus: o primeiro, quando os analgésicos não opioides (anti-inflamatórios simples) são associados aos adjuvantes (anticonvulsivantes, antidepressivos etc.); o segundo, no qual se adicionam à medicação do primeiro os opioides fracos (codeína, tramadol e propoxifeno); e o terceiro, em que opioides fracos dão lugar aos fortes.

“Na época, a recomendação de seu uso se restringia à população oncológica, mas seu sucesso levou à indicação, em 1990, aos portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida. A partir de 2000, ela passou a ser recomendada para todos os tipos de dor crônica”, comenta.

Avanços e desafios futuros

Milene revela que muitos avanços na área do tratamento da dor ocorreram na última década. Hoje, é possível dividir o tratamento em seis categorias: farmacológica, medicina física, medicina comportamental, neuromodulação, intervencionista e cirúrgica. “O maior avanço foi entendermos que todos esses recursos podem ser utilizados de forma coordenada, a fim de otimizar os resultados”, opina a fisiatra.

Para Fânia, aos poucos se tem observado uma maior



cooperação entre pacientes, cuidadores, profissionais de saúde, instituições de financiamento, elaboradores de políticas e organizações de saúde pública na abordagem da dor de idosos no mundo todo. “Isso reflete um avanço importante na algologia”, diz.

Segundo a geriatra, um número cada vez maior de drogas está sendo estudada e lançada no mercado, entre as quais medicações com diferentes apresentações e diferentes vias de administração. Ela destaca os analgésicos em patch, como opioides fortes para serem utilizados na pele; em creme, como a capsaicina, que é derivada da pimenta-malagueta; os anti-inflamatórios; e os opioides sublinguais.

“Vários desafios vêm sendo enfrentados nessa área e enfatizamos a necessidade de mais conhecimentos da algologia aplicada à população específica de idosos”, esclarece Fernanda. Ela informa que a terapia multimodal – associação de duas ou várias substâncias analgésicas com diferentes ações, sendo muitas vezes ações sinérgicas e aditivas com doses individuais menores – vem sendo recentemente bastante orientada para os idosos, proporcionando efeitos analgésicos melhores e mais duradouros, com menos efeitos adversos.

Na opinião de Oliveira, os progressos foram muitos na área da dor. “Hoje temos mais conhecimentos sobre a fisiopatologia da dor crônica, a farmacologia dos analgésicos e dos adjuvantes, os aspectos psíquicos e sociais envolvidos, e sobre a própria senectude”, salienta. Foram criadas também escalas para avaliação da dor em idosos e algumas contemplam pacientes com limitações cognitivas, visuais e auditivas.

A tecnologia também tem um papel crucial nesse contexto. “Os novos exames de imagem, como a tomografia computadorizada e depois a ressonância magnética, substituíram os antigos com inúmeras vantagens”, aponta. Ele relata ainda que os equipamentos médicos evoluíram e hoje permitem implantes seguros para estimulação elétrica do sistema nervoso central e periférico com marca-passos microprocessados alimentados por baterias de vida longa que duram até dez anos.

Também resultado da tecnologia, hoje estão disponíveis bombas de liberação de substâncias analgésicas no sistema nervoso que ofertam quantidades precisas e permitem programações individualizadas para cada caso. Outros sistemas permitem que o doente consiga gerenciar sua analgesia com uma boa dose de autonomia. “Com o envelhecimento populacional a sociedade precisa entender mais a pessoa que envelhece, incluindo suas limitações e necessidades”, opina Fânia.

Para Fernanda, é fundamental que profissionais de saúde que lidam com idosos tenham um conhecimento abrangente das condições associadas ao envelhecimento, levando a avaliações clínicas e condutas terapêuticas mais adequadas. “Isso certamente contribuirá para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos”, finaliza.



Izo Helber

Chefe do Setor de Cardiogeriatría da disciplina de cardiologia da EPM/Unifesp; doutor em cardiologia pela disciplina de cardiologia da EPM/Unifesp; médico coordenador do Setor de Diagnósticos Cardiológicos do Centro de Referência do Idoso (CRI Norte)



Eduardo D. Papa

Preceptor do Setor de Cardiogeriatría da disciplina de cardiologia da EPM/Unifesp; pós-graduando da disciplina de cardiologia da EPM/Unifesp



Manuel Pereira Marques Gomes Júnior

Cardiologista intervencionista – Instituto do Coração (INCOR) – Faculdade de Medicina USP (FMUSP); pós-graduando da disciplina de cardiologia da EPM/Unifesp

Contato gestor.medico1@crinorte.org.br

Quando indicar teste ergométrico, cintilografia miocárdica, eco de stress e cinecoronariografia na pesquisa da doença coronariana



TAKE HOME MESSAGE

- O teste ergométrico no diagnóstico da doença arterial coronária (DAC) é principalmente indicado em pacientes capazes de realizar o exame com probabilidade intermediária de angina estável e ECG normal em repouso.
- Nos pacientes com probabilidade intermediária de angina estável e ECG normal ou alterado em repouso, incapazes de se exercitar, associa-se o estresse farmacológico ao teste ergométrico, ecocardiograma ou ressonância magnética.
- Indica-se cinecoronariografia principalmente nos pacientes sintomáticos, com isquemia moderada/severa nos testes não invasivos, cujas comorbidades não possam ser fator impeditivo no tratamento invasivo.

Introdução

A pesar dos avanços terapêuticos e diagnósticos, a doença arterial coronária (DAC) continua sendo a principal causa de morbidade e mortalidade entre os idosos. Sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, sendo mais frequente nos homens que nas mulheres até a oitava década, quando se tornam equivalentes.

No paciente idoso, existem algumas peculiaridades quanto às manifestações clínicas e diagnósticas da DAC, como maior extensão e maior gravidade anatômica, menor reserva cardíaca, maior prevalência de fatores de risco associados, manifestações atípicas e comorbidades.

Portanto, os métodos complementares diagnósticos de DAC têm grande importância na caracterização e estratificação de risco dos pacientes.

Teste ergométrico (TE)

É um exame não invasivo, de fácil obtenção, sendo importante no diagnóstico e na avaliação funcional da DAC no idoso.

Devido à maior prevalência de DAC entre os idosos, o TE tem sensibilidade maior (84%) e menor especificidade (70%), quando comparado à população geral (68% e 77%, respectivamente).

Em função das limitações físicas que o idoso venha a apresentar, devem-se utilizar protocolos que promovam aumentos graduais de carga e de frequência cardíaca (FC), preferindo-se os protocolos de Rampa, Naughton e Bruce modificado. O cicloergômetro pode ser indicado em pacientes com alterações de equilíbrio e coordenação motora.

Além da análise eletrocardiográfica (ECG), deve-se levar em consideração o aparecimento de sintomas (dispneia, dor torácica, palpitações), a FC atingida, o consumo de oxigênio (VO₂ máximo) e a correlação entre sintomas e gasto metabólico (Mets), permitindo uma análise funcional do paciente portador de DAC, com implicações prognósticas importantes.

Graus de recomendação/níveis de evidência para solicitação de TE (Sociedade Brasileira de Cardiologia):

Grau de recomendação I, nível de evidência C:

- Pacientes com probabilidade intermediária de angina estável (AE) e ECG normal em repouso e capazes de realizar o exame.
- Pacientes com probabilidade pré-teste intermediária para DAC, incluindo os portadores de bloqueio completo de ramo direito ou depressão do segmento ST < 1,0 mm em repouso.

Grau de recomendação IIa, nível de evidência C:

- Avaliação seriada de pacientes com DAC em programas de reabilitação cardiovascular.
- Avaliação da terapêutica farmacológica.

Grau de recomendação IIb, nível de evidência C:

- Pacientes com baixa probabilidade pré-teste, para avaliação para atividade física.
- Pacientes com alta probabilidade pré-teste, para estratificação de risco.
- Pacientes em uso de digoxina com depressão do segmento ST < 1,0 mm no ECG de repouso.
- Pacientes com critérios eletrocardiográficos de hipertrofia ventricular esquerda e depressão do segmento ST < 1,0 mm no ECG de repouso.
- Investigação de alterações da repolarização ventricular no ECG de repouso.

Grau de recomendação III, nível de evidência C:

- Pacientes com síndrome de Wolf-Parkinson-White, em uso de marca-passo (MP), depressão do segmento ST > 1,0 mm ou bloqueio completo do ramo esquerdo.
- Pacientes incapazes de realizar o exame.

Cintilografia de perfusão miocárdica (CM)

Na população idosa, o teste ergométrico apresenta algumas limitações importantes que podem comprometer sua execução e interpretação, como alta prevalência de mulheres, bloqueio de ramo esquerdo (BRE) e MP definitivo, além da maior incidência de comorbidades ortopédicas, neurológicas e pneumopatias, que limitam a capacidade de exercício.

Quando adicionamos a cintilografia perfusional com SES-TAMIBI ao esforço, a sensibilidade aumenta para 90% e a especificidade 87% para o diagnóstico de DAC.

Na impossibilidade de realização de esforço, pode-se utilizar a adenosina ou o dipiridamol para realização do estresse farmacológico; em pacientes com bloqueio átrio-ventricular (BAV) avançado, história de broncoespasmo e hipotensão, recomenda-se o uso da dobutamina, que tem ação inotrópica e cronotrópica positivas, provocando vasodilatação coronária secundária ao aumento do consumo miocárdico de oxigênio. O estresse farmacológico apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 80% para detecção de DAC, similar à do estresse físico.

Ecocardiograma com estresse (ES)

Trata-se de método com indicações semelhante à cintilografia de perfusão miocárdica. Pode ser obtido associado ao exercício físico ou estresse farmacológico com dobutamina ou dipiridamol, sensibilizado ou não com uso de atropina. Quando detectadas, as anormalidades parietais do VE induzidas no exame estabelecem o grau e a extensão do comprometimento coronário do paciente.

A sensibilidade e a especificidade do ES estão diretamente relacionadas à probabilidade pré-teste do paciente, variando na literatura entre 88% e 83%, respectivamente, para a presença de estenose coronária superior a 50% na cinecoronariografia.

É um exame bastante seguro, com baixa incidência de complicações cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio 1/2.000 e óbito 1/10.000).

Ressonância magnética do coração (RMC)

Em geral, a RMC é indicada para avaliação de isquemia e viabilidade miocárdica, avaliação anatômica dos vasos da base e do coração, com cálculos acurados de massa, volume e fração

de ejeção ventricular, sendo importante ferramenta na avaliação e no acompanhamento de idosos com DAC e insuficiência cardíaca congestiva (ICC).

Utiliza-se um contraste paramagnético, o gadolínio, sendo o agente estressor farmacológico mais utilizado o dipiridamol. A dobutamina também pode ser utilizada como agente farmacológico, alternativamente ao dipiridamol. Através da técnica do realce tardio, pode-se avaliar a viabilidade dos segmentos miocárdicos, permitindo melhor julgamento nas decisões sobre métodos de revascularização miocárdica.

Em análise de literatura, a RMC apresenta sensibilidade e especificidade elevadas no diagnóstico de isquemia miocárdica, em torno de 83% e 86%, respectivamente.

É importante lembrar que, em pacientes com diminuição importante da função renal, portadores de MP e ou próteses metálicas em geral (clipes metálicos para aneurismas cerebrais, implantes cocleares etc.), está contraindicada a RMC.

Graus de recomendação/níveis de evidência para solicitação de ES, CM e RMC (Sociedade Brasileira de Cardiologia):

Grau de recomendação I, nível de evidência C:

- Pacientes com probabilidade intermediária pré-teste para DAC que apresentem síndrome de Wolf-Parkinson-White ou depressão do segmento ST > 1,0 mm no ECG de repouso.
- Pacientes com revascularização miocárdica prévia.
- ES, CM e RM com estresse farmacológico em pacientes com probabilidade intermediária de DAC e incapazes de se exercitar.

Grau de recomendação IIb, nível de evidência C:

- Pacientes com baixa ou alta probabilidade pré-teste para DAC que apresentem síndrome de Wolf-Parkinson-White ou depressão do segmento ST > 1,0 mm no ECG de repouso.
- Pacientes com probabilidade intermediária de DAC em uso de digoxina e depressão do segmento ST < 1,0 mm.
- Portadores de hipertrofia ventricular esquerda, com depressão do segmento ST < 1,0 mm no ECG de repouso.

Angiotomografia de artérias coronárias (Angio CT)

A tomografia computadorizada cardiovascular é um método não invasivo de investigação de DAC e utiliza a radiação ionizante como contraste. Podemos obter dois tipos de informação: o escore de cálcio, que identifica depósito de cálcio nas artérias coronárias e sua quantificação; e através da angiotomografia pode-se estudar a anatomia coronária e o lúmen dos vasos.

A análise do escore de cálcio é muito importante na estratificação de risco cardiovascular dos pacientes. Os pacientes com escore de cálcio elevado apresentam risco de evento car-

diovascular aumentado de 28% em dez anos.

A angiotomografia é realizada com a injeção de contraste iodado que permite a análise das artérias coronárias e seus principais ramos, podendo trazer informações importantes quando outros exames não invasivos forem inconclusivos ou discordantes.

Devido ao seu alto valor preditivo negativo, a angio CT de coronárias permite excluir lesões coronarianas severas. No entanto, no idoso, e, virtude do alto índice de calcificação vascular em geral, existe uma perda de acurácia do exame. Mesmo assim, por se tratar de um exame não invasivo, deve ser considerado em pacientes com limitações físicas e contraindicações para exames invasivos.

Graus de recomendação/níveis de evidência para solicitação de angiotomografia de coronária (Sociedade Brasileira de Cardiologia)

Grau de recomendação IIa, nível de evidência C:

- Exames não invasivos, com resultados discordantes.
- Pacientes idosos, com dificuldades de realizar esforço físico e comorbidades que limitam a realização de outros exames indutores de isquemia.

Grau de recomendação III, nível de evidência C:

- Pacientes com comprometimento da função renal.
- Rastreamento de idosos assintomáticos.
- Paciente não candidato à revascularização pela gravidade de suas comorbidades.

Cinecoronariografia

A cinecoronariografia permanece como o padrão-ouro para o diagnóstico da doença arterial coronária, permitindo o adequado planejamento terapêutico e fornecendo importantes informações prognósticas. A angiografia coronária possibilita a localização, a quantificação e a avaliação da extensão do acometimento aterosclerótico, bem como o diagnóstico diferencial com outras causas menos frequentes de DAC, a saber: anomalias coronárias, ponte miocárdica, arterite e vasoespasmos. A ventriculografia esquerda avalia a função sistólica global (principal determinante prognóstico), alterações na contratilidade segmentar e a presença de regurgitação valvar mitral.

A utilização de técnicas adjuntas permite avaliação funcional das estenoses coronárias (reserva de fluxo fracionada: FFR) e melhor definição anatômica (ultrassom intracoronário e tomografia de coerência óptica), auxiliando na seleção da estratégia de revascularização e otimizando o implante de endopróteses, quando indicados.

BIGFRAL

Líder de Vendas.
Excelência em Performance
e Tecnologia em todo Brasil.

- ✓ De 8 a 10h de Duração
- ✓ Flocos de Gel Superfiltrantes e Superabsorventes
- ✓ Fitas Adesivas Reposicionáveis Mais Largas
- ✓ Barreiras Antivazamento Maiores com Fixação
- ✓ Cobertura Filtrante Suave
- ✓ Indicador de Umidade/Troca
- ✓ Com Aloe Vera



Bigfral possui uma linha completa com fraldas, absorventes, toalhas umedecidas e Banho de Leito, desenvolvida com alta tecnologia, performance, segurança e qualidade comprovada. Disponível em várias versões e tamanhos (Juvenil, P, M, G e XG) para atender todos os tipos de necessidades.

www.bigfral.com.br



PRODUTO HIPERALÉRGICO

Pacientes idosos apresentam maior prevalência de doença vascular periférica (manifesta por vasculatura calcificada, de trajeto tortuoso e presença de estenoses e dilatações patológicas) bem como de disfunção renal, hipertensão arterial, distúrbios de coagulação e menor área de superfície corpórea, constituindo, por conseguinte, grupo de maior risco para complicações associadas aos procedimentos percutâneos, sobretudo as complicações vasculo-hemorrágicas e a nefropatia induzida pelo contraste (NIC). Apesar de procedimento seguro com reduzida taxa de eventos maiores, pacientes maiores de 60 anos submetidos à cinecoronariografia têm o dobro da mortalidade, independentemente das comorbidades associadas.

A utilização de introdutores menos calibrosos, sua retirada precoce e a otimização das técnicas de punção e compressão hemostática são medidas profiláticas eficazes para minimizar as complicações vasculo-hemorrágicas (mais comuns). A utilização de via de acesso radial tem demonstrado ser segura, com reduzidas taxas de conversão para acesso femoral e menores índices de complicações vasculo-hemorrágicas, quando comparada à via femoral, devendo ter o seu uso encorajado também nessa população.

De mesmo modo, o uso judicioso e racional dos agentes contrastados (menor volume e uso de agentes hipo ou isosmolares), associado à manutenção de adequado volume intravascular, é medida imperativa na prevenção da NIC. Hidratação com solução salina isotônica (1ml /Kg/h) iniciada preferencialmente 24h antes do procedimento e mantida nas 24h subsequentes tem se mostrado medida eficaz em diversos estudos. Outras medidas com uso de N-acetilcisteína, ácido ascórbico e bicarbonato de sódio demandam maiores evidências.

Graus de recomendação/níveis de evidência para solicitação da cinecoronariografia (Sociedade Brasileira de Cardiologia)

Grau de recomendação I, nível de evidência C:

a) Pacientes com angina estável (AE) possível ou estabelecida que sobreviveram a morte súbita ou apresentam taquicardia ventricular sustentada.

- b) Pacientes com testes não invasivos de alto risco para lesão de tronco de coronária esquerda ou de doença multiarterial.
- c) Paciente com AE classe III ou IV (CCS) com resposta inadequada a terapêutica medicamentosa.
- d) Pacientes com ICC e AE ou isquemia.
- e) Idosos que requerem cirurgia de valva cardíaca.
- f) Pacientes com AE ou equivalentes anginosos recorrentes dentro de 9-12 meses da intervenção coronária percutânea.

Grau de recomendação IIa, nível de evidência C:

- a) Pacientes que permanecem com diagnóstico impreciso de DAC após teste não invasivo, no qual o benefício da confirmação diagnóstica suplanta os riscos e custos do exame.
- b) Pacientes com alta probabilidade de DAC que não conseguem realizar teste não invasivo.

Grau de recomendação IIb, nível de evidência C:

- a) Pacientes com hospitalizações recorrentes por dor precordial, nos quais se julga necessário um diagnóstico definitivo.

Grau de recomendação III, nível de evidência C:

- a) Pacientes portadores de comorbidades significativas, nos quais o risco do exame suplanta seu benefício e ou baixa expectativa de vida.
- b) Pacientes que recusam revascularização.

Finalmente, deve-se considerar que as diretrizes devem ser avaliadas com muito critério nos idosos, pois eles pertencem a um grupo populacional frequentemente excluído dos grandes estudos por apresentarem dificuldades no seguimento longitudinal, justificando muitas vezes condutas individualizadas. A escolha do método não invasivo ideal no diagnóstico da doença coronariana muitas vezes é dependente de sua disponibilidade local. Ao indicarmos esses exames, devemos observar o real benefício de um tratamento intervencionista nesses pacientes, quer seja aumentando a sobrevida ou melhorando a qualidade de vida, além de avaliarmos se as comorbidades possam ser fator impeditivo no tratamento invasivo.

Referências bibliográficas

1. Wajngarten M. Chronic coronary disease. In Wajngarten M (ed) The elderly coronary patient. London : Sciece Press Ltd, 2002; 15-23.
2. Meneghelo RS, Araujo CGS, Stein R, Mastrocola LE, Albuquerque PS, Serra SM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Teste Ergométrico. Arq Bras Cardiol 2010;

V(N Supl.N): 1-26.

3. Jeger RV, Zellweger MJ, Kaiser C, Grise L. Prognostic value of stress testing in patients over 75 years of age with chronic angina – TIME Investigators. Chest 2004; 125: 1124-31.
4. Vacanti LJ, Sespedes LB, Sarpi M. O teste de esforço é útil seguro e eficaz mesmo em pacientes com 75 anos ou mais. Arq Bras Cardiol 2004; 82: 151-4.

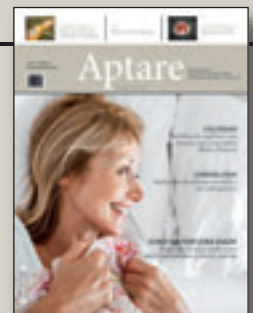
5. Fraker TD, Fihn SD. 2002 Chronic Stable Angina Writing Committee, et al. 2007 chronic angina focused update of the ACC/AHA 2002 guidelines for the management of patients with chronic stable angina. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50:2264.
6. De Winter O, Van DV, Gemmel F, Goethals I, De Sutter J. Myocardial perfusion imaging in the elderly: a review. *Nucl Med Commun*. 2006; 27:529-34.
7. Underwood SR, Anagnostopoulos C, Cerqueira M, Ell PJ, Flint EJ, Harbinson M, et al. Myocardial perfusion scintigraphy: the evidence. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2004; 31: 261-91.
8. Navare SM, Kapetanopoulos A, Heller GV. Pharmacologic radionuclide myocardial perfusion imaging. *Curr Cardiol Rep*. 2003; 5: 16-24.
9. Pellikka PA. Stress echocardiography for the diagnosis of coronary artery disease: progress towards quantification. *Curr Opin Cardiol*. 2005; 20:395-8.
10. Sicari R, Nihoyannopoulos P, Evangelista A, Kasprzak J, Lancellotti P, Poldermans D, et al. Stress Echocardiography Expert Consensus Statement-Executive Summary: European Association of Echocardiography (EAE) (a registered branch of the ESC). *Eur Heart J*. 2009; 30: 278-89.
11. Boxerman JL, et al. Advanced MR imaging techniques for evaluation of the heart and great vessels. *Radiographics*. 1998; 18(3): 543-564.
12. Barba I, de Leon G, Martin E, Cuervas A, Agreade S, Candell-Riera J, et al. Nuclear magnetic resonance-based metabolomics predicts exercise induced ischemia in patients with suspected coronary artery disease. *Magn Reson Med*. 2008; 60 (1): 27-32.
13. Nandalur KR, Dwamena BA, Choudhri AF, Nandalur MR, Carlos RC. Diagnostic performance of stress cardiac magnetic resonance imaging in the detection of coronary artery disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2007; 50: 1343-53.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Ressonância e Tomografia Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87: e60-e100.
15. Higgins CB, Roos A. MRI and CT of the cardiovascular System. Lippicott Williams & Williams 2006 second edition ; 37-52.
16. Greenland et. Al ACCF/AHA Expert consensus on coronary artery calcium scoring. *JACC* 2007; 49 3.
17. Budoff MJ, Dowe D et al, Diagnostic Performance of 64-Multidetector Row Coronary Computed Tomographic Angiography for Evaluation of Coronary Artery Stenosis in Individuals Without Known Coronary Artery Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52(21):1724-1732.
18. West R, Ellis G, Brooks N: Complications of diagnostic cardiac catheterisation: Results from a confidential inquiry into cardiac catheter complications. *Heart* 92:810, 2006.
19. Lakatta E, Levy D:Arterial and cardiac aging: Major shareholders in cardiovascular disease enterprises: Part III: Cellular and molecular clues to heart and arterial aging. *Circulation* 107:490, 2003.
20. Lakatta E, Levy D:Arterial and cardiac aging: Major shareholders in cardiovascular disease enterprises: Part I: Aging arteries: a "set up" for vascular disease. *Circulation* 107:139, 2003.
21. Jolly SS, Amlani S, Hamon M, Yusuf S, Mehta SR. Radial versus femoral access for coronary angiography or intervention and the impact on major bleeding and ischemic events: a systematic review and meta-analysis. *Am Heart J*. 2009; 158:814-21.
22. Barret BJ, Parfrey OS. Preventing nephropathy induced by contrast medium. *N Engl J Med* 2006;354:379-86.
23. Rich MW, Crecelius CA. Incidence, risk factors, and clinical course of acute renal insufficiency after catheterization in patients 70 years of age or older. A prospective study. *Arch Intern Med*.1990;150:1237-1242.
24. McCullough PA, Dandberg KR. Epidemiology of contrast-induced nephropathy. *Ver Cardiovasc Med*. 2003; 4 (suppl. 5): 1172-1181.
25. Gravina CF, Rosa RF, Franken RA, Freitas EV, Liberman A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatrics. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(3 supl.2): 1-112.

Aptare

GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Aproximando o profissional clínico da geriatria e da gerontologia

Para receber a revista gratuitamente, envie seu nome completo, CRM e endereço para contato@dinamoeditora.com.br



**Lilian Schafrovits Morillo**

Médica geriatra especialista pela SBBG/AMB/CFM; mestre em Ciências pela FMUSP; médica colaboradora do serviço de Geriatria do HC-FMUSP; médica colaboradora do CEREDIC/HC-FMUSP; médica coordenadora do Ambulatório de Comprometimento Cognitivo Avançado (ACCA) do serviço de Geriatria do HC-FMUSP.

Contato eliane.clinica@uol.com.br

Demência avançada – conceitos, definições e instrumentos de avaliação

TAKE HOME MESSAGE

- A fase avançada da demência é longa e heterogênea. Por isso, os pacientes devem ser adequadamente avaliados, com instrumentos próprios para suas capacidades residuais de cognição e função, estado clínico, comportamento e prognóstico, para que as medidas preventivas, curativas e de reabilitação possam ser correta e proporcionalmente prescritas – não deixando de ser realizadas quando ainda necessárias, e não sendo indicadas de maneira fútil e desproporcional quando o paciente já não possui prognóstico de sobrevivência que as justifique.

- Conhecer da maneira mais precisa possível fatores condicionantes de melhor desempenho clínico, cognitivo e funcional dos portadores de demência em fases avançadas é o que permite oferecer a esses doentes qualidade de vida e saúde compatíveis com as metas de qualquer tratamento médico. Portanto, estudar e pesquisar nesta área é fundamental e obrigatório.

Introdução

Estimativas indicam que mais da metade dos portadores de doença de Alzheimer (DA) está nas fases moderada e grave da doença, sendo 31% na fase moderada e 21% na fase avançada. Noventa por cento dos pacientes institucionalizados estão nessas mesmas condições.

O período médio de sobrevivência após o diagnóstico da demência da doença de Alzheimer é de seis anos em alguns estudos e dez em outros, variando de 1 a 16 anos, sendo um terço desse período vivido nas fases avançadas.

Dados norte-americanos apontam que o contingente de portadores de DA no ano 2000 era de cerca de 4,5 milhões de pessoas. São esperados em torno de 13 milhões para o ano 2050.

Dado o inevitável declínio cognitivo e funcional da demência diante dos conhecimentos atuais, clínicos, geriatras, neurologistas e psiquiatras enfrentam não somente o desafio de melhor conduzir essa longa e prevalente fase da doença, como

também de comunicar com eficiência e responsabilidade suas expectativas terapêuticas de curto, médio e longo prazo aos pacientes e/ou seus cuidadores.

O curso da DA e de outras demências progressivas pode ser visto como a perda gradual da independência e da autonomia de seu portador. A fase avançada pode ser reconhecida quando o indivíduo requer cuidado integral e assistência para realizar suas atividades básicas da vida diária, tais como banhar-se, vestir-se, fazer sua higiene pessoal e deambular. Nessa fase também são muito comuns diferentes sintomas comportamentais, que muito diminuem a qualidade de vida de pacientes e cuidadores e estão entre os principais motivos do estresse destes e da institucionalização dos pacientes.

Uma das justificativas para o menor número de estudos dirigidos para esse tema baseava-se na ausência de instrumentos capazes de detectar adequadamente o efeito das eventuais intervenções farmacológicas, uma vez que as escalas de avaliação

utilizadas para fases leves são incapazes de constatar alterações para melhor ou para pior nas fases mais avançadas e apresentam o chamado efeito “solo”.

O fato de não poder mensurar a evolução da doença ou a melhora dos sintomas fez supor aos pesquisadores a incapacidade de os doentes em fases avançadas responderem a qualquer intervenção e, durante um longo tempo, acreditou-se que de nada adiantariam quaisquer intervenções para os dementes graves.

Com a elaboração de escalas de avaliação que permitem dimensionar e acompanhar a cognição e a funcionalidade dos portadores de demência avançada foi possível, por exemplo, evidenciar os benefícios farmacológicos dos inibidores da colinesterase e dos antagonistas dos receptores N-metil-D-aspartato (memantina) nestes domínios em pacientes gravemente afetados pela demência.

Neste artigo abordaremos os tópicos referentes às evidências mais recentes concernentes a demência avançada, sua evolução, manejo e principais questões ainda por esclarecer.

Progressão da doença e sobrevida – fatores prognósticos

A progressão da demência não é um processo uniforme. Diversos são os fatores que interferem no continuum do declínio cognitivo e funcional, bem como no tempo de doença e na sobrevida dos pacientes.

Estudos mostram que a sobrevida dos homens portadores de DA é cerca de metade daquela das mulheres e que a doença por si condiciona menor sobrevida em geral.

Larson et al (2000) em estudo prospectivo com pacientes portadores de DA analisaram os fatores prognósticos e de sobrevida e encontraram que pacientes com idade superior a 85 anos, com distúrbios de marcha, que apresentavam o comportamento motor aberrante conhecido como “perambulação” e comorbidades como diabetes mellitus e insuficiência cardíaca congestiva, apresentaram taxa de sobrevivência significativamente menor. O início da doença foi estimado a partir do relato dos primeiros sintomas referidos pelos cuidadores, o que – é sabido – não se configura em início preciso, já que a doença pode começar antes de manifestos os sintomas que chamam a atenção da família, amigos e do próprio paciente.

Outros fatores preditivos de menor sobrevida foram sexo masculino, menor pontuação no MiniExame do Estado Mental (MEEM) no início da doença e maior comprometimento funcional, presença de sinais de liberação frontal e sintomas extrapiramidais, história de quedas, isquemia coronária e acidente vascular encefálico e presença de incontinência urinária.

Os resultados confirmaram ainda a relação presumida pelo bom senso entre rápido declínio cognitivo – definido como perda de cinco ou mais pontos no MEEM em um ano – e menor sobrevida.

Em revisão sistemática recentemente publicada, Meghan et al (2012) encontraram que, além dos fatores anteriormente citados, o estado nutricional medido pelo total da proteína sérica, anorexia e baixa ingestão alimentar, o acúmulo de comorbidades clínicas e estar acamado são indicadores de pior prognóstico.

Faltam estudos a respeito da qualidade do cuidado, sintomas comportamentais e estresse do cuidador, entre outros.

Conhecer os indicadores prognósticos de sobrevida desses pacientes permite não somente programar estratégias de prevenção e tratamento das condições modificáveis que a diminuem, mas também estabelecer os limites para tratamentos fúteis e instituir a abordagem paliativa quando os fatores prognósticos e o estado do paciente assim indicarem. Demência terminal e cuidados paliativos serão abordados mais adiante neste capítulo.

Instrumentos de avaliação cognitiva e funcional em demência avançada

Estabelecer a fase em que a doença se encontra não necessariamente prediz seu curso, mas pode ajudar a equipe de saúde a compreender o grupo de sintomas que devem ser esperados. Além disso, estratificar as fases da doença otimiza a qualidade das pesquisas realizadas quando usadas como critério de inclusão ou exclusão de ensaios clínicos.

Os instrumentos de avaliação permitem classificar a doença em fases, além de possibilitar o acompanhamento de sua evolução e respostas terapêuticas como anteriormente reportado.

Algumas escalas avaliam cognição, outras avaliam o estado funcional e outras ainda permitem a avaliação de gravidade global.

A avaliação ideal de demência em fase moderada e avançada compreende os aspectos cognitivo, funcional, comportamental e de estresse do cuidador.

O instrumento de avaliação cognitiva mais amplamente utilizado, tanto na prática como nos ensaios clínicos, é o MEEM. Pontuações entre 11 e 17 sugerem fase moderada da doença; pontuações iguais ou menores que 10 indicam fase avançada. Como referido anteriormente, esse teste sofre o chamado efeito “solo” para os pacientes muito graves, e novos instrumentos foram desenvolvidos com o objetivo de melhor acompanhá-los.

Em 1990 foi criada a SIB (*Severe Impairment Battery*), numa escala de 0 a 100 pontos, que provê acurada abordagem de mudanças na cognição ao longo do tempo em pacientes com MEEM abaixo de 15 pontos e apresenta desafios de baixa complexidade, adaptados à gravidade dos quadros demenciais. A escala valoriza respostas parcialmente corretas, bem como a interação não verbal, e emprega linguagem simples a fim de possibilitar a compreensão por parte dos pacientes. Pontuações abaixo de 63 indicam quadro bastante avançado. Foi o instrumento capaz de demonstrar o benefício dos antagonistas dos

receptores N-metil-D-aspartato (memantina) na cognição de doentes moderados e graves.

No Ambulatório de Comprometimento Cognitivo Avançado do HC-FMUSP, temos tido a oportunidade de utilizar esse teste e observar com maior clareza os efeitos das intervenções realizadas. Nesse serviço estamos usando, também, o MEEM grave, que se traduz em uma extensão do MEEM, com pontuação de 0 a 30 pontos, que à semelhança da SIB oferece questões mais simples, com menor grau de dificuldade, e permite continuar seguindo a evolução da doença e avaliando respostas terapêuticas.

No que se refere ao estadiamento da demência, além da avaliação cognitiva são utilizadas escalas que compreendem o desempenho funcional dos doentes, tais como GDS (*Global Deterioration Scale*) e FAST (*Functional Assessment Scale*), bem como as que fazem uma avaliação mista, tanto cognitiva quanto funcional, como o CDR (*Clinical Dementia Rating Scale, Morris*). Para avaliar a funcionalidade dos pacientes temos utilizado uma tradução da ADCS – ADL sev, escala que compreende 19 itens relacionados a tarefas instrumentais de baixa complexidade, porém de relevância na vida do binômio doente-cuidador, e que não são representadas em nenhum outro instrumento de avaliação. A Tabela 1 faz um resumo das principais características desses instrumentos de avaliação.

A incorporação desses instrumentos nos ensaios clínicos permitiu e permite quantificar o ritmo de piora ou melhora dos pacientes em fases mais avançadas de acordo com variáveis e as circunstâncias clínicas, sociais ou quaisquer outras variáveis de interesse, assim como possibilita estratificar melhor essa longa fase conhecida como demência grave, na qual são entendidos como tendo o mesmo perfil cognitivo-comportamental e funcional pacientes muito diferentes entre si.

Assim, entre os pacientes classificados como CDR 3, ou fase avançada, estão incluídos indivíduos que ainda se comunicam verbalmente e deambulam sem apoio, por exemplo, e outros que estão confinados ao leito, sem condições de sustentar a cabeça ou já em posição fetal. A escala FAST, na nossa experiência, é a que identifica com maior precisão esses pacientes.

Classificando esses indivíduos em grupos mais homogêneos, torna-se mais viável o estudo da validade das diversas intervenções na cognição, comportamento e função, assim como mais fácil a discussão da abordagem paliativa nessa fase da doença.

Desse modo, podemos assumir que os instrumentos de avaliação para fases mais avançadas da demência têm, ao menos, dois principais objetivos: classificar e agrupar de forma mais homogênea e clara os pacientes para que se

Tabela 1 Escalas de avaliação em demência

ESCALAS	DOMÍNIO AVALIADO	ESCORE	ENTREVISTADO	COMENTÁRIOS
MEEM	Cognição	0 a 30	Paciente	Efeito solo em doença grave
CDR (Clinical Dementia Rating)	Status global	0 (normal) a 3 0 a 18 (soma dos boxes)	Paciente e cuidador	Extensão proposta para 4 e 5 - Doença profunda e terminal
GDS (Global Deterioration Scale)	Status global Inclui comportamento	0 a 7 (maior gravidade)	Paciente e cuidador	Limitado uso em pacientes mais graves
FAST (Functional Assessment Staging)	Funcionalidade	0 a 6 (A até E) 7 (A até G)	Cuidador	Muito útil no estadiamento de pacientes graves
SIB (Severe Impairment Battery)	Cognição	0 a 100 pontos < 63 pontos prejuízo grave	Paciente	Muito útil na abordagem de pacientes graves
MEEM grave	Cognição	0 a 30 pontos	Paciente	Mais curta que a SIB. Igual utilidade
ADCS – ADL 19 (Alzheimer's Disease Cooperative Study-Activities Daily Living)	Funcionalidade - 19 atividades apropriadas à gravidade da demência	0 a 54 - escores mais baixos = prejuízo funcional	Cuidador	Modificada a partir da escala original para casos mais leves

Novartis

possa melhor avaliar a validade das intervenções em cada segmento específico; e permitir acompanhar a resposta de melhora ou piora na cognição, comportamento e funcionalidade desses indivíduos.

Manejo dos pacientes em fases avançadas da demência

Pacientes portadores de demência avançada devem ser monitorados de perto pela equipe de saúde. À medida que a doença avança, esses doentes se tornam cada vez mais frágeis, sua condição pode se alterar rapidamente e podem sobreviver sintomas comportamentais e psíquicos com maior frequência.

A 3ª Conferência de Consenso de Diagnóstico e Tratamento das Demências destinou uma seção para a fase avançada da doença e recomenda visitas trimestrais ao médico quando os pacientes estiverem medicados e a cada quatro meses quando não. O Consenso recomenda ainda que os pacientes sejam avaliados quanto a cognição, comportamento, funcionalidade, condição clínica e nutricional. Além disso, orientações quanto a prevenção de quedas, violência e estresse do cuidador estão enfatizadas.

Como se sabe, o cuidador é parte integrante da equipe de saúde que assiste o paciente, e as expectativas do tratamento devem ser realisticamente apresentadas e discutidas com ele. Devem ser abordados também os temas concernentes ao fim de vida e os planos feitos baseados em decisões do próprio paciente, quando existirem, e/ou de seu cuidador, em consonância com a legislação vigente e a melhor consciência profissional da equipe.

No Ambulatório de Comprometimento Cognitivo Avançado (ACCA) do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, os pacientes são avaliados a cada período entre 1 e 4 meses, dependendo de

sua condição clínica e/ou comportamental, e os instrumentos utilizados para avaliação cognitiva são o MEEM, MEEM versão para pacientes graves, SIB para os pacientes em fase mais avançada e MEEM, Teste de Memória de Figuras, Fluências Semântica e Fonêmica mais o Teste do Desenho do Relógio para os pacientes em fase moderada. Para classificação da gravidade da demência é utilizado o *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR), e para a classificação funcional a escala FAST para todos os pacientes, assim como a ADCS-ADL sev, e a escala Pfeffer para aqueles em fase moderada. Na avaliação do comportamento, utilizamos a escala Inventário Neuropsiquiátrico (Cummings) e a escala Cornell para depressão em demência.

Os pacientes são avaliados por uma equipe de fonoaudiologia quanto a comunicação e deglutição, e os cuidadores são orientados.

Nos casos em que se detecta risco ou presença de qualquer nível de violência, negligência ou dificuldade exacerbada dos cuidadores, a assistente social intervém com as medidas cabíveis.

A avaliação médica consiste, além da abordagem da demência propriamente dita, em detectar intercorrências clínicas, avaliação nutricional, presença de dor e controle das doenças de base dos pacientes, seguindo o princípio da proporcionalidade das ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas.

Muitos são os desafios em relação a prover o melhor cuidado a esses doentes e seus familiares e muitas são as dúvidas ainda não esclarecidas pela literatura médica; os esforços devem se concentrar em utilizar as melhores evidências disponíveis no momento e a elaboração de estudos bem desenhados a fim de esclarecer com evidências científicas claras as dúvidas remanescentes.

Referências bibliográficas

1. Covinsky, KE; Yaffe, K. Dementia, Prognosis, and needs of patients and caregivers. *Ann Intern Med*, 2004; 1 40: 573-574.
2. Gauthier S, Cummings J, Ballard C, et al. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2010; 22: 346-372.
3. Herrmann N, Gauthier S. Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer's disease. *CMAJ* 2008; 179: 1279-1287.
4. Larson, EB; Shadlen, MF; Wang, L; McCormick, C; Bowen, JD; Teri, L; Kukull, W. Survival after initial diagnosis of Alzheimer's Disease. *Ann Intern Med* 1 40 (7), Apr, 2004.
5. Meghan A Brown, Elizabeth L Sampson, Louise Jones and Anna M Barron *Palliat Med* published online 22 November 2012 .
6. Mitchell, SL; Kiely, DK; Jones, RN; Prigerson, H; Volicer, L; Teno, JM. Advanced Dementia Research in the Nursing Home: The CASCADE Study. *Alzheimer Dis assoc Disord*. 20(3), Jul-Sept, 2006.
7. Nittrini, R; Caramelli, P; Herrera, E; Castro, I; Bahia, VS; Anghinah, R; Caixeta, LF; Radanovic, M; Charchat-Fichman; Porto, CS; Carthery, MT; Hartmann, APJ; Huang, N; Smid, J; Lima, EP; Takahashi, DY; Takada LT. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2005; 20: 247-253.
8. Shuster, JL. Palliative Care for Advanced Dementia.
9. Teri, L; Logdon, RG; McCurry, SM. Nonpharmacologic Treatment of Behavioral Disturbance in Dementia. *Med Clin North America* 86(3) May, 2002.
10. Volicer L, McKee A, Hewitt S. Dementia. *Neurol Clin* 2001; 19: 867-885.
11. Volicer L. Management of severe Alzheimer's disease and end-of-life issues. *Clin Geriatr Med* 2001; 17: 377-391.

Eleito por quem ama, cuida e indica o que acha melhor.

“ Eu escolhi **TENA** porque lido com o assunto incontinência urinária na minha família e no meu trabalho - **TENA** tem alto poder de absorção, mantendo a pele seca e livre de dermatites além de evitar odores desagradáveis. Isso dá mais confiança, bom humor e disposição para levar uma vida normal. **Eu escolho os melhores produtos para quem eu amo e cuido.** ”

Elizete Cristina Oliveira da Silva
Enfermeira
COREN 58978



Conheça toda a nossa linha de produtos, eleita como produto do ano e a melhor para incontinência urinária.



www.tena.com.br

[tenabrasil](#)

[tenabrasil](#)

Líder Mundial
em produtos para
Incontinência Urinária



**Janise Lana Leite**

Geriatra pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG); especialista em geriatria pela Universidade de São Paulo (USP); especialista em fisiologia do exercício e treinamento resistido pelo Instituto Biodelta; médica do Programa Estímulo do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Contato janise.leite@gmail.com

**Rodrigo Bornhausen Demarch**

Médico com especialização em geriatria pelo HC-FMUSP; especialista em fisiologia do exercício e treinamento resistido pela EEC-FMUSP; coach de saúde e bem-estar pela Wellcoaches School of Coaching; gerente de qualidade de vida e saúde do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Afiliação: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP

Contato rodrigo@haoc.com.br

Exercícios físicos para idosos com câncer

TAKE HOME MESSAGE

- As evidências científicas mostram que a prática de atividades físicas: (1) reduz o risco primário de câncer de cólon, mama e endométrio; e (2) reduz a mortalidade em portadores de câncer.
- Os exercícios físicos são coadjuvantes no tratamento do câncer e na prevenção de fadiga, dor, depressão, ansiedade e náuseas, trazendo qualidade de vida. Eles também promovem reabilitação para restabelecimento de capacidade funcional e autonomia.
- Durante o tratamento, pessoas com câncer devem ser encorajadas a manter seu nível habitual de atividade física pré-diagnóstico. Os ajustes na duração e/ou na intensidade dos exercícios dependem da condição do paciente.
- Os profissionais da educação física e fisioterapeutas devem conhecer os aspectos básicos do câncer e seus tratamentos, bem como os de outras condições crônicas que acometem o idoso, para fazer a orientação adequada dos exercícios.

Introdução

A associação entre a atividade física (ou exercícios físicos) e a saúde tem sido cada vez mais estudada e, aos poucos, se começa a entender quais benefícios cada tipo de exercício pode proporcionar ao corpo humano no decorrer da vida. Hoje são mais claras também as consequências do sedentarismo, que causa redução da capacidade aeróbica, perda de flexibilidade e redução de força, massa óssea e muscular – a última podendo levar à sarcopenia, condição em

que a redução muscular leva à perda da capacidade funcional.

O objetivo deste artigo é relatar as pesquisas mais recentes sobre o papel do exercício físico em portadores de câncer, dos quais grande parte tem mais de 60 anos de idade. Desde a década de 1980 se observa que pessoas fisicamente ativas têm menor risco de ser diagnosticadas com câncer. A partir de 2005 começaram a ser divulgados os primeiros trabalhos que mostravam os benefícios da atividade física após o diagnóstico da doença.

Sabe-se que o câncer pode surgir em vários órgãos e tecidos e pode se espalhar para outros locais, formando as metástases. Como o organismo reage e se adapta à doença varia de acordo com essa localização, e tal fato deve ser considerado ao se propor exercício físico para cada pessoa. Outra questão estudada concomitantemente foi a relação do exercício com os tratamentos e seus efeitos colaterais, como cirurgia, quimioterapia e radioterapia.

Atividade física e exercício físico

Atividade física é um termo amplo usado para descrever toda atividade que produz contração muscular e, portanto, gasto energético. Desse modo, varrer a casa, dançar e carregar objetos com as mãos são exemplos de atividade física. Já o exercício físico é o movimento corporal planejado, estruturado e repetido regularmente, executado com a finalidade de aprimorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física. Esses componentes são: flexibilidade, força, destreza, velocidade, resistência, potência e condicionamento cardiorrespiratório. Os exercícios físicos são estruturados em diversas modalidades, que podem ser divididas em alguns grupos com características de acordo com a aptidão mais trabalhada em cada um. Esses grupos são: aeróbico, resistido e flexibilidade.

Exercícios aeróbicos

Os exercícios aeróbicos são aqueles realizados de forma contínua e prolongada por grandes grupos musculares. Alguns exemplos são: caminhar, correr, nadar e andar de bicicleta. Eles permitem a queima de gordura corporal e o fortalecimento do sistema cardiovascular. Entre os grandes benefícios dos exercícios aeróbicos podem ser citados o controle do colesterol e dos triglicérides, dos níveis de pressão arterial e o controle do peso corporal.

Exercícios resistidos

Os exercícios resistidos precisam oferecer uma carga mecânica oposta ao movimento do corpo, o que pode ser conseguido com o peso do próprio corpo, com pesos livres ou com máquinas. Eles promovem ganho de força e resistência muscular, estabilização articular e ganho de massa óssea. Quando se fala de doenças específicas, já se sabe que eles contribuem para a prevenção e o tratamento de doenças como diabetes, osteoporose e osteoartrite.

Exercícios de flexibilidade

Os exercícios de flexibilidade visam melhorar a amplitude de movimento das articulações, chegando à amplitude máxima de cada articulação. Isso pode ser conseguido através do alongamento das estruturas componentes (cápsula articular, tendões, músculo, ossos e pele) por métodos adequados.

Exercícios e prevenção primária de câncer

A atividade física previne o surgimento de diversos tipos de câncer, sendo que as evidências científicas são convincentes ou prováveis para câncer de cólon, mama e endométrio, possíveis para próstata, ovário e pulmão e há evidências insuficientes para os outros tipos de câncer.

Os dados científicos mais evidentes para o papel da atividade física na prevenção do câncer existem para o câncer de cólon. Estima-se uma redução de 25% a 30% nesse risco tanto em homens quanto em mulheres, comparando-se os indivíduos mais ativos com os menos ativos. A maioria das pesquisas utiliza questionários que estimam o nível de atividade física de cada pessoa. Entretanto, alguns aspectos dessa associação ainda permanecem desconhecidos, como em qual época da vida seria mais benéfico ser muito ativo ou se há um efeito somatório ao longo da vida.

Para o câncer de mama, a redução média do risco é de 25% comparando-se as mulheres mais ativas com as menos ativas. Além disso, existe um efeito dose-resposta: quanto mais exercício se faz, maior é a prevenção. Esse efeito também aumenta para atividades feitas ao longo de toda a vida ou após a menopausa, atividades de intensidade moderada a intensa e atividades de longa duração (horas na semana).

A maior parte dos estudos epidemiológicos em câncer de endométrio sugere um efeito protetor da atividade física no risco dessa doença, com redução de 20% a 30% comparando-se as pessoas mais ativas com as menos ativas. Entretanto, ainda não se sabe qual o papel do índice de massa corporal (IMC) e da terapia de reposição hormonal nessa relação.

Para o câncer de próstata, as evidências científicas são ainda insuficientes. Alguns trabalhos mostram uma redução de até 9% no risco, mas não se sabe a influência de outros fatores, como idade, raça, histórico familiar e IMC. Os estudos com esse tipo de câncer são mais difíceis de serem realizados, por se tratar de uma doença de crescimento lento e pelas diferentes condutas quanto ao rastreamento e acompanhamento dos casos.

Mecanismo biológico

O efeito da atividade física na prevenção do câncer de mama pode ser explicado pela interação de múltiplos fatores, como efeitos na composição corporal, nos hormônios, na resistência à insulina e nas funções imunológicas. Alguns mecanismos estudados foram resumidos na Tabela 1.

Exercícios e prevenção secundária de câncer

A prevenção secundária em câncer significa abordar a pessoa que já apresenta o câncer, ou seja, a prevenção primária não foi suficiente e o câncer surgiu. Os pontos mais importantes para

Tabela 1 Mecanismos biológicos hipotéticos que possivelmente explicam a redução do risco de câncer em pessoas fisicamente ativas

TIPO DE CÂNCER	EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA
Câncer de cólon	↓ gordura corporal, insulina, leptina, IGF-1 ↓ tempo do trânsito intestinal ↑ adiponectina e vitamina D
Câncer de mama após a menopausa	↓ gordura corporal, insulina, leptina ↓ hormônios sexuais ↑ adiponectina e vitamina D
Câncer de endométrio	↓ gordura corporal, insulina, leptina ↓ hormônios sexuais ↑ adiponectina
Câncer de próstata	↓ insulina e leptina ↓ testosterona ↑ adiponectina
Maioria das neoplasias	↓ inflamação crônica ↓ estresse oxidativo ↑ função imune, defesas antioxidantes e reparo do DNA

o tratamento curativo são o diagnóstico precoce e o acesso às terapias disponíveis. Os exercícios físicos são indicados nesse momento com alguns objetivos, entre eles reduzir efeitos colaterais do tratamento e reduzir a mortalidade.

Câncer de mama

A maioria dos estudos tem observado uma redução no risco de mortalidade por câncer de mama e por todas as causas comparando-se as mulheres mais ativas fisicamente com as menos ativas. O estudo Collaborative Women's Longevity Study encontrou redução de 51% na mortalidade por câncer de mama nas mulheres mais ativas fisicamente. Encontrou também um efeito dose-resposta de redução no risco de morte por câncer de mama com aumento no tempo total de atividades recreativas após o diagnóstico da doença. Outro estudo importante, o Women's Health Initiative, demonstrou que mulheres que se exercitam com intensidade de 9 MET/h por semana ou mais têm maior sobrevida, mesmo que antes do diagnóstico de câncer praticassem exercícios em menor intensidade. Como já foram feitos muitos estudos em mulheres durante e após o tratamento para câncer de mama, a recomendação para a prática de exercícios físicos está no nível A de evidência científica.

Câncer de cólon

Para o câncer de cólon, o maior estudo prognóstico conduzido até hoje avaliou 832 homens e mulheres com câncer estágio III. Após o diagnóstico da doença, a prática de atividades físicas com intensidade de 18 a 26,9 MET/h por semana reduziu o risco de recorrência e morte em 49%, comparado com aqueles que fi-

zeram menos que 3 MET/h por semana. Esse benefício ocorreu independentemente da idade ou do gênero dos participantes, do índice de massa corporal, do número de linfonodos positivos, do tipo de quimioterapia e da capacidade funcional inicial.

Câncer de próstata

Em um estudo com 2.705 sobreviventes de câncer de próstata não metastático, observou-se que os homens que se envolveram em atividades físicas após o diagnóstico tiveram redução de mortalidade por câncer e por todas as causas. Quanto mais exercício realizado, maior foi a redução do risco. Nos homens que fizeram pelo menos 3 horas de atividade física intensa na semana, comparando-se com quem fez menos de uma hora, houve redução de 61% no risco de morrer por câncer de próstata.

Benefícios dos exercícios físicos após o diagnóstico de câncer

Os exercícios aeróbicos mantêm ou aumentam o condicionamento cardiorrespiratório em portadores de câncer durante o tratamento. Os efeitos são maiores após seu término. Quem permanece sedentário piora o condicionamento cardiorrespiratório durante o tratamento.

Os exercícios resistidos são efetivos em aumentar a força e a resistência muscular em pacientes de câncer. Em mulheres submetidas a ressecção de linfonodos axilares não há evidências científicas de que os exercícios resistidos aumentam o risco de desenvolvimento ou piora do linfedema de membros superiores. Observa-se uma melhora nos sintomas do linfedema no grupo que pratica os exercícios.

Os exercícios de alongamento melhoram a flexibilidade de membros superiores e inferiores durante o tratamento do câncer.

Os exercícios físicos, principalmente os aeróbicos, ajudam na manutenção ou na perda de peso durante o tratamento do câncer de mama. Esse é um fato relevante, uma vez que as pacientes geralmente ganham peso durante o tratamento oncológico.

A qualidade de vida melhora com os exercícios durante e após o tratamento de diversos tipos de câncer, entre eles mama, próstata, pulmão, ovário, endométrio, cólon, linfoma e mieloma. Essa melhora provavelmente se deve a múltiplos fatores influenciados pelo exercício físico.

O sintoma fadiga, tão prevalente em pessoas em tratamento para câncer, pode ser reduzido com a prática de exercícios aeróbicos e resistidos. A associação desses exercícios em alta e baixa intensidade pode melhorar a fadiga em pessoas com diversos tipos de câncer em tratamento com quimioterapia. Esse efeito também foi observado em mulheres em tratamento para câncer de mama, com resultados mais evidentes em mulheres após o término do tratamento. Para homens com câncer de próstata em tratamento com radioterapia ou supressão androgênica, observou-se redução

Addera D₃

colecalfiferol (vitamina D₃)

A VITAMINA D DA NOVA ERA

AGORA TAMBÉM EM COMPRIMIDOS



3 NOVAS
APRESENTAÇÕES

COMPRIMIDOS



Posologia

3 Gotas = 400 UI

6 Gotas = 800 UI

8 Gotas = 1.000 UI

1.000 UI
30 comprimidos

7.000 UI
4 comprimidos

50.000 UI
4 comprimidos

GOTAS

CONTRAINDICAÇÕES: Contraindicado para pacientes com arteriosclerose, insuficiência cardíaca, hiperfosfatemia e insuficiência renal. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Antiácidos contendo magnésio, diuréticos tiazídicos e calcifediol.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

ADDERA D3. 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. **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, glicocorticoides. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O uso concomitante de ADDERA D3 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. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Referências bibliográficas: 1) Holick MF, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011, 96(7):1911-30. 2) Bula do produto: Addera D3. Abril/2014.

ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR
080077-17017

Mantecorp
Farmasa

da fadiga com exercícios resistidos e aeróbicos em combinação ou isoladamente.

A perda de massa óssea é aumentada durante o tratamento para alguns tipos de câncer, como a terapia de supressão hormonal para câncer de próstata. Alguns estudos estão mostrando diminuição da perda óssea ou aumento da massa mineral óssea com a realização de exercícios resistidos.

Orientação de exercícios para prevenção primária

As orientações da quantidade de exercícios físicos para prevenção de câncer foram dadas pelas sociedades americanas World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research, American Cancer Society e American College of Sports Medicine. Recomenda-se que as pessoas sejam ativas fisicamente, que façam de 30 a 60 minutos de atividade física moderada ou 30 minutos de atividade intensa todo dia. Dividindo-se por tipo de exercício físico, a recomendação é:

- Exercícios aeróbicos: 150 minutos de exercício moderado ou 75 minutos de exercício intenso por semana; associados a:
- Exercícios resistidos: sessões duas a três vezes por semana com exercícios para os grandes grupos musculares.

Orientação de exercícios para prevenção secundária

A recomendação para exercícios físicos é de que o indivíduo em tratamento para câncer seja tão fisicamente ativo quanto ele consiga ser naquele momento. Deve-se evitar a inatividade física. Se tiver condições, deve atingir as mesmas recomendações para prevenção primária. Os objetivos do exercício podem variar, desde melhora de sintomas da doença e efeitos colaterais (durante o tratamento) até prevenção e promoção da saúde (após o tratamento). A supervisão para a prática de exercícios físicos é recomendada, mas não necessária, para que se obtenham os benefícios desejados. A supervisão por um profissional capacitado reduz os riscos associados aos exercícios e pode incrementar a motivação e os benefícios.

Objetivos da prescrição do exercício físico

- Readquirir ou melhorar as capacidades físicas: aeróbica, força muscular e flexibilidade;
- Melhorar a imagem corporal e a qualidade de vida;
- Melhorar a composição corporal;
- Melhorar os sistemas cardiovascular, endócrino, muscular, ósseo, neurológico e respiratório;
- Reduzir ou impedir a recorrência do câncer ou o surgimento de outro tumor primário;
- Atenuar ou prevenir os efeitos colaterais de curto e longo prazo do tratamento do câncer;
- Fortalecer a capacidade fisiológica e psicológica de suportar o tratamento do câncer.

Contraindicações específicas do câncer para começar os exercícios

- Aguardar o tempo adequado para a cicatrização após cirurgias. Esse tempo varia de acordo com cada pessoa, podendo chegar a até oito semanas.
- Não se exercitar se apresentar fadiga extrema, anemia ou ataxia.
- Mulheres em tratamento para câncer de mama que iniciaram com linfedema de braço ou problemas no ombro devem procurar ajuda médica e iniciar tratamento antes de começar a fazer os exercícios.
- Mulheres com edema ou inflamação no abdômen, períneo e membros inferiores após tratamento ginecológico devem procurar o médico e iniciar tratamento antes dos exercícios.
- Pacientes com colostomia após tratamento de câncer de cólon devem conversar com o médico antes de iniciar esportes de contato (risco de rompimento) ou exercícios resistidos (risco de hérnia).

Recomendações específicas para individualização do treinamento

- Portadores de metástases ósseas ou osteoporose grave vão precisar de adaptação e maior supervisão durante os exercícios, principalmente quanto ao risco de quedas.
- Devido à supressão do sistema imunológico em decorrência dos tratamentos quimioterápico e radioterápico, o risco de infecção aumenta. Assim, cuidados higiênicos devem ser tomados no ambiente das academias para reduzir esse risco.
- As cirurgias a que são submetidos os pacientes, tanto curativas quanto reconstrutivas, deixam cicatrizes e muitas vezes há ressecção de partes moles e musculatura, o que pode alterar a função de uma articulação. O profissional precisará saber a extensão do procedimento cirúrgico e quais as limitações residuais para adaptar o treinamento.
- Portadores de neuropatia de mãos devem ter cuidado ao segurar pesos livres, pelo risco de deixá-los cair.

Sinais de alerta que indicam que o aluno deve ser encaminhado para atendimento médico

- Fraqueza ou cansaço fora do normal;
- Febre ou sinal de infecção;
- Diarreia grave, vômitos ou quadro súbito de náuseas durante os exercícios;
- Dor, câibras ou dor articular fora do usual em membros inferiores;
- Palpitações ou dor no peito;
- Mudanças na aparência ou sensação no local do câncer;
- Mudanças na coordenação motora, visão ou audição.

Conclusão

Pessoas em tratamento para câncer devem permanecer ativas ou iniciar exercícios físicos, tendo em vista os benefícios a

INDEPENDÊNCIA E SEGURANÇA AO TOQUE DE UM BOTÃO



curto e longo prazo. Cada pessoa deve ter objetivos definidos para a prática em cada momento do tratamento, de forma realista e de acordo com sua condição física. O médico, o profissional de educação física e o fisioterapeuta devem ter conhecimento sobre as questões físicas decorrentes da doença e seus tratamentos, para orientar o seu cliente individualmente.

Durante períodos de aumento da fadiga ou surgimento de novos sintomas, os exercícios devem ser modificados em sua intensidade, duração e/ou frequência. A frequência deve ser a última a ser alterada, pois a regularidade dos exercícios ajuda a manter a adesão e a motivação.

A prática de exercícios físicos pode ser vista como uma expressão do autocuidado. Incluí-la no dia a dia de pessoas que não têm esse hábito de vida requer o uso de técnicas motivacionais. Vale lembrar que o surgimento de uma doença grave já é em si um grande fator motivador para mudanças.

Referências bibliográficas

1. Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. *Eur J Cancer*. 2010;46:2593-2604.
2. Wollin KY, Yan Y, Colditz GA, Lee IM. Physical activity and colon cancer prevention: A meta-analysis. *Br J Cancer*. 2009;100:611-616.
3. Lynch BM, Neilson HK, Friedenreich CM. Physical activity and breast cancer prevention. *Recent Results Cancer Res*. 2011, 186:13-42.
4. Holick CN, Newcomb PA, Trentham-Dietz A, Titus-Ernstoff L, Bersch AJ, Stampfer MJ, Baron JA, Egan KM, Willett WC. Physical activity and survival after diagnosis of invasive breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2008; 17:379-386.
5. Kenfield SA, Stampfer MJ, Giovannucci E, Chan JM. Physical activity and survival after prostate cancer diagnosis in the health professionals follow-up study. *J Clin Oncol*. 2011;29:726-732.
6. Speed-Andrews AE, Courneya KS. Effects of exercise on quality of life and prognosis in cancer survivors. *Curr Sports Med Rep*. 2009;8(4): 176-181.
7. Waltman NL, Twiss JJ, Ott CD, Gross GJ, Lindsey AM, Moore TE, et al. The effect of weight training on bone mineral density and bone turnover in postmenopausal breast cancer survivors with bone loss: A 24-month randomized controlled trial. *Osteoporos Int*. 2010;21(8):1361-1369.
8. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvao DA, Pinto BM, Irwin ML, Wolin KY, Segal RJ, Lucia A, Schneider CM, von Gruenigen VE, Schwartz AL. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc*. 2010 Jul; 42(7): 1409-1426.
9. Speck RM, Courneya KS, Masse LC, Duval S, Schmitz KH. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv*. 2010 Jun; 4(2): 87-100.

10. Irwin ML, Cadmus L, Alvarez-Reeves M, O'Neil M, Mierzejewski E, Latka R, Yu H, Dipietro L, Jones B, Knobf MT, Chung GG, Mayne ST. Recruiting and retaining breast cancer survivors into a randomized controlled exercise trial: The Yale Exercise and Survivorship Study. *Cancer*. 2008 Jun 1; 112(11 Suppl): 2593-2606.
11. Irwin ML, McTiernan A, Manson JE, Thomson CA, Sternfeld B, Stefanick ML, Wactawaski-Wende J, Craft L, Lane D, Martin LW, Chlebowski R. Physical Activity and Survival in Postmenopausal Women with Breast Cancer: Results from the Women's Health Initiative. *Cancer Prev Res*. 2011 April; 4(4): 522-529.
12. American College of Sports Medicine. ACSM's guide to exercise and cancer survivorship. Melinda L Irwin, editor; 2012.
13. Almeida EMP, Andrade RG, Cecatto RB, Brito CMM, Camargo FP, Pinto CA, et al. Exercício em pacientes oncológicos: reabilitação. *Acta Fisiatr*. 2012;19(2):82-9.
14. Winningham ML, MacVicar MG, et al. Effect of aerobic exercise on body weight and composition in breast cancer patients on adjuvant chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2001;19(9):2381-9.
15. Segar ML, Katch VL, et al. The effect of aerobic exercise on self-esteem and depressive and anxiety symptoms among breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 1998;25(1):107-13.
16. Forsythe LP, Alfano CM, George SM, McTiernan A, Baumgartner KB, Bernstein L, Ballard-Barbash R. Pain in long-term breast cancer survivors: the role of body mass index, physical activity, and sedentary behavior. *Breast Cancer Res Treat*. 2013 Jan;137(2):617-630.
17. Seixas RJ, Kessler A, Frison VB. Atividade física e qualidade de vida em pacientes oncológicos durante o período de tratamento quimioterápico. *Rev Bras Canc*. 2010;56(3):321-330.

Telehelp é um serviço que avisa parentes e amigos em casos de queda ou emergência. Tudo ao simples toque de um botão.



Mais segurança para você e tranquilidade para sua família!



São Paulo (11) **3585-2000**
Demais localidades **4002-1128**

www.telehelp.com.br



Filipe Tavares Gusman

Especialista em geriatria e aperfeiçoamento em cuidados paliativos; presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) – Regional Sudeste; professor do Instituto Paliar – SP; professor do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá –RJ

Contato filipegusman@paliativo.org.br



Daniel Lima Azevedo

Especialista em geriatria pela SBGG/AMB e pela UFRJ; certificado de área de atuação em medicina paliativa pela SBGG/AMB; presidente da Comissão de Cuidados Paliativos da SBGG; vice-presidente da ANCP – Regional Sudeste

Contato daniel.lima.azevedo@gmail.com

Delirium em idosos em cuidados paliativos



TAKE HOME MESSAGE

- As consequências do envelhecimento associadas a doenças graves e incuráveis constituem predisponentes para instalação e cronificação de delirium.
- Um quadro de agitação psicomotora ao fim da vida pode assumir proporções desastrosas se não manejado adequadamente.
- Os antipsicóticos típicos continuam sendo a principal opção de tratamento medicamentoso, embora exista indicação de benzodiazepínicos em determinadas situações.

Introdução

Delirium é uma alteração aguda do estado mental com flutuação do nível de consciência e causas fisiológicas subjacentes. Trata-se de uma condição clínica que gera desconforto para o paciente e intensa ansiedade na família e nos cuidadores. Por essa razão, o delirium precisa ser reconhecido precocemente e abordado da forma correta, o que permite sua reversibilidade (quando possível) e seu controle. Este artigo pretende discutir a ocorrência de delirium em pacientes idosos em cuidados paliativos com base nas referências mais recentes da literatura e propor intervenções apropriadas para as situações mais frequentes na prática clínica.

Fatores de risco e causas de delirium em geriatria e cuidados paliativos

Pessoas idosas encontram-se sob risco aumentado de desenvolver delirium. Isso acontece em grande parte por condições inerentes ao próprio processo de envelhecimento, como a redução do volume de água corporal (que predispõe a desidratação) ou a imunossenescência (que predispõe a infecções). A privação sensorial é um fator de risco importante para a instalação de delirium, bem como a síndrome de imobilidade. A presença de qualquer grau de déficit cognitivo aumenta a chance de delirium, sendo frequente a ocorrência dessa condição em pessoas com demência durante internação hospitalar, sobretudo em unidades

de terapia intensiva. A lista de fármacos que possuem efeito sobre o sistema nervoso central e podem induzir delirium é extensa, com destaque para aqueles que têm efeito anticolinérgico, bloqueadores H2, digitálicos, sedativos e anticonvulsivantes.

Em cuidados paliativos, o cenário é semelhante: pessoas com doença grave e incurável, muitas vezes em fase avançada, encontram-se em estado de fragilidade orgânica que as deixa vulneráveis à instalação de delirium. Soma-se a isso o fato de que costumam estar em uso de polifarmácia, o que também pode contribuir para o desencadeamento de delirium em algum momento do curso da doença.

As principais causas de delirium em idosos em cuidados paliativos (Tabela 1) aproximam-se bastante daquelas encontradas no dia a dia da geriatria. Desidratação, infecção, dor e impactação fecal são altamente prevalentes. Porém, existe um diferencial relevante a ser apontado: a maioria dos pacientes idosos que apresentam evidências de início do processo de morte vai desenvolver delirium nos últimos dias ou horas de vida. O diagnóstico de processo de morte é da competência do médico e envolve uma série de sinais de que uma falência orgânica global está em curso, como taquicardia, queda da pressão arterial, extremidades frias, oligúria, padrões anormais de respiração, perda do reflexo de deglutição, acúmulo de secreções respiratórias e alteração do nível de consciência. Nesse contexto de disfunção de múltiplos órgãos, o delirium associado é irreversível, e os esforços devem se concentrar no controle de sintomas e no suporte à família e aos cuidadores. Não é possível estimar o impacto que um quadro de delirium tem sobre os familiares que acompanham uma pessoa idosa em cuidados paliativos. A visão de uma pessoa morrendo com agitação motora influencia negativamente na experiência de seus familiares e aumenta a sobrecarga da equipe de saúde, gerando a percepção de que a pessoa vivencia sofrimento intenso.

Tabela 1 Causas de delirium em idosos em cuidados paliativos

Processo de morte
Desidratação
Hipóxia
Dor
Infecção (respiratória, urinária)
Medicamentos (opioides, anticolinérgicos, benzodiazepínicos)
Abstinência (álcool, benzodiazepínicos, opioides)
Distúrbios metabólicos (natremia, calcemia, glicemia)
Mudança de ambiente
Uso de sondas (naso, oroenteral)
Impactação fecal ou retenção urinária
Privação de sono

Classificação de delirium e as rotas da morte

A apresentação de delirium pode ser da forma hiperativa, em que o paciente apresenta agitação psicomotora, inquietude e alterações de percepção, ou hipoativa, que cursa com redução do nível de consciência e introversão. Na prática, o tipo mais frequente é o delirium misto, em que o paciente oscila entre as duas formas de apresentação.

Uma distinção de grande valia é entre delirium potencialmente reversível e delirium irreversível. Uma vez estabelecido o diagnóstico de delirium em um idoso em cuidados paliativos, deve-se realizar uma avaliação cuidadosa da condição do paciente com o intuito de identificar em que estágio da doença ele está, qual a sua capacidade funcional atual, quais as comorbidades e o prognóstico. Mesmo num contexto de doença avançada, muitas causas ainda podem ser passíveis de reversão – que deve ser tentada quando compatível com o plano de cuidados definido com o paciente ou seus familiares. Um bom exemplo disso é o delirium secundário a desidratação em pessoa idosa com demência em fase avançada, pois existe boa possibilidade de resposta à hidratação por via subcutânea.

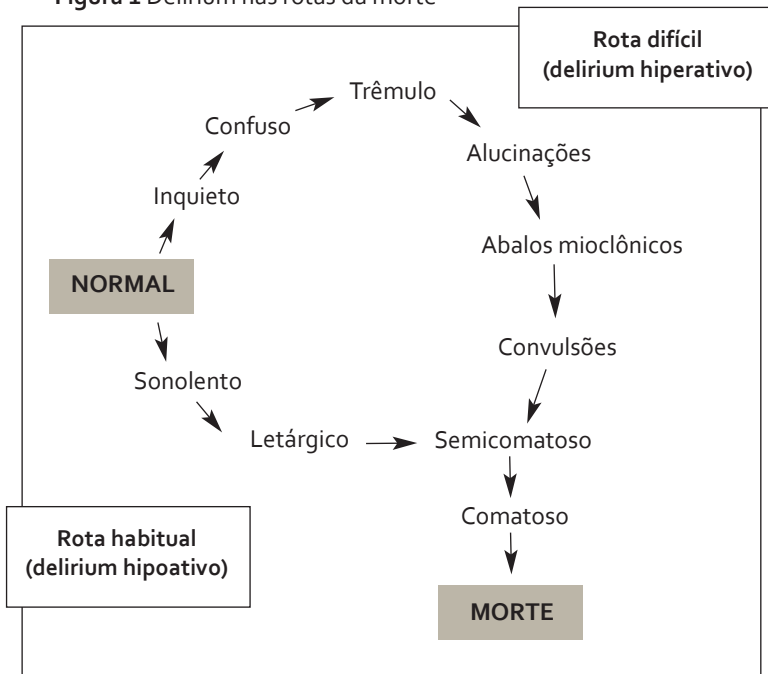
Por outro lado, quando o processo de morte já se iniciou, o delirium geralmente é irreversível e se trata de um marcador das últimas horas de vida. Nessas circunstâncias, a pessoa tende a trilhar uma das duas “rotas da morte” (Figura 1). A primeira, chamada de “rota habitual”, envolve uma redução progressiva do nível de consciência, caracterizando delirium hipoativo, com desinteresse crescente pelo ambiente que a cerca, culminando na instalação de coma seguido de morte. Não costuma ser necessária intervenção farmacológica nesse tipo de delirium, e a morte se aproxima como “um sono cada vez mais profundo”. Em contrapartida, na “rota difícil”, a pessoa se torna progressivamente mais agitada, em franco delirium hiperativo, podendo evoluir inclusive com convulsões antes da instalação do coma. Trata-se de uma forma em que é mandatória a intervenção farmacológica logo no início do processo, a fim de controlar adequadamente os sintomas. O reconhecimento da ocorrência do delirium nas rotas da morte é fundamental para garantir o conforto do paciente. Uma intervenção inadequada pode ter consequências desastrosas e alterar o processo de morte da pessoa da rota habitual para a rota difícil, provocando ou perpetuando o delirium.

Abordagem do delirium

O reconhecimento do delirium encontra-se ao alcance dos profissionais de saúde experientes e atentos, porém sua abordagem em idosos com doença grave ao fim da vida representa sempre um desafio.

O primeiro passo é a identificação da fase da doença e da capacidade funcional do idoso a fim de definir melhor qual o

Figura 1 Delirium nas rotas da morte

Adaptado de: Ferris FD. *Last hours of living*

prognóstico. A aplicação de uma ferramenta de avaliação de funcionalidade como a Palliative Performance Scale (PPS) tem grande utilidade clínica, principalmente se usada de forma seriada. No curso de uma doença em fase terminal (câncer, demência, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC] ou doença renal crônica), uma intercorrência que cause delirium pode ser tão grave que o tratamento para tentar sua reversão se torne ainda mais danoso ao paciente. Por exemplo, um portador de DPOC avançada que já tenha história de várias pneumonias recentes e tenha deixado registrado que recusa intubação ou traqueostomia inicia delirium decorrente de uma nova pneumonia. Nessas circunstâncias, a definição do prognóstico é essencial para decidir se há indicação de internação em terapia intensiva para utilização de ventilação não invasiva, monitoramento contínuo e medidas como punção venosa profunda ou gasometria arterial. É importante reconhecer que essa infecção possa significar falência pulmonar e imunológica, ou seja, o evento final da vida dessa pessoa. A internação em quarto ou até o tratamento em domicílio, desde que garantido o acesso a todos os recursos para alívio de desconforto, podem ser escolhas plausíveis. Através da intervenção de uma equipe adequadamente treinada, é possível controlar a dispneia e o delirium com intervenções paliativas, sejam elas farmacológicas ou não.

Investigar causas e fatores de risco, conhecer a história do paciente e manter uma primorosa comunicação são habilidades cruciais para abordar o delirium. Um cuidador bem orientado consegue reconhecer de imediato situações que, se tratadas pre-

cocemente, podem evitar a instalação do delirium, a exemplo da desidratação. Exames complementares devem ser solicitados somente se existir a possibilidade de os resultados encontrados serem úteis para a tomada de decisões. A aceleração da frequência respiratória durante o processo de morrer não precisa ser abordada com oximetria digital ou gasometria arterial, pois elas, além de não contribuírem para a abordagem clínica, podem agravar a confusão mental e gerar angústia nos familiares.

Uma possibilidade que precisa ser lembrada é o delirium secundário ao uso de fármacos. Na fase final da vida, não deve haver restrição a redução ou suspensão de medicamentos, mesmo que sejam de uso crônico. Recomenda-se cautela, porém, quando se trata de opioides. Esses medicamentos são indispensáveis para a maioria dos quadros de dor ou dispneia. Ainda assim, delirium hipoativo é um possível efeito colateral do uso de opioide. Quando acontece, é mandatório rever se a dose diária foi atingida após titulação correta, se há desidratação concomitante ou piora da função renal, podendo ser conveniente a redução da dose atual ou, em último caso, a troca do opioide.

As medidas não farmacológicas para tratamento do delirium no idoso, como reorientação no tempo e no espaço, permanência de pessoas conhecidas, correção de déficit visual ou auditivo, ajuste de luminosidade e da intensidade de ruídos, também são úteis para o idoso em cuidados paliativos.

Em geral, essas medidas não são suficientes para controle do delirium e é necessário lançar mão de algum fármaco. Pela dificuldade em realizar estudos duplo-cegos e randomizados em idosos em cuidados paliativos que apresentem delirium, não existe ainda uma diretriz farmacológica clara. Uma publicação recente de Irwin e colaboradores propõe uma revisão do tema e traz uma série de sugestões úteis com base na opinião de especialistas.

Na forma hiperativa de delirium, se existe possibilidade de reversão, a opção inicial de tratamento é com antipsicóticos de primeira geração, como haloperidol ou clorpromazina. A escolha da via de administração dependerá das condições do paciente. A aplicação subcutânea passa a ser preferencial em cenário de cuidados ao fim da vida devido a sua segurança, conforto e eficácia. O haloperidol, graças a seu perfil mais incisivo, é ideal para casos que cursem com alucinações. A dose inicial de haloperidol é de 0,5 mg a 2 mg, podendo ser repetida a cada 30 minutos caso não haja melhora. Deve-se atentar para o surgimento de efeitos colaterais extrapiramidais. A clorpromazina tem perfil mais sedativo e pode induzir hipotensão ortostática. Uma vantagem é que pode ser oferecida por via sublingual na dose inicial de 12,5 mg a cada 6 horas. Não há

evidência que demonstre superioridade dos antipsicóticos atípicos (risperidona, quetiapina), que, além do custo mais elevado, apresentam limitação quanto às vias de administração. Como segunda linha de tratamento, recomenda-se (sempre com reservas, por se tratar de idosos) o uso de benzodiazepínicos como lorazepam ou midazolam, especialmente quando se desconfia de abstinência de benzodiazepínicos ou de álcool e na falha do tratamento com antipsicóticos. No Brasil, apenas o midazolam encontra-se disponível para aplicação subcutânea, na dose inicial de 0,2 mg/kg. Se necessário, fazer dose extra de 0,1 mg/kg após intervalo de 30 minutos.

No delirium hiperativo irreversível, os antipsicóticos continuam sendo a primeira opção do tratamento farmacológico. Na situação específica das últimas horas de vida, porém, pode ser interessante empregar benzodiazepínicos. Além de reduzir a agitação psicomotora, eles têm potencial de relaxamento muscular e de amnésia, bem como propriedades anticonvulsivantes (Tabela 2).

Em relação ao delirium hipoativo, seja ele classificado como irreversível ou potencialmente reversível, o uso de fármacos requer ainda mais cautela. Não há evidências esclarecedoras nessas condições e existe risco de agravamento do delirium já instalado por qualquer medicação que venha a ser introduzida. A principal medida, portanto, é uma revisão criteriosa da prescrição, pois em uma parcela considerável dos casos o delirium

hipoativo ocorre por efeito colateral ou interação de drogas. Contudo, se houver alucinações, antipsicóticos podem ser úteis.

Reflexões finais

Delirium, dor e dispneia estão entre os principais sintomas estressantes da fase final de vida de portadores de doenças graves e incuráveis. Tanto a dor como a dispneia contribuem para as manifestações do delirium, com repercussão sobre os familiares e sobre a equipe. Um quadro de agitação psicomotora pode assumir proporções desastrosas e influenciar negativamente no plano de cuidados. Embora os profissionais de saúde reconheçam o delirium, muitos ainda encontram dificuldade para controlá-lo.

Em idosos em cuidados paliativos, não basta identificar as causas do delirium. O reconhecimento do prognóstico é crucial para definir o potencial de reversibilidade do delirium e a conduta mais indicada, que pode inclusive envolver o uso de um benzodiazepínico. Como toda medida paliativa, a abordagem do delirium depende da comunicação impecável entre todos os participantes envolvidos, desde os profissionais até os familiares e o próprio paciente – a disponibilidade para acolher as indagações da família é uma característica do profissional que escolhe lidar com cuidados paliativos. O delirium ao fim da vida constitui um desafio que compele o profissional a aliar sua capacidade prognóstica à sua competência técnica e humana, para garantir o melhor controle possível dos sintomas.

Tabela 2 Propriedades terapêuticas dos antipsicóticos, benzodiazepínicos e opioides

DROGAS	INDICAÇÃO				
	Antiagitação	Sedação	Amnésia	Relaxante muscular	Anticonvulsivante
Antipsicóticos	sim	sim	não	não	não
Benzodiazepínicos	sim	sim	sim	sim	sim
Opioides	não	não	não	não	não

*Adaptado de Irwin, SA. *Clarifying Delirium Management*

Referências bibliográficas

1. Azevedo D. Delirium. In Carvalho RT, Parsons HA eds. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Porto Alegre, Sulina, 2012; 184-190.
2. Breitbart W, Alici Y. Agitation and delirium at the end of life. In McPhee SJ, Winker MA, Rabow MW, Pantilat SZ, Markowitz (eds.). *Care at the Close of Life*. 1st ed. McGraw-Hill, 2001;129-144.
3. Burlá C, Azevedo DL. Palição: cuidados ao fim da vida. In Freitas EV, Py L, Caçango FAX, Doll J, Gorzoni ML (eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*.

3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011;1226-1241.

4. Ferris FD: Last hours of living. *Clin Geriatr Med* 2004;20:641-667.
5. Irwin SA, Pirrello RD, Hirst JM, Buckholz GT, Ferris FD: Clarifying delirium management: practical, evidence-based, expert recommendations for clinical practice. *J Palliat Care* 2013;4:423-435.
6. LeGrand, Susan B. Delirium in Palliative Medicine: a review. *Journal of Pain and Symptom Management* 2012; 44(4): 583-594.



E O OSCAR VAI PARA...



Em seu documentário **Prison Terminal: The Last Days of Private Jack Hall**, lançado no fim de março no canal pago HBO, o cineasta Edgar Barena aborda com maestria dois dos assuntos menos preferidos nos EUA: prisões e morte.

Em 2006, trabalhando sozinho, Barena passou seis meses filmando, totalizando 300 horas de gravações na Penitenciária Estadual de Iowa, onde, no ano anterior, detentos e o diretor de enfermagem haviam estabelecido uma unidade de cuidados paliativos.

Segundo o diretor do filme, a população em prisões está envelhecendo, mas, embora muitos dos detentos estejam idosos e doentes, raramente são soltos ou recebem diminuição da pena. “Muitos morrem em suas próprias celas ou na enfermaria, se houver uma. Ou morrem algemados em uma cama com um guarda do lado de fora do quarto”, conta.

O documentário acompanha a história de Jack Hall, um veterano da Segunda Guerra Mundial de 82 anos condenado por homicídio há décadas e agora com problemas no coração e pneumonia. Ele recebe cuidados de outros detentos treinados para essa tarefa, além de voluntários em cuidados paliativos.

O filme foi nomeado ao Oscar de melhor documentário. **Para saber mais:** www.prisonterminal.com

LISTAS PRECIOSAS



Desde 2012, a iniciativa norte-americana **Choosing Wisely** (Escolhendo com sabedoria, em tradução livre) se dedica a ajudar profissionais e pacientes a selecionar drogas, testes e procedimentos que sejam baseados

em evidências científicas, não dupliquem outros tratamentos, sejam realmente necessários e não causem danos.

No ano passado, a organização reuniu cerca de 60 sociedades médicas, que variavam de dermatologia a cirurgia torácica, para criar uma lista chamada “Cinco coisas que médicos e pacientes devem questionar”. O sucesso foi tamanho que a Choosing Wisely acaba de lançar uma lista atualizada e expandida, com dez itens que devem ser questionados por médicos e pacientes.

A lista da Sociedade Americana de Geriatria inclui itens como “Não use benzodiazepínicos ou outros sedativos como primeira opção de tratamento para insônia, delirium ou agitação em idosos”, “Não prescreva inibidores de colesterol para demência sem uma avaliação periódica de benefícios cognitivos percebidos e efeitos adversos no trato gastrointestinal”. Cada recomendação vem acompanhada de uma justificativa baseada em evidências.

Para saber quais são os outros itens, acesse: www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-geriatrics-society

APLICATIVO AJUDA A ENCONTRAR FARMÁCIAS POPULARES



O laboratório **Roche** acaba de desenvolver o Saúde Fácil, primeiro aplicativo móvel que ajuda pacientes a localizar farmácias participantes do programa “Aqui tem Farmácia Popular”, do Ministério da Saúde, centros de infusão de medicamentos dos sistemas público e privado e centros de dispensação de medicamentos mais próximos.

Indicado para pacientes de oncologia, hematologia e reumatologia, o Saúde Fácil faz a busca por geolocalização, tipo de estabelecimento ou ainda por região (estado, cidade e bairro) do estabelecimento e/ou do

usuário. O aplicativo ainda indica o melhor caminho e a rota para que o paciente chegue ao destino, que pode, inclusive, ser incluído na lista de estabelecimentos favoritos.

Disponível para os sistemas operacionais iOS e Android, o download para o aplicativo Saúde Fácil pode ser feito na Apple Store.

ATITUDES GLOBAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO



O **Pew Research Center** lançou em janeiro seu mais recente relatório a respeito de atitudes globais em relação ao envelhecimento. Nele, um panorama interessante e detalhado sobre a forma como se encara a maior

expectativa de vida em diversas localidades. Foram entrevistadas mais de 22 mil pessoas em 21 países.

Uma das perguntas que aparecem no relatório foi "O aumento do número de idosos em seu país é um problema? Se sim, quanto?". No Sudeste Asiático, a proporção de pessoas que consideram esse aumento um "grande problema" foi particularmente alto: 87% no Japão, 79% na Coreia do Sul e mais de dois terços na China. Em países europeus, de 41% a 55% dos respondentes descreveram o aumento do número de idosos como um grande problema. No Brasil, esse número foi de 31%.

Uma outra questão se propôs a investigar a percepção das pessoas em relação ao seu padrão de vida na velhice. Em 11 países, menos da metade dos respondentes se sentiam "muito" ou "razoavelmente" confiantes num futuro seguro. No Japão, na Itália e na Rússia, a proporção caiu para menos de um terço. No Brasil, 28% estavam muito confiantes e 49% razoavelmente confiantes de um futuro com um padrão de vida adequado.

Para saber mais, acesse o relatório: www.pewglobal.org/2014/01/30/attitudes-about-aging-a-global-perspective

LIVRO PARA PINTAR



O livro para colorir **Advanced Style: Coloring Book** é prova de que idade é um estado de espírito. Recentemente lançado, a publicação traz 30 desenhos originais baseados nos idosos gla-

mourosos que aparecem no livro de moda homônimo, que podem ser coloridos e recortados por crianças e adultos. O livro foi bem recebido não apenas por passar a mensagem de que a moda está ao alcance de todos, mas principalmente por criar uma ponte entre gerações.

O dono da ideia é Ari Seth Cohen, fundador e editor do blog **Advanced Style**, em que ele procura trazer a moda e o estilo de uma camada da população comumente esquecida pela indústria da moda: os idosos. "Meus olhos sempre foram atraídos pelos mais velhos", diz Cohen. "E, do ponto de vista de estilo, eu os acho mais interessantes porque eles estão numa idade em que não precisam impressionar mais ninguém e podem usar o que quiserem."

Para saber mais: <http://advancedstyle.blogspot.com.br/2013/07/the-official-advanced-style-coloring.html>



Estreitando o relacionamento
entre a Indústria Farmacêutica
e os Profissionais de Saúde

MEDIDOR DE GLICEMIA MAIS SIMPLES E ACESSÍVEL



A marca ONETOUCH® de medidores de glicemia da **Johnson & Johnson Medical Brasil** trouxe ao mercado brasileiro uma nova versão que oferece maior facilidade de uso para o automonitoramento do diabetes: ONETOUCH SELECT SIMPLE®. Sem botões, configurações e codificações, o novo medidor proporciona o resultado com precisão e confiança, de forma simples e prática. O paciente tem de seguir apenas três passos: (1) inserir a tira reagente no equipamento; (2) após o aviso sonoro e visual, aplicar a gota de sangue na tira reagente; (3) ler o resultado e anotá-lo. ONETOUCH SELECT

SIMPLE® dispara alarmes sonoros distintos no caso de o paciente apresentar hipoglicemia ou hiperglicemia.

De valor mais acessível, o ONETOUCH SELECT SIMPLE® foi desenvolvido para pacientes com diabetes que têm dificuldade para manejar os equipamentos de automonitoramento existentes. Os consumidores que adquirem qualquer produto da marca ONETOUCH® podem participar do programa de adesão ao tratamento Diabetes Contato, que oferece benefícios que visam ajudar o paciente a aderir ao tratamento e controlar melhor o diabetes.

PARCERIA INÉDITA



Bigfral, marca líder no mercado de cuidados adultos da **Hypermarcas**, firmou em março uma parceria inédita com a **Associação Brasileira de Gerontologia**. O objetivo é desenvolver estudos sobre a terceira idade e seus impactos na sociedade, pesquisas sobre incontinência urinária e fomentar projetos que visam ações multidisciplinares no envelhecimento humano.

NOVO FITOESTEROL EM CÁPSULA



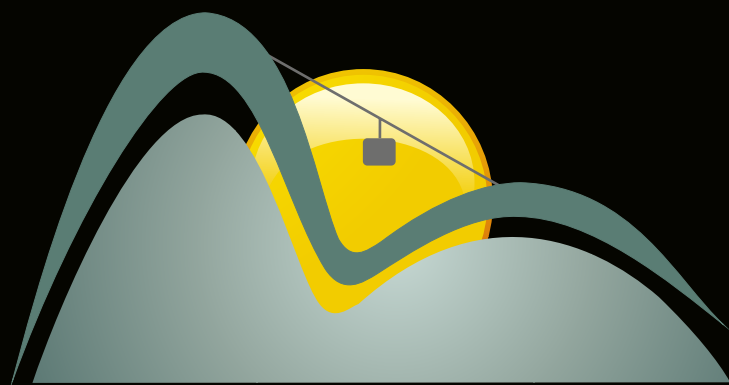
O laboratório **Aché** lançou em março Collestra, alimento funcional à base de fitoesteróis, que auxiliam na redução da absorção do colesterol. Os fitoesteróis têm eficácia comprovada na redução dos níveis do LDL-C, apresentando redução média de 10% a 15% em um curto período de tempo.

O novo produto utiliza em sua composição óleo de soja, girassol e canola e chega ao mercado com a apresentação em cápsula gelatinosa, facilitando a ingestão. Além disso, Collestra tem poucas calorias e não necessita ser refrigerado. Até então, as opções de fitoesteróis disponíveis no mercado, principalmente por meio de alimentos enriquecidos, não traziam essa conveniência.

“Se o consumo de Collestra for associado a uma dieta equilibrada e a hábitos de vida saudáveis, pode influenciar positivamente na manutenção da saúde cardiovascular do paciente”, disse Fabiana Silva, gerente de produtos. “Estudos indicam que, a partir da terceira semana de uso de fitoesteróis, já há uma redução de até 15% no colesterol ruim.”



Responsabilidade
em Feridas e
Queimaduras:
Atualização das
Diretrizes Política
e Social



III Simpósio Carioca de Feridas I Simpósio Carioca de Queimaduras

I Fórum de Epidermólise Bolhosa: Integralidade de
Assistência ao Paciente com Epidermólise Bolhosa

DATA:

25 e 26 de julho de 2014

LOCAL:

Colégio Brasileiro de Cirurgiões - CBC
Botafogo - Rio de Janeiro

WWW.

feridasequeimaduras
.com.br

TRABALHOS CIENTÍFICOS:

Prazo para envio

20 de maio

ORGANIZAÇÃO



APOIO



SECRETARIA EXECUTIVA



PATROCÍNIO



DERSANI



regum

ESTUDO COMPROVA EFICÁCIA DE VACINA



A **Pfizer** anunciou em março que atingiu os resultados primários e secundários em seu maior levantamento de imunização em adultos com pneumonia adquirida em comunidade. O estudo CAPIITA (Community-Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults), realizado com cerca de 85 mil indivíduos, demonstra a eficácia da vacina Prevenar 13 contra a pneumonia adquirida em comunidade e a doença pneumocócica invasiva em adultos acima de 65 anos, comprovando que a vacina reduz o número de casos da doença. A cada ano 1,6 milhão de pessoas, em sua maioria idosos e crianças menores de 5 anos, morrem de pneumonia provocada pela bactéria *Streptococcus pneumoniae* no mundo, segundo a OMS.

Os detalhes do estudo foram apresentados no 9th International Symposium on Pneumococci and Pneumococcal Diseases (ISPPD), realizado na Índia.

Em 2013, Prevenar 13 recebeu a aprovação da Anvisa para a prevenção da pneumonia e outras doenças pneumocócicas em adultos acima de 50 anos. A vacina já era indicada para crianças até 6 anos.

CONSUMER CHOICE AWARD 2013-2014



O **Genacol**, produto recém-chegado ao Brasil indicado para problemas e dores osteoarticulares, foi o vencedor na categoria Melhor Produto para a Saúde das Articulações no Consumer Choice Award Canadá 2013-2014.

Desde 1987, o Consumer Choice Award é a única organização no Canadá que reconhece e promove a excelência empresarial de produtos e serviços de diferentes categorias. Os questionários são realizados através de uma pesquisa de mercado totalmente independente e baseada nas opiniões de consumidores de todo o país. Os vencedores recebem um selo de qualidade e excelência.

O Genacol está no Brasil há oito meses, mas já se encontra disponível no mercado canadense há 14 anos. O prêmio de melhor produto para a saúde das articulações pode ser conferido em www.caward.com.

PRÓ-MEMÓRIA



Com o objetivo de capacitar e melhorar o dia a dia de cuidadores e pacientes com doença de Alzheimer, a **Novartis** lança em abril a plataforma Cuidar, um novo projeto que disponibiliza uma série de vídeos online, gravada com alguns dos principais

especialistas sobre a doença no Brasil.

A plataforma é parte do programa de apoio Pró-Memória, desenvolvido para ajudar o paciente a seguir corretamente o tratamento prescrito por seu médico e incentivá-lo a manter hábitos saudáveis em sua vida. O programa também oferece atendimento especializado ao cuidador.

“A inovação, oferecida por meio do medicamento e dos programas de apoio, é um suporte efetivo à qualidade de vida das famílias impactadas pela doença”, revela Fernanda Boulos, gerente de área terapêutica da Novartis.

Para participar, acesse: <http://promemoriaonline.com.br>

INAUGURAÇÃO DE NOVA UNIDADE



O Grupo IPC Saúde prepara a inauguração de uma unidade da Clínica Sainte-Marie Hospice – Cuidados Paliativos. A estrutura faz parte do projeto da nova Sainte-Marie Alphaville, em Barueri, São Paulo, que ocupará três andares do Edifício Medic Life, onde também está localizada a recém-inaugurada loja do IPC Nutri.

Voltado para o atendimento a idosos, o pronto atendimento contará com uma estrutura ampla, moderna e acolhedora, com consultórios médicos, além de uma área de observação onde os pacientes poderão ser acompanhados.

“Escolhemos Alphaville pelas características sociais e econômicas da região. Já temos uma unidade do Instituto Paulista de Cancerologia no mesmo edifício e esta nova unidade chega para fortalecer a marca do Grupo IPC Saúde na região”, explica Guilherme Mendes Filho, diretor do Grupo IPC Saúde.

“Escolhemos Alphaville pelas características sociais e econômicas da região. Já temos uma unidade do Instituto Paulista de Cancerologia no mesmo edifício e esta nova unidade chega para fortalecer a marca do Grupo IPC Saúde na região”, explica Guilherme Mendes Filho, diretor do Grupo IPC Saúde.

EQUIPAMENTO PARA CIRURGIA DE CATARATA A LASER



Em 2013 a **Alcon®**, divisão de produtos oftalmológicos do Grupo Novartis®, lançou no Brasil o LenSx® Laser System, o primeiro equipamento a laser aprovado pela Anvisa para cirurgias de catarata.

O LenSx® permite automatizar etapas do procedimento cirúrgico que até então eram realizadas manualmente, com bisturi. Com o uso do

laser femtossegundo, o equipamento faz automaticamente as incisões e o fracionamento do cristalino, proporcionando maior precisão, previsibilidade e padronização na incisão, com mais segurança e conforto para o paciente. A nova tecnologia permite um pós-operatório mais rápido e com melhores resultados refrativos.

O laser possibilita ainda posicionar com precisão a lente intraocular implantada, reduzindo erros refracionais, melhorando a acuidade visual do paciente e reduzindo a dependência de óculos corretivos, que são normalmente usados após a cirurgia de catarata.



SITE REPAGINADO

A **Nova Química** acaba de colocar no ar seu novo website institucional.

Na homepage do novo site o internauta vai encontrar as notícias mais recentes relacionadas à empresa e ao segmento farmacêutico, bem como o bulário online e o vídeo institucional, com duração de 3 minutos.

A barra de menu está dividida em: Institucional (histórico da empresa), Medicamentos (relação de produtos genéricos e de prescrição médica, com acesso às bulas), Estilo Nova (fanpage no Facebook), Educação Continuada (área restrita a médicos e profissionais de farmácia, com materiais de atualização em suas áreas de atuação) e Dicas de Saúde (aberto a todos aqueles que se preocupam em ter boa saúde). Para acessar a área restrita é necessário cadastramento prévio.

O site também se adapta a smartphones e tablets.

Para saber mais, visite: www.novaquimicafarma.com.br ou www.nqfarma.com.br



abril

➡ **10th World Congress on Brain, Behavior and Emotions**
7 a 9 de abril • Montreal, Canadá •
www.brain2014.com/index.php

➡ **5^o Congresso Internacional de Atividade Física e Saúde Pública**
8 a 11 de abril • Windsor Barra Hotel e Congressos, Barra da Tijuca • RJ
www.icpaph2014.com

➡ **Economia da Longevidade – Os desafios do envelhecimento da população**
12 e 26 de abril • Forum Apart Hotel • Belo Horizonte, MG •
www.ciape.org.br

➡ **Fórum Internacional de Diabetes (IDF 14)**
24 a 26 de abril • Bourbon Cataratas Convention • Foz do Iguaçu, PR •
www.diabetes2014.com

➡ **XIX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**
29 de abril a 3 de maio • Centro de Convenções Hangar • Belém, PA •
www.cbgg2014.com.br

maio

➡ **29th International Conference of Alzheimer's Disease (ADI 2014)**
1 a 4 de maio • San Juan, Porto Rico •
www.adiz2014.org

➡ **2014 Annual Scientific Meeting of the American Geriatrics Society (AGS)**
14 a 17 de maio • Walt Disney World Swan and Dolphin – Orlando, FL, EUA • www.americangeriatrics.org/annual_meeting/attendees/

➡ **VI Congresso Brasileiro de Nutrição e Câncer (CBNC) e Ganepão 2014**
14 a 17 de maio • São Paulo, SP •
www.ganepao.com.br

➡ **VI Congresso Uruguaio de Gerontologia e Geriatria**
25 a 27 de maio • Centro de Convenciones Intendencia de Montevideo • Uruguai •
www.geriatria2014.org.uy

➡ **4th Congress of the Clinical Section IAGG – European Region 2014 & 7th Academic Geriatric Congress 2014**
28 a 31 de maio • Antalya, Turquia •
www.iaggantalya2014.org

jun/ago/set

➡ **12th International Federation of Ageing Global Conference**
10 a 13 de junho • Hyderabad, Índia •
www.ifa2014.in

➡ **9th World Conference of Gerontechnology (ISG 2014)**
18 a 21 de junho • Taipei, Taiwan •
isg2014.org

➡ **SIGG 2014**
22 e 23 de agosto • Hotel Matsubara • São Paulo, SP •
www.unifesp.br

➡ **10^o Congresso de Cérebro, Comportamento e Emoções**
28 a 30 de agosto • Hotel Serrano • Gramado, RS •
www.ccmeventos.com.br

➡ **III Global Congress da Fragility Fracture Network**
4 a 6 de setembro • Madri, Espanha •
www.ffn-congress.com

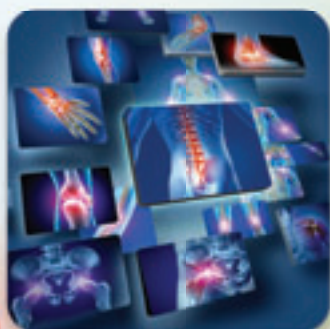
➡ **GERO 2014**
5 e 6 de setembro • Centro de Convenções Rebouças • São Paulo, SP •
www.clceventos.com.br

➡ **10th International Congress of the European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)**
17th Congress Dutch Society of Geriatric Medicine
12th Congress Dutch Society of Gerontology
17 a 19 de setembro • Rotterdam, Holanda • www.eugms2014.org

➡ **XIV Fórum Brasileiro de Neuropsiquiatria Geriátrica**
25 a 27 de setembro • Minascentro • Belo Horizonte, MG •
www.ccmeventos.com.br

Genacol®

UMA REVOLUÇÃO NA SAÚDE OSTEOARTICULAR!



Auxilia na saúde das articulações, regeneração das cartilagens, ligamentos, tendões, ossos, pele, músculos e muito mais. **AJUDA NO ALÍVIO DA DOR E MELHORA DA MOBILIDADE.**

Exclusiva matriz biotiva de aminoácidos provenientes do colágeno hidrolisado 100% puro, que age diretamente na produção e assimilação dos colágenos Tipo I, II, III, IV e V.

NATURAL, SEM CONTRA-INDICAÇÃO, SEGURO E EFICAZ.

PRESENTE EM MAIS DE 50 PAÍSES E AGORA NO BRASIL



#1 | VENCEDOR

**MELHOR PRODUTO PARA A SAÚDE DAS ARTICULAÇÕES
CONSUMER CHOICE AWARD
CANADA**

Reg. Min. Saúde 4.1480.0031.001-0
Consulte sempre um médico
ou profissional da saúde.



Múltiplos benefícios e resultados comprovados por Estudos Clínicos publicados.



AminoLock®
Sequence Technology
Tecnologia patenteada

www.genacol.com.br
facebook.com/genacol.br



CONFIANÇA PARA VIVER PLENAMENTE

Ogilvy

RECOMENDADA PARA QUEM QUER VIVER PLENAMENTE
TODAS AS ATIVIDADES DO DIA A DIA.



EM TORNO DE 5 MILHÕES DE BRASILEIROS TÊM INCONTINÊNCIA URINÁRIA LEVE A MODERADA¹, E A MAIORIA NÃO SABE QUE A ROUPA ÍNTIMA² É UMA EXCELENTE SOLUÇÃO PARA ISSO. ALÉM DE TER UM ÓTIMO CUSTO-BENEFÍCIO³, QUEM USA PLENITUD ACTIVE® UNISSEX SENTE MAIOR LIBERDADE NOS MOVIMENTOS, JÁ QUE O PRODUTO SE ADAPTA AO FORMATO DO CORPO, PROPORCIONANDO MAIOR CONFORTO.

WWW.VIVAPLENITUD.COM.BR FACEBOOK.COM/VIVAPLENITUD



MELHOR CUSTO-BENEFÍCIO³

1. FONTE: ESTUDO U&A AMÉRICA LATINA/CENSO IBGE 2010. 2. ROUPA ÍNTIMA DESCARTÁVEL. 3. CUSTO-BENEFÍCIO RELATIVO SOMENTE AOS PRODUTOS DA MARCA PLENITUD.