



EM MOVIMENTO
IDEIAS E RECURSOS PARA
O PACIENTE E PARA O CUIDADOR

NEFROLOGIA
DOENÇA RENAL CRÔNICA
NO PACIENTE IDOSO



RADAR
LANÇAMENTOS E NOTÍCIAS
DO MERCADO DE SAÚDE

ano II • edição 12
agosto/setembro 2014



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



CAPA

Critérios atuais para diagnóstico e
tratamento da Doença de Alzheimer

COLÓQUIO

A presidente da ABRAz Fernanda G. Paulino fala
sobre o papel do cuidador do paciente de Alzheimer

CARDIOLOGIA

Insuficiência coronariana
crônica em idosos

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, Kickinger A, Wagner KH, Elmadfa I. Vitamin status in elderly people in relation to the use of nutritional supplements. *J. Nutr. Health Aging*. 2012;16(3):206-12. 3. Morley JE. Sarcopenia in the elderly. *Fam Pract*. 2012;29 Suppl 1:i44-i48.

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



6 Colóquio

A presidente da ABRAZ, **Fernanda Gouveia Paulino**, fala sobre a importância de olhar também para quem cuida no contexto do Alzheimer



12 FYI

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

16 Capa

Confira as opiniões dos especialistas sobre os critérios atuais para o diagnóstico e o tratamento da Doença de Alzheimer



22 Cardiologia

Insuficiência coronariana crônica em idosos
Alberto de Macedo Soares

28 Nefrologia

Doença renal crônica no paciente idoso
Venceslau Coelho e Marcelo Altona

36 Em movimento

Ideias e recursos para o paciente e para o cuidador

38 Radar

Lançamentos e notícias do mercado de saúde

42 Programe-se

Anote na agenda: simpósios, congressos e workshops



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

GERIATRIA

Editor clínico:

João Senger

Conselho editorial:

Claudia Burlá

Clineu de Mello Almada Filho

Cybelle Maria Costa Diniz

Eduardo Ferrioli

Elisa Franco de Assis Costa

Elizabeth Viana de Freitas

Emilio Hideyuki Moriguchi

Eurico T. De Carvalho Filho

Fânia Cristina dos Santos

João Carlos Barbosa Machado

Julio César Moriguti

João Toniolo Neto

Matheus Papaléo Netto

Mauricio de Miranda Ventura

Maysa Seabra Cendoroglo

Milton Luiz Gorzoni

Naira H. Salles de Lima Hojaj

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
REVISTA DE
GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Editorial

Lilian Liang

Projeto gráfico e direção de arte

Luciana Cury

Revisão

Andrea Caitano

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: Alberto de Macedo Soares,

Flávia Lo Bello, Marcelo Altona e Venceslau Coelho

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

O poder da informação



Minha mãe não sabe ler português muito bem. Nascida e criada em Taiwan, uma ilha a 120 quilômetros da costa da China continental, veio para o Brasil logo depois que se casou com meu pai. Fala português muito melhor que muitos imigrantes contemporâneos, mas temas muito complicados ou técnicos passam batido.

Talvez por isso, nunca tenha prestado muita atenção a campanhas sobre a Doença de Alzheimer. Por ter uma loja no mesmo bairro há 40 anos, ouve muitas histórias de conhecidos que desenvolveram a doença. Sabe que a condição é cruel: causa confusão, perda de memória; aos poucos, a pessoa deixa de ser ela mesma. Seu conhecimento sobre a doença para por aí.

Em meados de julho, ela veio me mostrar um artigo publicado no jornal chinês que lê todos os dias. Era uma matéria sobre uma jornalista de Taiwan que havia escrito um livro sobre a mãe, que está com Alzheimer. Contava, em detalhes, episódios que mostram como a doença progredia e a dificuldade de lidar com ela. Minha mãe não soube dizer o que a havia impressionado tanto: se a semelhança física entre ela e a paciente (a matéria era acom-

panhada de foto da mulher ainda saudável), se as idades próximas, se as histórias de vida parecidas. Sei que ela me contava o caso com um misto de terror e incredulidade. Ficou sem dormir por alguns dias.

Setembro é o mês em que se comemora o Dia Mundial de Conscientização da Doença de Alzheimer. Hoje são mais de 1,2 milhão de brasileiros acometidos por ela – número que só tende a crescer, graças ao aumento da expectativa de vida na população. E como estamos nos preparando para lidar com esse aumento? De que maneira estamos trabalhando para garantir qualidade de vida por mais tempo aos pacientes? De que forma podemos ajudar os cuidadores? Essas e outras questões são abordadas nesta edição da *Aptare*.

Em Colóquio, a presidente da Associação Brasileira de Alzheimer, Fernanda Gouveia Paulino, fala sobre a evolução no modo de encarar a doença e os desafios trazidos com essa mudança, principalmente na questão de família e cuidadores. E, em Capa, a repórter Flávia Lo Bello faz um ótimo trabalho ao entrevistar especialistas sobre a importância do diagnóstico precoce da Doença de Alzheimer e os recursos – farmacológicos ou

não – disponíveis para retardar sua progressão.

O que fica claro é que, em todas as ações voltadas para a Doença de Alzheimer, o denominador comum é a informação. É ela que possibilita tomar as decisões mais acertadas e lidar com o processo de adoecimento de forma mais tranquila e serena. Enquanto não há cura, talvez essa seja a nossa maior ferramenta.

Foi a informação que restituiu o sono a minha mãe. Mostrei a ela um estudo dinamarquês divulgado durante a Alzheimer's Association International Conference 2014, realizada em julho, em Copenhague, que mostra que exercício físico, alimentação balanceada e atividades sociais – hábitos já incorporados a sua rotina –, entre outros fatores, podem ajudar a prevenir um quadro de demência. Com isso, dona Alice voltou a dormir.

Boa leitura!

Lilian Liang
Editora



Fernanda Gouveia Paulino
Presidente da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz)

Foco nas alternativas

Por Lillian Liang

O bom humor parece ser a marca registrada da psicóloga Fernanda Gouveia Paulino, presidente da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). Nem mesmo uma carreira inteira construída no contato diário com casos complicadíssimos, que envolvem vida ou morte de pacientes, foi capaz de mudar a forma “copo meio cheio” com que encara a vida. Pelo contrário: as experiências por que passou em áreas como neurologia e UTI lhe ensinaram uma lição valiosa. Para Fernanda, se não há como solucionar a situação, é preciso buscar alternativas para melhorá-la.

É essa visão de mundo que procura imprimir à ABRAz, uma organização sem fins lucrativos que reúne familiares, familiares-cuidadores e cuidadores profissionais de pessoas com Doença de Alzheimer, com o objetivo de desenvolver ações em favor dos pacientes e oferecer apoio aos familiares-cuidadores. Por isso, mesmo na posição de presidente, não

abre mão de continuar como coordenadora voluntária de um dos grupos de apoio mantidos pela instituição em São Paulo, papel que desempenha desde 2005. Segundo Fernanda, é no contato com as famílias que ela testemunha o impacto que as alternativas podem ter.

“Quando os familiares começam a participar dos grupos de apoio e, através das informações e da troca de experiências com outros participantes, aprendem a lidar com a doença, a vida fica completamente diferente e a gratidão é imensa”, diz.

Um dos exemplos dessa gratidão é a campanha publicitária para o Dia Mundial da Doença de Alzheimer, desenvolvida no ano passado. São dois filmes, de 30 segundos cada um, em que artistas do calibre de Eva Wilma, Beatriz Segall e Marília Gabriela, entre muitos outros, aparecem com uma fitinha no dedo dizendo “Eu não esqueço” – uma alusão ao mote da campanha, “Alzheimer – Eu não esqueço”. Uma campanha que

teria saído caríssimo, mas que não teve custo algum.

“Conseguimos tudo: desde os atores até a produtora, do estúdio ao maquiador, só com os participantes do meu grupo de apoio”, conta ela, cheia de orgulho. “São pessoas extremamente gratas, porque se sentem ajudadas.”

Fernanda se autointitula, em tom de brincadeira, uma “hiperativa funcional sem déficit de atenção”. Isso porque, além das funções na ABRAz, tem de fazer malabarismo com os papéis de professora e pesquisadora em sua *alma mater*, a PUC-SP, psicóloga clínica, esposa e mãe. Até setembro, soma-se à sua rotina a organização do VIII Congresso Brasileiro de Alzheimer, que é quando termina sua gestão de três anos à frente da ABRAz. Já existe uma lista imensa de projetos para ocupar o espaço que vai se abrir na agenda.

Numa conversa descontraída e bem-humorada, Fernanda falou sobre as atividades da ABRAz, das dificuldades no diagnóstico e trata-

mento de um paciente de Alzheimer e das mudanças no papel do cuidador. Confira a entrevista a seguir.

Aptare – A ABRAz tem mais de duas décadas. Como é o trabalho da instituição?

Fernanda Gouveia – Nesses quase 25 anos de existência, a principal atividade desenvolvida pela ABRAz é o apoio a familiares-cuidadores, oferecendo tanto informações quanto apoio emocional e social para as pessoas lidarem melhor com o processo de adoecimento nas situações de demência. Trabalhamos com Doença de Alzheimer (DA) e outras demências, além de quadros diversos de idosos com alta dependência. O foco principal é a assistência ao cuidador, mas muitas outras atividades são desenvolvidas, porque temos 19 regionais e 75 sub-regionais. Cada regional tem suas atividades. A ABRAz nacional organiza as regionais.

Nesse sentido, nos últimos três anos produzimos muito material para favorecer o trabalho e a assistência dessas

regionais, de maneira a aproximar e padronizar as ações. São vários projetos em desenvolvimento, que entregaremos a todas as regionais durante o VIII Congresso Brasileiro de Alzheimer. A ABRAZ nacional funciona como reguladora da ação das regionais e tem um papel importante na produção de material e de campanhas.

Aptare – Como você vê as mudanças no cuidado do paciente de Alzheimer, principalmente considerando o papel cada vez mais central do cuidador?

Fernanda – O papel do cuidador familiar é fundamental em várias doenças crônicas, não só na DA. Se pensarmos nessas últimas duas décadas, o investimento em pesquisa e em assistência para cuidadores é cada vez maior.

Isso acontece porque hoje temos mais doenças crônicas e as pessoas sobrevivem a elas por muito mais tempo. Os tratamentos fazem com que elas vivam mais, mas muitas vezes com grau de dependência elevado, o que não acontecia 30 anos atrás. Há 30 anos, uma pessoa com diagnóstico de câncer ou Aids certamente iria morrer. Há 30 anos, se o idoso estivesse esclerosado, não haveria investimento nele porque iria morrer disso. Não se pensava em assistência, qualidade de envelhecimento ou produtividade no envelhecimento.

A partir do momento em que foram sendo desenvolvidos tratamentos para doenças

crônicas, mesmo para as degenerativas, como DA, o papel da família passou a ser fundamental. Num determinado momento, os estudos e a assistência caminharam no sentido de dar informação à família, de modo que ela pudesse cuidar desse doente fora das instituições de saúde – afinal, esse doente voltava para casa e precisaria de assistência. Isso poderia acontecer num caso de AVC, de infarto e de outras doenças que, hoje sabemos, são crônicas e requerem cuidado fora das instituições de saúde. Num primeiro momento, portanto, a família entrou como colaboradora do cuidado.

Aptare – De que maneira esse papel mudou e evoluiu?

Fernanda – Depois começamos a ter pesquisas e a enxergar o cuidador como alguém que tem a própria vida modificada, não só como uma pessoa que vai oferecer assistência. No olhar dos profissionais de saúde, era uma cobrança muito grande falar com a família sobre todas as coisas que o cuidador teria de fazer para o paciente. Cada profissional dá à família um número imenso de informações, e esta fica completamente perdida com a quantidade de demandas.

Assim, num segundo momento, começamos a enxergar a própria família como alguém que tem a vida modificada. Ter uma pessoa com alto grau de dependência, que vai perder a autonomia, como um paciente de DA, requer uma reestruturação fa-

miliar, uma reorganização para conseguir dar conta dos cuidados. E começamos a perceber que essa família fica estressada, a qualidade de vida cai, os problemas conjugais começam a aparecer, assim como os problemas de saúde. Começamos a olhar para essa família como alguém que faz parte do tratamento, não só como quem vai oferecer cuidado para o doente, porque ela também é afetada pela situação de adoecimento. Começamos a olhar isso como uma unidade – essa é, inclusive, uma recomendação da OMS: olhar para a família, em situações de adoecimento crônico, como parte integrante desse processo de cuidado.

Existem estudos que pensam não apenas no familiar-cuidador, mas no funcionamento familiar e na mudança desse funcionamento. Os projetos que desenvolvemos têm esse olhar, de oferecer apoio ao cuidador e pensar na reestruturação da família para absorver o idoso que vai desenvolver dependência. Quadros como a DA, por serem degenerativos, requerem flexibilidade da família, porque ela se adapta a determinado sintoma, mas esse sintoma se agrava, ou aparecem novos, e ela precisa fazer outras reorganizações. Isso exige da família não só uma flexibilidade grande, mas também constante manutenção, porque as demandas são variadas. Alguns familiares no grupo de apoio que coordeno frequentam o grupo há mais de

dez anos. Eles colaboram com outras pessoas, trazendo experiência, e continuam tendo demandas novas, porque a cada momento a demanda do cuidador muda. Dependendo do sintoma ou da combinação de sintomas e das características de personalidade do paciente, a demanda de cuidado é diferente, a maneira de lidar com o paciente muda, o número de pessoas envolvidas varia. O fato de ser uma doença degenerativa faz a gente ter um olhar ainda mais atento à família, no sentido de não ser um assunto sobre o qual ela faz um curso, entende o que acontece e acabou. Ela precisa ter a informação, sim, mas também tem de saber como manejar sintomas, reorganizar a própria vida, investir em autocuidado e na reorganização da família. Essa é uma tarefa extremamente complexa.

Aptare – Da sua experiência, quais as dúvidas mais comuns de familiares depois de um diagnóstico de Alzheimer?

Fernanda – O impacto do diagnóstico é muito importante. A família, num primeiro momento, duvida do diagnóstico e, na maior parte das vezes, demora muito para procurar ajuda profissional. Quando o faz, o discurso é sempre que as alterações estão leves. Mas, na minha experiência clínica, muitas vezes temos a oportunidade de ver o paciente e, quando nos aprofundamos com a família nos sintomas que vêm ocorrendo, ele já está no está-

gio moderado da doença. Porém, mesmo quando o quadro é evidente, a negação da família é muito grande.

Uma demanda que tem sido muito discutida é que as mudanças que precisam ser promovidas na vida dos pacientes são muito difíceis para a família. Ela terá de assumir um papel importante e tomar algumas decisões pelo paciente. Isso é cada vez mais frequente. Uma explicação para isso é que hoje recebemos uma geração de pessoas que foram muito autônomas ao longo da vida. Em gerações anteriores, era mais comum os pacientes serem mulheres muito submissas aos maridos, sem atividade profissional e com a vida mais atrelada à família. Nesse caso, submeter-se a uma decisão dos filhos era mais fácil. Agora estamos numa geração em que as pessoas tiveram muitas atividades na vida. É muito difícil dizer para uma mulher independente que ela não pode mais dirigir ou cuidar da sua conta bancária. A questão que envolve perda de poder, hierarquia e perda de autonomia do paciente é muito complicada para as famílias.

Outro assunto muito difícil é a adesão ao tratamento. As pessoas precisam entender sua importância, mesmo sabendo que vamos perder. É muito difícil entrar numa briga sabendo que vamos perder, mas essa é uma primeira visão. O que tentamos mostrar às famílias é que a gente vai perder para a doen-

ça, mas vai ganhar em qualidade de vida no processo. Esse é o investimento que fazemos, porque nossa experiência mostra que esses pacientes vivem mais autonomamente por mais tempo, e a nossa luta é por mais tempo. Então a família precisa saber que a adesão ao tratamento é importante.

Aptare – Uma das grandes dificuldades para os familiares é o gerenciamento dos sintomas do paciente.

Como orientá-los?

Fernanda – O manejo de sintomas é outro ponto bastante discutido, porque as pessoas não sabem como lidar com eles e acabam adotando a postura do senso comum, que diz “Não vamos contrariar”. Aí, muitas vezes a família não contraria o paciente, e ele se expõe a uma situação de risco, por exemplo.

Outro aspecto comum na questão dos sintomas é o de negação. A família nega a realidade de que o paciente não consegue mais fazer determinadas coisas e insiste para que ele as faça, gerando um conflito desnecessário. Ao não saber lidar com um sintoma, a família deixa de cumprir sua função, que é a de proteger o paciente das situações em que ele não tem mais o discernimento de tomar decisões sozinho. O papel da família é proteger, favorecer o tratamento e investir em qualidade de relação, mas para isso ela precisa ter recursos e saber identificar o que é sintoma, que muitos

confundem com a própria maneira de ser do paciente.

Depois da identificação dos sintomas, é importante saber como manejá-los. Seria fantástico se pudéssemos oferecer um manual de manejo de sintomas: se o paciente tiver isso, faça determinada coisa que vai funcionar. Mas nosso trabalho com as famílias é: vamos testar estratégias que vão funcionar com aquele paciente dependendo dos valores importantes para ele. Ele continua a mesma pessoa, então vamos trabalhar quais as melhores formas de lidar com ele.

Muitas vezes a família fica desesperada, querendo ser criativa e inventando inúmeras estratégias. Mas a nossa orientação é a seguinte: uma estratégia que funcionou deve ser repetida sempre, até que ela deixe de funcionar por causa da evolução dos sintomas. Aí buscamos novas opções. Se encontramos uma maneira de fazer com que o paciente tome banho, devemos mantê-la. Muitas famílias acham que precisam oferecer uma estratégia nova todos os dias, quando, na verdade, o paciente esqueceu que aquilo foi feito muitas vezes. Sempre digo às famílias que nós estamos um passo à frente e, portanto, sabemos o que vai funcionar. Não é fácil, porque isso envolve aceitar que o paciente está funcionando de jeito diferente. Que é mais importante conseguirmos o banho sem conflito do que oferecer uma variedade de alternati-

vas que, para o paciente, não farão diferença.

Aptare – O paciente deve ser informado de seu diagnóstico?

Fernanda – A revelação diagnóstica é um assunto bastante importante e atual, que envolve contar ou não contar ao paciente que ele tem a doença. Estudos e a própria experiência clínica mostram que existem vantagens e desvantagens nesse processo. Para alguns pacientes, a revelação diagnóstica pode desencadear um quadro de depressão, pois a notícia de que se tem uma doença crônica e degenerativa gera um impacto enorme. Mas, por outro lado, ela também dá a possibilidade de essa pessoa compartilhar escolhas, decidir sobre o processo, aderir ao tratamento. Isso é especialmente importante para pacientes que são muito resistentes a dividir poder com familiares e a abrir mão da autonomia. No entanto, vale ressaltar que, se a opção for de revelar o diagnóstico, isso precisa ser feito no começo da doença. Num estágio mais avançado, o paciente não guardará a informação e a escolha não será bem aproveitada.

Geralmente as pessoas preferem não contar, porque a postura delas em relação ao idoso ainda é muito protecionista. Fizemos uma pesquisa recentemente e a grande maioria dos familiares dizia que não revelaram o diagnóstico ao paciente, mas que, se eles tivessem esse diagnóstico, gostariam de saber. Portanto, as pessoas

percebem a vantagem de participar do processo, mas, quando têm esse poder nas mãos, não conseguem dar a notícia, alegando que o idoso é frágil e que não vai aguentar. É um dado de pesquisa bastante interessante e deixou evidente a postura paternalista em relação ao idoso.

Aptare – Parece-me que contar é a melhor opção. Vocês tentam convencer os familiares a revelar o diagnóstico ao paciente?

Fernanda – Nosso papel não pode ser o de convencer. Nos grupos de apoio, oferecemos a possibilidade de as pessoas discutirem sobre as vantagens e desvantagens do processo. Temos um grande ponto a nosso favor, que é muito importante para as famílias nos grupos: a troca de experiências e informações entre os próprios familiares. Cuidadores mais experientes relatam que escolheram contar, outros que optaram por não contar, quem se arrepende ou não e por que, como lidaram com o processo. Isso ajuda as famílias a tomar a decisão. Nossa orientação é no sentido de que, se a opção for por contar, deve ser no início da doença. É uma decisão muito difícil, porque justamente por ser no início a família ainda está muito impactada e pouco acostumada com o processo. É uma mudança muito intensa na maneira de se relacionar com aquela pessoa. Estamos falando de cuidadores que, na maior parte das vezes, são filhos ou cônjuges. São pessoas que lidaram com

esse paciente ao longo de 40, 50, 60 anos e que têm de ouvir “Olha, ele não funciona mais do mesmo jeito”. E aí a esposa, que está com ele há 60 anos, diz “Você não conhece meu marido mais do que eu”. E ela tem razão. Mas nós conhecemos a doença, e é muito difícil para essas pessoas olhar o paciente como alguém que não funciona do mesmo jeito. Para a família, é uma tentação muito grande testar, para ver se dessa vez vai funcionar. Por isso, muitas vezes usam uma estratégia que não funciona porque ainda não aceitaram o processo.

O adoecimento é um processo de difícil aceitação. O fato de a pessoa dizer “Meu pai tem Alzheimer”, de conseguir nomear a doença, não significa que ela aceitou todas as mudanças que vêm a partir desse processo. E a revelação diagnóstica é eficiente no início, quando muitas vezes as pessoas não estão prontas para revelar o diagnóstico porque ainda não o aceitaram. Esse é um momento de intervenção muito delicado, então não podemos ter esse papel de convencer a família a contar, até porque não é em todos os casos que isso vai ser uma vantagem. É um assunto que precisa ser muito bem cuidado e discutido. As vantagens que citei se aplicam em algumas situações. Nesse momento, estou acompanhando um caso em que a família está sendo parada para fazer a revelação do diagnóstico porque o pa-

ciente é extremamente resistente a abrir mão da autonomia e, com isso, se expõe a riscos importantes, como dirigir. Se ele não tem uma boa orientação espacial ou se expõe a uma situação de risco pessoal ou social, é preciso haver uma intervenção da família, porque o paciente muitas vezes não tem crítica adequada para avaliar o risco. Então ele acha que é capaz porque mecanicamente consegue dirigir, mas não tem mais a mesma atenção ou orientação espacial que lhe permita desenvolver a atividade com a segurança necessária, tanto para ele quanto para a sociedade. Por isso é necessário haver uma intervenção familiar, e a família precisa se preparar para isso. Nesse paciente específico, acho que seria interessante a revelação do diagnóstico, mas a família tem de estar pronta para esse processo, para bancar as consequências que vêm dessa escolha.

Aptare – O foco da ABRAZ é nos cuidadores familiares, mas é crescente o número de cuidadores profissionais. Eles também podem participar dos grupos de apoio?

Fernanda – Nos grupos de apoio, eles têm um foco específico na assistência do cuidador familiar, mas o cuidador profissional também pode participar. Nesse sentido, um dos projetos que desenvolvemos nessa gestão foi a padronização dos grupos de apoio, que deu origem a dois blocos: informativo e de apoio social e

emocional. Os grupos informativos têm foco de oferecer informação. São profissionais que orientam e tiram dúvidas a respeito de como lidar com o paciente, sobre cuidado, diagnóstico e tratamento. Já os grupos de apoio social e emocional são um espaço onde as pessoas podem relatar as dificuldades enfrentadas, e o grupo constrói junto estratégias para lidar com essas situações, oferecendo alternativas, pensando de maneira flexível. O objetivo é olhar para o paciente de forma diferente, aproveitando a experiência de outros cuidadores. É aberto também a cuidadores profissionais, mas fica claro que o espaço de discutir e contar histórias é para a família.

Aptare – Além dos grupos, quais são outros projetos que a ABRAZ desenvolve?

Fernanda – Há vários projetos nesta gestão. Um deles é o Quanto Antes Souber, Mais Tempo Você Terá para Lembrar, um programa psicoeducativo de oito horas de duração, voltado tanto para profissionais de saúde quanto para pessoas que têm contato com idosos e suas famílias, com foco na detecção precoce da DA. O programa tem aulas; atividades vivenciais para as pessoas se colocarem no papel do idoso e entenderem as dificuldades do envelhecimento normal e do envelhecimento patológico; um vídeo informativo de uma hora de duração, em que o ator Carlos Moreno interpreta vários personagens com

sintomas iniciais da DA, com discussões e explicações sobre a diferença entre esses sintomas e os do processo de envelhecimento normal.

Esse é um dos pontos que procuramos enfatizar: para fazer a detecção precoce, é preciso informar a população sobre os sintomas iniciais e a diferença entre estes e os do envelhecimento normal, porque muitas vezes é isso que adia o diagnóstico. Mesmo pessoas esclarecidas, com ótimo nível educacional, muitas vezes fazem o diagnóstico tardio ou demoram para levar o paciente ao geriatra ou ao neurologista.

O nome do programa é uma campanha de detecção precoce que procura mostrar que, quanto antes o tratamento é oferecido, maior é a chance de um bom resultado. Às vezes o paciente já está com os sintomas estabelecidos, não está tomando medicação nem sendo avaliado em relação a cuidados ou exposição a situações de risco.

Aptare – Mas estamos preparados para um aumento na demanda de tratamento?

Fernanda – Temos um problema que nunca sabemos onde começa. Por um lado, a detecção precoce cria, sim, uma demanda. Mas, por outro, é o único jeito de nos organizarmos para oferecer tratamento. Veja o exemplo do HIV: é um esquema bem organizado exatamente porque chegou-se à conclusão de que tratar era mais barato que não tratar as pessoas. Por isso, tudo funciona. Na DA, ainda

não conseguimos chegar a esse nível porque o custo da doença vai para a família. O que queremos mostrar é que o custo vai para a sociedade de maneira geral. Se houver pacientes mais bem tratados, haverá pacientes autônomos por mais tempo. E também familiares menos sobrecarregados, que poderão se manter no mercado de trabalho por mais tempo.

Estamos falando de uma realidade virtual, porque não sabemos o que vai acontecer. Mas sabemos que pacientes detectados precocemente têm mais chance de viver por mais tempo, com mais qualidade de vida. O momento é agora. Com o envelhecimento da população e a perspectiva que temos, os idosos serão em breve a faixa etária mais dependente de cuidados. Se não se iniciar agora uma mudança de cultura de investimento nesse idoso, teremos um problema muito maior depois. Ainda há tempo para criar uma solução.

Aptare – Voltando aos projetos...

Fernanda – Temos projetos em várias frentes, mas vale a pena destacar alguns. Para os voluntários, está sendo finalizado um grande projeto – que ganhou o prêmio Talentos da Maturidade, realizado pelo Banco Santander, em 2011 –, que promove a padronização das ações dos grupos de apoio por meio de materiais como manual de procedimentos, vídeos infor-

mativos, programas e oficinas de treinamento. Foi um projeto de grande investimento que, no longo prazo, vai nos possibilitar o aumento da base de voluntários.

Envolvendo a família, temos uma pesquisa sobre adesão ao tratamento – outra discussão importante que queremos começar, porque, mesmo quando a família é informada, a adesão ao tratamento não farmacológico tende a ser baixa.

Para os pacientes, temos o Concurso de Artes ABRAz, cujo objetivo é mostrar a importância da arte como forma de estimulação. Pacientes de Alzheimer podem participar nas categorias Escultura, Artes Plásticas, Artesanato e Literatura. Este ano, podem participar também seus familiares – na categoria Fotografia, cujo tema é Família, Afeto e Demência – e cuidadores. As inscrições estão abertas e a premiação será feita durante o congresso.

Para o público, um projeto que já está em funcionamento é a nossa linha 0800, uma maneira de atingirmos pessoas em cidades que não têm grupos de apoio. Com a padronização das ações, seremos capazes de ampliar o voluntariado, porque teremos mais coordenadores formados para liderar grupos. Mas, enquanto isso, o 0800 é uma das formas de entrar em contato com a ABRAz e receber informações sobre a doença.

Procurando conscientizar os jovens, desenvolvemos

um workshop com atividades vivenciais para reflexão sobre o processo de envelhecimento e aproximação com avós dependentes. Agora queremos ampliar esses programas.

Aptare – Pessoalmente, qual o impacto de trabalhar com uma doença tão devastadora?

Fernanda – Durante minha história profissional, principalmente nas experiências na neurologia e em UTIs, sempre trabalhei com situações muito graves. Isso me faz olhar a realidade das pessoas de uma maneira diferente: sempre da perspectiva do que temos para fazer e não do que não podemos fazer. Se não há solução para o problema, procuro encontrar alternativas para melhorar a situação do paciente. Acho que esse viés de olhar para a alternativa, e não para a perda, ajuda as pessoas a lidar com situações-limite. Sim, é necessário olhar para a perda, não para valorizá-la, mas para reconhecer as opções. Essa é a cultura que venho tentando imprimir na ABRAz: temos o que fazer e muita coisa pode ser feita para melhorar.

Esse é o diferencial do trabalho, que o torna prazeroso e leve. Quando contamos sobre o trabalho, as pessoas ficam encantadas, porque veem que a gente acredita naquilo que faz. E aí elas se sensibilizam, e sensibilizam outras pessoas. Ver as famílias serem ajudadas é mais gratificante para mim do que para elas.

Nova Química

A DINÂMICA RELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO COGNITIVA E VELOCIDADE DE MARCHA: O ESTUDO LONGITUDINAL DE ENVELHECIMENTO INGLÊS



Estudos transversais mostram que idosos com melhor cognição tendem a andar mais rápido. Ainda não é claro, no entanto, se essa associação reflete a influência da inteligência fluida na velocidade de marcha, vice-versa, se é uma relação bidirecional ou se é o efeito de causas comuns.

Nesse estudo publicado em julho no periódico *Age*, pesquisadores utilizaram modelos de efeitos mistos para examinar a relação dinâmica entre a velocidade de marcha usual e a inteligência fluida, medida através de função executiva, memória verbal e velocidade de processamento, em 2.654 homens e mulheres com idades entre 60 e 90 anos do Estudo Longitudinal de Envelhecimento Inglês.

Após um ajuste para idade e gênero, observou-se que um melhor desempenho em função executiva, memória e velocidade de processamento foi associado a menor declínio anual em velocidade de marcha num período de seis anos. Uma maior velocidade de marcha foi associada a menor declínio anual em cada domínio cognitivo; e um menor declínio anual em cada domínio cognitivo foi associado a um menor declínio anual em velocidade de marcha.

O impacto dos efeitos foi pequeno. Após um ajuste para outras covariáveis, o tamanho dos efeitos foi atenuado, mas a maioria se manteve estatisticamente significativa.

Os pesquisadores encontraram evidências de que a velocidade de marcha e os domínios cognitivos fluidos de algumas funções executivas e velocidade de processamento podem mudar em paralelo com o aumento da idade. Ainda é necessária maior investigação da associação entre a velocidade de marcha e a cognição num período mais precoce da vida para entender melhor as origens dessa relação e para informar melhor sobre o desenvolvimento e o momento das intervenções.

TENDÊNCIAS NACIONAIS EM ADMISSÕES EM HOSPITAIS NOS EUA PARA HIPERGLICEMIA E HIPOGLICEMIA ENTRE BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA MEDICARE DE 1999 A 2011



O estudo do *JAMA Internal Medicine* de julho avaliou as mudanças nas taxas de hospitalização por hiper e hipoglicemia e as subsequentes taxas de mortalidade e readmissão entre idosos nos EUA num período de 12 anos e comparou esses resultados segundo idade, gênero e raça.

Foi conduzido um estudo observacional retrospectivo usando dados de 33.952.331 beneficiários do Medicare com 65 anos ou mais entre 1999 e 2011. Foram analisadas taxas de hospitalização por hiperglicemia e hipoglicemia, taxas de mortalidade para 30 dias e 1 ano e taxas de readmissão em 30 dias.

Um total de 279.937 pacientes passaram por 302.095 hospitalizações por hiperglicemia e 404.467 pacientes passaram por 429.850 hospitalizações por hipoglicemia entre 1999 e 2011. Durante esse período, as taxas de admissão por hiperglicemia caíram 38,6% (de 114 para 70 admissões por 100 mil pessoas/ano), enquanto admissões por hipoglicemia aumentaram 11,7% (de 94 para 105 admissões por 100 mil pessoas/ano). Em análises desenvolvidas para identificar a mudança na prevalência de *diabetes mellitus*, as admissões por hiperglicemia e hipoglicemia declinaram 55,2% e 9,5% respectivamente. As tendências foram similares em subgrupos de idade, gênero e raça, mas as taxas de hipoglicemia foram duas vezes maiores para pacientes mais velhos (> 75 anos) quando comparados a pacientes mais jovens (de 65 a 74 anos) e as taxas de admissão tanto por hiperglicemia quanto por hipoglicemia foram quatro vezes maiores para pacientes negros do que para pacientes brancos. As taxas de mortalidade para 30 dias e 1 ano e as taxas de readmissão em 30 dias melhoraram durante o período do estudo e foram similares depois de uma hospitalização-índice para hiperglicemia ou hipoglicemia (5,4%, 17,1% e 15,3%, respectivamente, após hospitalizações por hiperglicemia em 2010; 4,4%, 19,9% e 16,3% depois de hospitalizações por hipoglicemia).

O estudo conclui que as taxas de admissão por hipoglicemia já passavam daquelas por hiperglicemia. Apesar de as admissões por hipoglicemia terem diminuído modestamente desde 2007, as taxas entre beneficiários negros do Medicare e aqueles com idade maior de 75 anos se mantêm altas. As admissões por hipoglicemia severa parecem representar uma ameaça maior à saúde que aquelas por hiperglicemia, sugerindo novas oportunidades para a melhora no cuidado de pessoas com *diabetes mellitus*.

QUEDAS E AUTOAVALIAÇÃO DE VISÃO ENTRE IDOSOS: UM ESTUDO POPULACIONAL NUM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL



Essa pesquisa, publicada em julho no periódico *Archives of Gerontology and Geriatrics*, procura verificar a associação entre quedas e a autoavaliação da acuidade visual em idosos.

Foi realizado um estudo populacional transversal envolvendo 1.593 idosos (de 60 anos ou mais) na zona urbana do município de Bagé, no Rio Grande do Sul. A regressão de Poisson foi usada para análise de associação. A prevalência de queda no ano anterior foi de 28% (IC 95%: 25.8; 30.2), com 45% desses tendo sofrido duas ou mais quedas no mesmo período. A autoavaliação dos idosos de sua visão como ruim/muito ruim (10%) ou regular (33,3%) mostrou um aumento linear de ocorrência de quedas quando comparados a indivíduos que consideravam sua visão boa/excelente.

A própria autoavaliação provou ser um importante fator associado com a ocorrência de quedas. Esse resultado envolve a necessidade



Segurança e comodidade para quem usa e tranquilidade para quem cuida.

Aqueles que querem o melhor sempre escolhem TENA.

O tempo que passamos juntos é precioso e deve ser desfrutado ao máximo. É por isso que é importante escolher o melhor produto para incontinência urinária.

TENA Pants é vestida como uma roupa íntima normal e foi desenvolvida para incontinência moderada a se vera. Sua tecnologia garante proteção máxima, absorvendo rapidamente grandes quantidades de líquido, mantendo a pele sempre seca e confortável.



Use o leitor de QR Code do seu smartphone e baixe nosso aplicativo Elderly Care, para conferir dicas sobre saúde, cuidados, alimentação e atividades físicas que ajudam a melhorar a qualidade de vida e também para auxiliar cuidadores e quem sofre de incontinência urinária.



www.TENA.com.br

* PRÊMIO HOSPITAL BEST É ATRIBUÍDO A INSTITUIÇÕES E EMPRESAS QUE FIGURAM NO RANKING BEST POR TEREM SIDO PREFERÊNCIA PELOS ENTREVISTADOS DA PESQUISA ANUAL REALIZADA PELA ABMS (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MARKETING EM SAÚDE). ** ESTUDO REALIZADO PELO IBOPE CONECTA, ENTRE DEZ DE 2012 E FEV DE 2013, JUNTO DE UMA AMOSTRA REPRESENTATIVA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, COM 5 MIL INDIVÍDUOS. WWW.PRODUTODOANO.COM.BR

de progredir no rastreamento de idosos com dificuldades visuais e seu possível impacto em ações para prevenir a ocorrência de quedas.

A RELAÇÃO ENTRE SÍNCOPE, DEPRESSÃO E USO DE ANTIDEPRESSIVOS EM IDOSOS



A síncope é um problema comum, que aumenta conforme a idade avança. Em clínicas de síncope, pacientes que apresentam depressão têm taxas mais altas de síncope inexplicável e taxas mais altas de síncope recorrente.

O estudo publicado em julho no *Age and Ageing* tem como objetivo examinar as taxas de depressão em pacientes idosos que reportam síncope e o efeito de antidepressivos (AD) nas taxas de síncope.

Trata-se de um estudo epidemiológico de prevalência no ponto, que utilizou dados do Estudo Longitudinal de Envelhecimento Irlandês, que inclui 8.175 adultos com 50 anos ou mais, morando em comunidade na Irlanda. Foi utilizada a escala de depressão do Centro para Estudos Epidemiológicos para avaliar os níveis de depressão. Foi usada a regressão multinomial para analisar os dados com o valor de $P < 0,05$ de significância determinante.

Foram incluídos 7.993 participantes com 50 anos ou mais. Desses, 349 reportaram pelo menos um episódio de síncope no ano anterior. A prevalência de síncope foi de 4,4%. Após controlar as características e a saúde geral dos participantes, aqueles com depressão severa tinham um risco maior de eventos únicos e múltiplos de síncope (proporção de risco relativo (RRR): 2,78 e 2,84, respectivamente, $P < 0,05$) e os participantes tratados com antidepressivos tricíclicos (ADT) também apresentavam maior risco de episódios únicos e múltiplos de síncope no ano anterior (RRR: 2,31, $P = 0,062$; RRR: 2,95, $P < 0,05$).

O estudo demonstrou um risco aumentado para síncope em pacientes com depressão, com taxas mais altas de síncope reportadas com o aumento da gravidade da depressão. O tratamento com ADT aumenta tanto o risco quanto a frequência da síncope na comunidade. A depressão é um fator de risco potencialmente modificável para síncope, mas as opções de tratamento precisam ser mais adequadas à população idosa.

QUE FATORES ESTÃO ASSOCIADOS À MORTALIDADE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DEMÊNCIA ?



Instituições residenciais são cada vez mais usadas como um recurso para idosos dependentes, e uma alta porcentagem de idosos com demência morre nesses locais. Mais informações sobre as principais causas médicas e a exposição a fatores de risco para mortalidade em idosos institucionalizados com demência poderiam orientar o desenvolvimento de intervenções de gerenciamento clínico.

Esse estudo, publicado em julho no periódico *Archives of Gerontology and Geriatrics*,

analisa de maneira retrospectiva os dados de 387 adultos institucionalizados com mais de 60 anos, diagnosticados com demência. As informações sobre variáveis sociodemográficas, de comorbidades, qualidade de vida e lazer e tempo livre foram coletadas numa pesquisa respondida por cuidadores; depois de 19 meses, as informações foram colhidas na variável resultado (vivos vs. falecidos).

Um modelo de regressão logística multivariada foi criado para determinar os fatores associados com mortalidade, que foram: idade (OR = 1.986; IC 95%: 1.229-3.209); diabetes (OR = 2.322; 1.350-3.996); hipertensão (OR = 1.695; 1.044-2.752); doenças do sistema genitourinário (OR = 2.455; 1.419-4.248), piora na saúde nos últimos 12 meses (OR = 1.653; 1.018-2.685) e não desempenhar atividades de lazer passivas (OR = 1.616; 0.968-2.700) ou sociais (OR = 2.242; 1.170-4.299).

Além da idade, o número de comorbidades e a incapacidade de desempenhar atividades de lazer foram capazes de prever a mortalidade em idosos institucionalizados com demência. Esses preditores podem ser marcadores clínicos úteis para identificar os pacientes com risco aumentado para mortalidade.

CONSUMO DE LEITE E LATICÍNIOS E RISCO DE DEMÊNCIA NUMA POPULAÇÃO JAPONESA IDOSA: O ESTUDO HISAYAMA



O objetivo desse estudo, publicado no *Journal of the American Geriatrics Society*, é determinar o efeito

do consumo de leite e laticínios no desenvolvimento de demência por todas as causas e seus subtipos numa população japonesa idosa.

O Estudo Hisayama, um estudo prospectivo de coorte, envolveu 1.081 indivíduos com 60 anos ou mais, sem demência. A ingestão de leite e laticínios foi estimada usando um questionário semiquantitativo de 70 itens sobre frequência alimentar, agrupado em quartis. O risco estimado de ingestão de leite e laticínios no desenvolvimento de demência por todas as causas, Doença de Alzheimer (DA) e demência vascular (DV) foi computado usando-se o modelo de riscos proporcionais de Cox.

Durante um acompanhamento de 17 anos, 303 indivíduos desenvolveram demência por todas as causas; 166 tiveram DA e 98 tiveram DV. A incidência ajustada para idade e gênero de demência para todas as causas, DA e DV diminuíram significativamente à medida que a ingestão de leite e laticínios aumentava (P para tendência = .03 para demência por todas as causas, .04 para DA, .01 para DV). Após ajustar potenciais fatores de confusão, a relação linear entre ingestão de leite e laticínios e o desenvolvimento de DA permaneceu significativa (P para tendência = .03), enquanto as relações com demência por todas as causas e DV não foram significativas. O risco de DA foi significativamente menor no segundo, terceiro e quarto quartis de ingestão de leite e laticínios do que no primeiro quartil.

Concluiu-se que a maior ingestão de leite e laticínios reduziu o risco de demência, principalmente DA, na população japonesa em geral.



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



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

BIGFRAL

Critérios atuais para o diagnóstico e o tratamento da DOENÇA DE ALZHEIMER

Com diagnóstico precoce e tratamento adequado, é possível garantir qualidade de vida por mais tempo ao paciente de Alzheimer. Confira a seguir um panorama da doença e veja como auxiliar seu paciente a lidar com a condição

Por Flávia Lo Bello

A Doença de Alzheimer (DA) é a causa mais frequente de demência no mundo e responde por cerca de 50% dos casos, com acometimento de indivíduos na faixa dos 60 anos. Sua progressão é exponencial e diretamente relacionada ao avanço da idade.

A etapa principal do diagnóstico dessa forma de demência é o exame clínico associado a testes de rastreio cognitivo. Apesar disso, cerca de metade dos clínicos não faz diagnóstico de DA em estágio inicial. No decorrer desta reportagem, especialistas opinam sobre todos os temas relevantes que dizem respeito à DA, como a importância do diagnóstico precoce, os novos critérios diagnósticos para uso do clínico e a efetividade dos recursos farmacológicos e não farmacológicos no intuito de retardar a progressão da doença.

Segundo Paulo Renato Canineu, médico geriatra e gerontólogo, professor de Pós-Graduação em Gerontologia da PUC-SP e do Centro Universitário São Camilo, o rastreamento da DA deve ser realizado por um médico – preferencialmente neurologista, psiquiatra ou geriatra –, mediante uma entrevista clínica do paciente e do familiar ou cuidador (anamnese completa e detalhada), um exame clínico, que inclui uma avaliação neurológica e psiquiátrica breves, uma avaliação cognitiva (rastreamento cognitivo) e uma bateria de exames de laboratório, incluindo neuroimagem. “Se for possível, ainda, e para o rastreamento ser mais completo, uma avaliação neuropsicológica deve ser feita por neuropsicólogo especializado”, recomenda.

Paulo Roberto de Brito Marques, professor da disciplina de

Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM-UPE) e pesquisador em doenças neurodegenerativas demenciais na mesma universidade, explica que os critérios diagnósticos atuais da Doença de Alzheimer para uso do clínico englobam comprometimento da memória episódica: alteração progressiva na função da memória (relatada pelo paciente ou pelo informante), evidência de déficit de memória que não melhora com pista, e déficit isolado ou associado com outras alterações cognitivas. Outros critérios de menor impacto podem ser associados, como atrofia na porção medial do lobo temporal vista no exame de ressonância magnética nuclear do crânio ou alterações bioquímicas dos biomarcadores encontradas no exame do líquido cefalorraqueano ou imagem compatível nos exames de PET scan ou SPECT cerebral ou mutação autossômica dominante familiar.

“Estudando o cérebro de pacientes que morreram com DA nos últimos 26 anos, constatei que as alterações de comportamento são bastante quantitativas. A perda de memória e as mudanças de comportamento dividem a maioria dos sintomas iniciais de DA”, informa o especialista, relatando que, nos casos que começam com alterações de comportamento, a perda de memória surge depois, quando o diagnóstico é feito. “Acredito que ainda falta à classe médica algum detalhe para fazer o diagnóstico clínico precoce. É fundamental o entendimento do funcionamento do cérebro para analisar melhor as alterações sofridas pelos pacientes”, revela o neurologista. De acordo com ele, quando a doença se inicia com alterações de comporta-

mento, elas aparecem em média cinco anos antes dos problemas com a memória recente, embora em alguns casos cheguem a 15 anos ou mais.

“O importante é esclarecer que diagnóstico desejamos fazer”, enfatiza Tíbor Rilho Perroco, médico psicogeriatra e psiquiatra, presidente da Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Geriátrica. “Hoje está muito claro que temos a Doença de Alzheimer (DA) e a demência na Doença de Alzheimer (DDA). A DA é a neuropatologia, isto é, a doença ‘dentro do cérebro’, no sistema nervoso central. Ela provavelmente aparece antes da ‘perda de memória’, e não sabemos ao certo quando irá se converter dessa forma pré-sintomática para a DDA e quem será acometido.” O médico salienta que exames de neuroimagem nuclear com marcadores podem determinar o diagnóstico da doença neuropatológica, enquanto o diagnóstico da DDA é clínico.

Detecção precoce da DA

Mas quão possível é fazer a detecção precoce da Doença de Alzheimer?

Segundo Paulo Brito, da UPE, alguns estudos mostram a presença dos marcadores de DA no cérebro até 20 anos antes

do surgimento dos sintomas da doença. “Entretanto, as placas senis e os emaranhados neurofibrilares ainda deverão evoluir para caracterizar a doença. A presença dos marcadores não é garantia de DA no futuro”, aponta o especialista. Ele ressalta que algumas pessoas têm apenas um dos dois marcadores, desenvolvendo formas distintas da condição. “Se tivéssemos essa certeza, poderíamos, de fato, controlar a doença”, completa.

De acordo com Sonia Brucki, professora livre-docente de Neurologia do HC-FMUSP e coordenadora do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia, na prática clínica a detecção precoce da DA é feita por meio da avaliação neurológica, cognitiva e funcional do paciente. “Alguns exames, como de sangue e ressonância magnética da cabeça, devem ser realizados para afastar outras causas que levam ao comprometimento cognitivo. Outros podem auxiliar aumentando o grau de certeza”, esclarece a médica. Ela cita como exemplos a tomografia por emissão de pósitrons (PET) com glicose, que avalia o metabolismo cerebral, e a tomografia por emissão de próton único (SPECT), que avalia o fluxo sanguíneo para as áreas cerebrais.

“O diagnóstico precoce deve ser realizado, primeiro, para



“

A DA é multifatorial e multidimensional, daí não podendo ser abordada apenas pelo médico. O trabalho é interdisciplinar. ”

procurar se não há outra causa tratável levando ao comprometimento, como sífilis, déficit de vitamina B12, hipotireoidismo, entre outras. A depressão é uma causa de distúrbio cognitivo em idosos e, portanto, também deve ser diagnosticada e tratada”, ressalta. Para a especialista, o diagnóstico da DA em uma fase precoce permite que o paciente seja tratado mais cedo com as medicações disponíveis, no intuito de mantê-lo estável pelo maior tempo possível.

Para situações em que há dúvida diagnóstica, como em casos atípicos ou de início em idade mais jovem, Sonia afirma que é possível lançar mão do PET com marcação para amiloide (proteína que está depositada na DA anos antes do quadro clínico de demência), porém o exame ainda não é realizado no Brasil. “Na USP, há previsão de que esse teste comece a ser feito ainda neste semestre”, comenta.

Canineu diz que, apesar de existir a possibilidade de realizar o exame de líquido para dosagem da proteína betamiloide e da proteína TAU, ainda é necessária uma uniformização de dosagens. Assim, para evitar resultados “falsos positivos” e “falsos negativos”, ainda não há uma recomendação geral para seu uso. “Da mesma forma, ainda não se recomenda a pesquisa da apolipoproteína E, pois é necessária uma interpretação especial para cada paciente ou família por parte do profissional que atende esse paciente”, complementa.

Abordagem terapêutica

A abordagem farmacológica, segundo Brito, só deve ser realizada após o diagnóstico diferencial das síndromes demenciais, uma vez que aproximadamente 30% das demências podem ser tratadas e até curadas. “Não é incomum pessoas serem tratadas para DA sem realmente serem portadoras. Em epidemiologia analítica, esse fenômeno é chamado de diagnóstico ‘falso positivo’ – o paciente tem sintomas, mas não tem a doença.”

Ele esclarece que existem dois grupos de medicações no

mercado para a Doença de Alzheimer: os anticolinesterásicos e os inibidores dos receptores de NMDA. “Os primeiros são constituídos por três classes de drogas que têm mecanismos e ações similares. Já os inibidores de NMDA devem ser usados em uma fase mais tardia da doença e, sempre que possível, associados aos primeiros”, diz.

Para o especialista, essas drogas, apesar de paliativas, são eficientes o bastante para ajudar pelo menos 35% dos pacientes. “Existem formas clínicas muito lentas de DA, que evoluem num período que pode chegar a 20 anos. A depender da forma clínica, essas medicações fazem a diferença, principalmente quando o médico pode lançar mão de outras drogas do seu arsenal”, explica.

Sonia informa que os inibidores das colinesterases – donepezila, rivastigmina e galantamina – visam a aumentar a acetilcolina disponível no cérebro em prejuízo e são indicados nas fases leve a grave da doença para melhora dos sintomas cognitivos e, por vezes, comportamentais. “Além desses”, continua a neurologista, “temos a memantina, que possui um efeito diferente, agindo nos receptores glutamatérgicos e, portanto, pode ser associada aos inibidores nas fases moderada a grave.”

Conforme explica Canineu, os dois grupos farmacológicos – os inibidores das colinesterases e o antagonista glutamatérgico – atuam simultaneamente na cognição, no comportamento e na funcionalidade. “Essas drogas são consideradas sintomáticas e não mudam a evolução da doença, não são capazes de alterar o seu curso. No entanto, em alguns pacientes, ela parece até desacelerar, especialmente nos primeiros dois ou três anos.” Já a vitamina E, de acordo com Sonia, tem uso controverso: “Em um estudo realizado há alguns anos, os resultados com ela não foram diferentes do que com placebo, e um mais recente apresentou resultado positivo. Acredito que outros estudos devam ser replicados”, pondera a médica.

Na opinião de Perroco, os recursos farmacológicos retardam a DDA, diminuindo a velocidade da perda de memória. Ele enfatiza que eles não detêm a piora nem melhoram a memória já comprometida – daí a importância do diagnóstico precoce de demência, pois, quanto mais cedo o paciente começar a utilizar os medicamentos, mais lenta será a evolução da doença. “Por outro lado, não existem medicações para DA, ou seja, um tratamento para a doença neuropatológica. Por esse motivo, não tem sentido fazer o exame de neuroimagem em um indivíduo de 40 ou 50 anos sem sintomas”, avalia o psicogeriatra.

Anticolinesterase na forma transdérmica

Atualmente existe também uma recomendação para o uso de altas doses de anticolinesterase, na sua forma transdérmica, no estágio precoce da doença. Segundo alguns pesquisadores, a tec-

Novartis

nologia *patch* é vantajosa porque permite chegar a altas doses de maneira mais fácil, já que com altas doses orais os problemas gastrointestinais são frequentes e dificultam a adesão ao tratamento.

Na opinião de Brito, após o diagnóstico de DA, o paciente deve receber o anticolinesterásico em forma de adesivo na dose com 5 cm. No segundo mês, não havendo nenhuma intolerância, ele deve usar a dose com 10 cm e, no mês seguinte, com 15 cm. “Ao menor sinal de intolerância, o paciente deve voltar à dose anterior que não lhe apresentou mal-estar”, recomenda.

O neurologista revela que menos de 5% dos pacientes não se adaptam ao adesivo e, por isso, devem fazer uso dos anticolinesterásicos orais. Na opinião de Canineu, com prudência e parcimônia deve-se procurar atingir as doses maiores, por existirem mais receptores de acetilcolina presentes, que é o local de atuação dos inibidores da colinesterase. “Contudo, um fator limitante de atuação desse grupo é o seu efeito sobre o aparelho digestivo, causando enjojo, inapetência, vômitos e emagrecimento”, enfatiza. “Desse modo, a opção da rivastigmina na forma transdérmica não só poupa o estômago como pode ser usada em doses proporcionalmente maiores, uma vez a cada 24 horas e poupando o próprio cuidador, que sabe que a medicação está atuando por ver o adesivo sobre a pele. Nem sempre quando se usa a substância por via oral tem-se essa mesma certeza, pois o paciente pode cuspir o remédio ou tirá-lo da boca e jogar fora.”

Para o geriatra, o maior empecilho para o uso dessa medicação ainda é o econômico, pois a grande maioria dos pacientes não pode custear o tratamento. Já em outros países, encontra-se disponível dose maior de donepezila para via oral

(23 mg) e de memantina (28 mg, para dose oral única), também com o mesmo objetivo de atingir maior número de receptores. “Mas essas drogas ainda não são recomendadas para o comprometimento cognitivo leve”, esclarece o médico.

Segundo ele, já existe mais um recurso terapêutico importante: as denominadas drogas-alimento, ou *drug foods*, que são adjuvantes das substâncias já referidas, sendo compostas por diversas substâncias naturais que propiciam aumento de vitaminas, ômega 3 e 6, bases nitrogenadas e outras.

Recursos não farmacológicos

“As medicações não são perfeitas e, por vezes, difíceis de usar em razão dos efeitos colaterais, porém na demência na Doença de Alzheimer são bastante eficazes e devem ser utilizadas em doses terapêuticas o mais cedo possível”, declara Perroco. Com relação aos tratamentos não farmacológicos, ele diz que, tanto para a DDA como para a DA, eles são muito eficientes – às vezes, até mais que os medicamentos. “Esses tratamentos são muito amplos: desde manter o ‘cérebro ativo’ com leitura, atividades intelectuais e artísticas, passando por controle de pressão arterial sistêmica, colesterol e *diabetes mellitus*, exercícios físicos, até momentos de lazer e apoio familiar e religioso”, enumera. O médico revela que tais recursos parecem gerar uma espécie de reserva funcional, possibilitando que o paciente adie ou evite o aparecimento da demência.

Canineu enfatiza que o tratamento não farmacológico da DA deveria ser implementado em todos os pacientes, mas não o é pelo fato de não ser tão bem compreendido por parte de

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A Doença de Alzheimer é apenas um dos mais de 60 tipos de demência. Apesar de atingir de 40% a 70% dos casos, não se deve pensar apenas naqueles indivíduos que estão tendo problemas de memória. “Para começar a pensar em Alzheimer, é preciso considerar alterações da memória episódica, ou seja, aquela recente, da última hora, dos últimos dias, dos últimos meses, além de alterações da própria linguagem”, diz Paulo Canineu, afirmando que isso tudo já pode ser percebido pelo paciente que começa a observar uma certa dificuldade de desempenho na vida diária, mesmo que sua funcionalidade esteja preservada.

“Hoje já está confirmado que a DA pode ter uma fase pré-clínica, que começa de 15 a 20 anos antes dos primeiros sintomas de alterações da memória, seguida de uma fase denominada comprometimento cognitivo leve”, explica. “A terceira fase já é a

doença, que passa pelas etapas leve, moderada, grave e avançada ou terminal.” Outras manifestações também servem para cogitar o diagnóstico de Alzheimer, entre as quais as comportamentais na fase leve da doença, em que são mais comuns a ansiedade e a depressão, enquanto em outras demências podem ocorrer desinibições, delírios, alucinações, além de outras.

Tibor Perroco alerta para o fato de a DA muitas vezes ser confundida com várias outras patologias, entre as quais depressão, transtorno afetivo bipolar, demência vascular, demências potencialmente reversíveis (como déficit de vitamina B12, neurosfilis), demência por Corpos de Lewy ou demência na Doença de Parkinson. “Por isso o diagnóstico diferencial é imprescindível”, ressalta o psiquiatra.

“São fundamentais a perspicácia do clínico e sua experiência prévia. O diagnóstico é clínico, porém hoje são obrigatórios alguns exames laboratoriais e, especialmente, um exame de imagem para comprovar e também para fazer o diagnóstico diferencial”, conclui Canineu.

profissionais e familiares. “O tratamento não farmacológico de alguma forma potencializa e beneficia o tratamento farmacológico”, aponta. A abordagem não farmacológica envolve reabilitação cognitiva, realizada geralmente por um terapeuta ocupacional ou um psicólogo para auxiliar na cognição, no comportamento e na funcionalidade. Ela envolve também atividade física coordenada por um fisioterapeuta ou por um educador físico (ou por ambos), para retardar o comprometimento motor, quando não há restrições físicas. Importante também, de acordo com o geriatra, é a orientação nutricional por um nutricionista ou nutrólogo, pois a doença propicia grandes alterações nutricionais conforme progride.

Canineu salienta que a fonoaudiologia também se faz necessária tanto para reabilitação de linguagem como para alterações de deglutição, que podem aparecer na fase mais grave da doença. “Todos esses profissionais podem atuar conforme as necessidades. A DA é multifatorial e multidimensional, daí não podendo ser abordada apenas pelo médico. O trabalho é interdisciplinar”, esclarece.

Na opinião de Sonia, o treino cognitivo é uma técnica que oferece melhora aos pacientes. Para ela, o exercício físico é benéfico, bem como a manutenção das atividades regulares e dos hábitos de leitura, lazer, convívio social e boa alimentação. A neurologista enfatiza também a importância de observar todas as medicações que o paciente utiliza, como, por exemplo, para hipertensão e diabetes, pois algumas delas podem ter ação sobre a cognição, sendo imprescindível que o médico tenha conhecimento de todos os tratamentos que o paciente faz.

Além dos profissionais da saúde, Canineu diz que também fazem parte dessa equipe de tratamento a família e os cuidadores do paciente, que são os que realmente vão administrar os medicamentos e estar mais próximos dele. “Há ainda a necessidade de campanhas de orientação a respeito da doença, pois dessa forma os pacientes podem chegar em fases mais iniciais aos nossos consultórios e ambulatórios.” Perroco ressalta que tanto os médicos como os profissionais gerontólogos podem e devem realizar a psicoeducação, explicando aos familiares os sintomas e a evolução da patologia. Assim, os cuidadores não só ficam mais tranquilos ao entender a doença como têm condições de cuidar melhor do doente.

Para Paulo Brito, o diagnóstico de DA não é uma sentença de morte, mas serve para a família organizar a vida futura do paciente e também a sua. “Em países de primeiro mundo, tanto o paciente como a família vão se organizando à medida do possível. No Brasil, nossa população não aceita esse tipo de procedimento. As famílias querem uma alternativa curativa para o que não tem cura”, analisa. Sonia afirma que os médicos devem explicar o diagnóstico e a evolução da doença, bem como os tratamentos

disponíveis, tanto farmacológicos quanto não farmacológicos. “Com o esclarecimento sobre a doença e seus sintomas, os cuidadores ficam mais tranquilos e mais orientados para lidar com situações adversas que possam aparecer, como alguns distúrbios de comportamento”, finaliza a médica.

O PASSO A PASSO DA INVESTIGAÇÃO

No rastreamento da DA, deve-se levar em consideração o que o profissional quer fazer quando está diante de um ser humano frágil e dependente dessa decisão. Pesquisa ou diagnóstico? No diagnóstico, segue-se a conduta atual dos critérios estabelecidos:

Doença de Alzheimer Pré-Clínica*: consta de alterações quantitativas nos biomarcadores, tais como imagem cerebral e exame no líquido cefalorraqueano. Quando esses biomarcadores estão alterados, indicam sinais muito precoces de doença antes de aparecerem os sintomas.

Comprometimento Cognitivo Leve devido à Doença de Alzheimer: ocorre com leve alteração de memória e de pensamento, bastante para ser percebida e quantificada, mas não traz prejuízo às atividades funcionais da vida diária.

Demência devida à Doença de Alzheimer: sintomas de alteração de memória, pensamento e comportamento que prejudicam o desempenho do paciente nas atividades funcionais da vida diária.

** Esse critério não se encontra liberado para clínica médica.*

O que deve ser feito para realizar um diagnóstico precoce na prática clínica:

1. Usar o bom senso antes de tomar qualquer decisão.
2. Colocar-se ao lado do paciente que necessita de ajuda.
3. Ouvir atentamente o paciente e a família, fazendo uma interligação entre as queixas e consequente interpretação.
4. Confirmar a presença de perdas na rotina diária comparadas com a vida pregressa.
5. Lançar mão de avaliações cognitivas que possam confirmar as queixas subjetivas, numa correspondência biunívoca.
6. Fazer exames complementares que possam afastar outras causas de demência e levantar suspeitas sobre a DA.



Alberto de Macedo Soares

Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); professor responsável pela Disciplina de Geriatria no Centro Universitário Lusíada; orientador didático do Ambulatório Geral do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP; coordenador do NAGGER (Núcleo de Assistência a Pesquisa em Geriatria) da UNILUS; médico assistente do Núcleo Avançado de Geriatria do Hospital Sírio-Libanês; membro do Comitê Estadual de Referência em Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Contato albertoms.geriat@uol.com.br

Insuficiência coronariana crônica em idosos

TAKE HOME MESSAGE

- Deixar de investigar insuficiência coronariana em um idoso que chega ao pronto-socorro com dor abdominal e/ou vômitos, nos dias atuais, pode ser interpretado como negligência médica.
- Muitos idosos apresentam alterações eletrocardiográficas antigas, o que dificulta a acurácia desse método e, conseqüentemente, implicará a necessidade de outros exames subsidiários, como enzimas e/ou ecocardiograma.
- A decisão sobre qual a melhor conduta a ser tomada diante da confirmação diagnóstica deve ser individualizada a cada paciente, levando-se em conta suas comorbidades e, principalmente, seu estado cognitivo. Terapias menos invasivas, como tratamento clínico e/ou angioplastia e implante de stent, podem ser mais convenientes, principalmente entre os mais idosos.

O envelhecimento no Brasil

Hoje vivemos num país em que a população idosa cresce em velocidade três vezes mais rápida do que a população adulta. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que, nos próximos dez anos, seremos o sexto país mais populoso do mundo em número de idosos, com cerca de 15,2% de pessoas com 60 anos ou mais, ou seja, aproximadamente 32 milhões de idosos. Algumas cidades brasileiras, no entanto, já ultrapassaram em muito essas previsões: 22% da população de Santos, no estado de São Paulo, é constituída por idosos.

Com o aumento da expectativa de vida, surge a necessidade

de estarmos mais atentos não somente às peculiaridades desse grupo etário, mas também de conhecermos melhor sua fisiologia. Ao entendermos melhor suas vulnerabilidades, é possível tomar as medidas adequadas para oferecer melhor assistência.

Envelhecimento e insuficiência coronariana

O fenômeno senescência geralmente resulta em algumas modificações. Na circulação coronariana, as alterações podem decorrer de fenômenos como espessamento da íntima, calcificação das coronárias, fragmentação da lâmina elástica interna e destruição parcial da camada endotelial da íntima. Tais mudanças podem ser as responsáveis, pelo menos em parte, pela

alta prevalência de coronariopatia em idosos, tornando esse grupo populacional um dos mais frequentemente acometidos pela síndrome isquêmica coronária.

Epidemiologia

Estudos mostram que 70% dos idosos com 70 anos de idade ou mais são portadores de consideráveis lesões coronarianas.

A maior suscetibilidade dos homens em relação às mulheres diminui com a idade, chegando a ser 1:1 nos pacientes com 70 anos ou mais. Antes dos 40 anos, essa proporção é de 8 homens para 1 mulher, e de 4:1 nos pacientes com idade entre 40 e 70 anos.

Mesmo assim, as pesquisas que envolvem idosos coronarianos ainda estão aquém do necessário. Os ensaios clínicos que contêm pacientes com mais de 75 anos aumentaram de 2% para 9% em pouco mais de dez anos, apesar de esse grupo populacional representar cerca de 40% dos pacientes infartados.

Os principais fatores de preocupação são o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Dados da literatura constataam que, apesar dos progressos na prevenção da insuficiência coronariana, aproximadamente 50% das mortes decorrentes de eventos coronarianos agudos ocorrem em ambiente extra-hospitalar e a maioria dos pacientes que apresentam eventos agudos não sabia ser portadora desse risco.

Fisiopatologia

A coexistência de doenças prevalentes em idosos, como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes e obesidade, conhecidos fatores de risco para o fenômeno aterosclerótico, pode atuar como precipitadora das lesões arteriais e está quase sempre associada à insuficiência coronariana (ICo). Além desses fatores, hábitos de vida como tabagismo e sedentarismo contribuem para o desencadeamento da síndrome isquêmica.

O endotélio, anteriormente tido como uma simples barreira com função de troca de água e macromoléculas, hoje é sabidamente um órgão capaz de atuar no equilíbrio hemodinâmico vascular por meio da síntese e liberação de substâncias vasoativas, como óxido nítrico e endotelina. Mecanicamente, a funcionalidade vascular coronariana divide-se em vias endotélio-dependentes e não endotélio-dependentes. Em situações de equilíbrio, substâncias como acetilcolina, bradicinina e substância P causam vasodilatação da microcirculação coronariana e no epicárdio. No entanto, diante da lesão endotelial, essas substâncias podem ter efeitos reduzidos ou mesmo antagonistas à vasodilatação coronariana.

Uma recente meta-análise de estudos prospectivos relatou a associação do marcador de estados de hipercoagulabilidade dímero D com o aumento dos riscos de eventos coronarianos. O valor preditivo do dímero D para eventos trombóticos arte-

riais pode refletir o processo de aterogênese e a trombogênese relacionada à fibrina.

Avaliando e seguindo 2.671 americanos sem evidências clínicas de insuficiência coronariana por mais de 50 meses, os níveis de fibrinogênio foram preditores de eventos coronarianos, independentemente dos fatores de risco tradicionais. As evidências têm sido tão favoráveis que alguns autores sugerem a dosagem desses fatores em pacientes com dor precordial aguda, mesmo naqueles em que os níveis de troponina foram normais.

Todos esses fatores tornam o indivíduo idoso mais predisposto ao desenvolvimento da coronariopatia, sendo tal fenômeno muitas vezes precipitado por situações que facilitam o desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio pelo músculo cardíaco (Quadro 1).

Quadro 1 Situações que colaboram para o desencadeamento da insuficiência coronariana

Taquicardia por exemplo, anemia, febre, hipóxia, tireotoxicose

Aumento da pós-carga por exemplo, estenose aórtica, hipertrofia ventricular esquerda

Aumento da pré-carga por exemplo, dilatação de câmaras cardíacas, sobrecarga ventricular

Estados inotrópicos aumentados por exemplo, drogas simpaticomiméticas

Existem, ainda, os mais recentemente descritos “gatilhos”, que precipitam a lesão coronariana e podem aumentar as chances da ocorrência do evento agudo em 2 a 20 vezes. Exercícios físicos em excesso, dor precordial, exercícios físicos durante o período matinal, atividade sexual, estresse mental, uso de drogas como cocaína e exposição a ambientes poluídos podem contribuir para o desencadeamento de infarto do miocárdio. Há relatos que demonstram que tais fatores podem ser responsáveis por pelo menos 20% das síndromes agudas.

Manifestações clínicas

É fundamental que o profissional que lida com idosos saiba que a espera pelo sintoma “dor no peito” pode incorrer em erro e negligência, pois a dor precordial pode estar ausente mesmo em se tratando de um infarto agudo – muitos casos não apresentam as manifestações clássicas da angina, representada por dor precordial em caráter de aperto, com irradiação para epigástrio, região dorsal ou mento, parestesias em membro superior esquerdo, náuseas, vômitos e palidez cutânea.

As queixas de um idoso com insuficiência coronariana podem estar ausentes ou representadas por sintomas menos típicos, como dispneia aos esforços, dores epigástricas, náuseas e/ou vômitos, quadros súbitos de tontura, cansaço intenso ou sudorese profusa durante um esforço físico ou mesmo em repouso. Cabe ao profissional estar consciente de que tais sintomas podem ser secundários ao fenômeno isquêmico e investigar apropriadamente a presença da coronariopatia.

Exames subsidiários

Existem vários exames para a comprovação da hipótese de ICo. Os principais e mais utilizados estão destacados no Quadro 2.

Quadro 2 Exames subsidiários para diagnóstico de insuficiência coronariana

Eletrocardiograma (ECG) de repouso
Holter ECG de 24h
Teste ergométrico
Ecocardiograma - Com estresse farmacológico - Com estresse físico
Estudos com radionucleotídeos - Cintilografia do miocárdio associada ao estresse físico - Cintilografia do miocárdio associada ao estresse farmacológico
Angiotomografia coronariana
Cineangiocoronariografia

O eletrocardiograma (ECG) pode demonstrar alterações compatíveis com isquemia, mas a ausência dessas alterações não exclui a presença de ICo. Da mesma forma, o Holter não é o exame de eleição para o diagnóstico de ICo, pois apresenta baixa sensibilidade (em torno de 45%) para o diagnóstico.

Já o teste ergométrico, quando o idoso consegue atingir a frequência cardíaca predeterminada pelo especialista, apresenta sensibilidade e especificidade de até 90%. O grande problema é que muitos idosos encontram-se sem condicionamento físico suficiente para atingir a frequência cardíaca submáxima preconizada.

O ecocardiograma de estresse físico ou farmacológico tem sido utilizado para detectar anomalias de movimento regional de alguma área do coração, sendo um método utilizado em pacientes com dificuldade para se locomover por causa de doenças como osteoartrose, doença arterial periférica, seqüela de acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiências renal e respiratória. A cintilografia com Tálío ou com metoxiisobutilsoni-

trila (MIBI) é um método recomendável, podendo também se associar medicamentos como o dipiridamol, por via intravenosa (IV), bem como adenosina ou dobutamina, com o intuito de promover estresse farmacológico. Mais recentemente, a angiotomografia coronária de múltiplos detectores (TCMD) vem ganhando confiança como procedimento diagnóstico não invasivo da doença arterial coronária. Pimentel-Filho e colaboradores encontraram índices de sensibilidade e especificidade de 86% e 95%, respectivamente, que favorecem a implantação desse novo método inclusive em pacientes idosos.

A angiografia coronária (cateterismo cardíaco) é a visualização radiográfica das artérias coronárias pela utilização de contraste. Seu propósito é definir a anatomia e o grau de obstrução luminal das artérias coronárias, sendo, até os dias atuais, o método mais preciso disponível para documentar a presença e a extensão da doença obstrutiva coronariana. É utilizada para: (a) determinar a presença e a extensão da doença obstrutiva arterial coronária; (b) avaliar as possibilidades e as aplicações das terapias, nas quais se incluem as angioplastias; e (c) analisar os resultados do tratamento e da progressão ou regressão da aterosclerose coronária.

Conduta

Após o diagnóstico de ICo, é dever do profissional que lida com idosos considerar, entre as possibilidades de tratamento (clínico; angioplastia com implante de stent; cirurgia de revascularização), qual a mais adequada àquele paciente, de forma individualizada, para, a partir daí, expor os benefícios e riscos de cada uma delas e obter anuência do próprio paciente e/ou de seus familiares. Em geriatria, é fundamental que também se leve em conta a idade do paciente. É sabido que qualquer idoso tem, ao menos, duas idades: (a) a idade cronológica (medida pelos dias e anos de vida desde o seu nascimento); e (b) a idade biológica, mais difícil de ser delineada, baseada em aspectos físicos, biológicos, status neuropsiquiátrico, doenças coadjuvantes, qualidade de vida e, principalmente, expectativa de vida. Partindo desse conceito, o estado geral do paciente, sua atividade cognitiva, seu quadro neuropsiquiátrico, suas doenças pregressas e as associadas passam a ter papéis decisivos. A partir desses dados, é possível escolher, de maneira individual e com o máximo de segurança, a melhor conduta para cada paciente.

Seja qual for a decisão, a partir do diagnóstico o paciente deverá ser imediatamente submetido ao tratamento clínico, no qual se incluem alguns medicamentos, principalmente os anti-adesivos plaquetários, betabloqueadores e estatinas. Ele também deverá ser mais bem controlado nas doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes e obesidade, e aconselhado em relação à sua dieta e ao abandono imediato do fumo, caso presente. Os exercícios físicos deverão ser suspensos somente diante da



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



Doutor(a),

Entendemos que o seu tempo é precioso.

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

Porque quando os laboratórios farmacêuticos, os de análises clínicas, as sociedades médicas e instituições hospitalares o(a) conhecem melhor, a qualidade do relacionamento e das informações melhora.

Isso ajuda a otimizar **o seu tempo** e tem um impacto direto na sua produtividade assim como facilita o acesso às informações importantes para sua atualização e seu desenvolvimento profissional.

Hoje são mais de **300.000** médicos recebendo este apoio do **Farma-Certo**.

Deixe claras suas expectativas e focos de interesse para que possamos cada vez mais valorizar o seu tempo.

fase aguda ou instável e, tão logo o paciente esteja fora dessa fase, deverão ser considerados, obviamente, com supervisão.

Muitos autores têm dedicado anos a pesquisas com o objetivo de definir qual a melhor opção: (a) tratamento clínico conservador (com medicamentos); (b) angioplastia + implante de stent (farmacológico ou não); (c) cirurgia de revascularização. Até o momento, não dispomos de uma conclusão exata. Sabemos, contudo, que o mais agressivo é, obviamente, a cirurgia de revascularização. Embora tal falta não descarte sua indicação, ela tem perdido espaço para as duas outras abordagens, pois sabe-se que a cirurgia cardíaca necessita de anestesia geral, intubação orotraqueal, entre outros procedimentos que tornam o idoso ainda mais vulnerável, principalmente diante da maior exposição a infecções como pneumonias e distúrbios renais, entre outros.

É fundamental que se ratifique que, independentemente da escolha do profissional, ele deverá sempre se ater ao uso dos medicamentos e orientações, como a sugestão mnemônica de dez itens, adotada pelas Diretrizes do American College of Cardiology (ACC) em concordância com a American Heart Association (AHA) (Quadro 3).

Quadro 3 Regra mnemônica para tratamento da insuficiência coronariana

AA <i>antiplatelets/antianginais</i> (antiadesivos plaquetários/antianginosos)
BB <i>beta blocker/blood pressure control</i> (betabloqueadores/controle da pressão arterial)
CC <i>cholesterol/cigarettes</i> (controle do colesterol/suspensão do hábito de fumar)
DD <i>diet/diabetes</i> (adequação da dieta/controle do diabetes)
EE <i>education/exercise</i> (orientações/exercícios dirigidos, sob orientação)

Segundo essas mesmas diretrizes, as recomendações têm dois propósitos importantes: prevenção de infarto do miocár-

dio com diminuição da mortalidade e redução dos sintomas, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas.

Prevenção primária

A prevenção primária consiste na intensificação dos esforços para modificar fatores de risco que tenham o potencial aterosclerótico. Tais procedimentos visam não só a evitar o acometimento do órgão-alvo, mas também a postergá-lo ao máximo.

Apesar da dificuldade de mudar alguns fatores de risco, atualmente está claro que a interrupção do tabagismo, o combate ao sedentarismo, o tratamento das dislipidemias, a adequação dos níveis glicêmicos, a redução do peso excessivo e a diminuição da pressão arterial, entre outros, podem prevenir a doença das artérias coronárias.

Pelos estudos de Framingham, a idade avançada também foi considerada um fator de risco, bem como situações de aumento da coagulabilidade sanguínea. A identificação de todos esses fatores de risco representou um grande avanço nas estratégias de prevenção de doença cardiovascular. No entanto, novos escores com base nos estudos de Framingham e com o respaldo de entidades como o Comitê de Prevenção norte-americano têm sido propostos, não só no sentido da identificação desses fatores de risco, mas também para subcaracterizar níveis, por exemplo, de colesterol.

Prevenção secundária

A prevenção secundária baseia-se na intenção de reduzir novos eventos e, conseqüentemente, diminuir a mortalidade dos pacientes com doença cardiovascular já instalada. Dessa forma, os fatores de risco ateroscleróticos tradicionais, compostos por hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, sedentarismo, obesidade, tabagismo e diabetes devem ser rigorosamente combatidos e/ou controlados, mesmo naqueles pacientes que já desenvolveram a síndrome da insuficiência coronariana, tentando-se, assim, evitar a ruptura das placas ateroscleróticas.

Tais fatores devem ser identificados e, quando presentes, tratados como parte de uma estratégia de prevenção secundária em pacientes com angina estável crônica. Não se pode esquecer que são fatores comuns na população idosa e seu tratamento pode interferir favoravelmente nos resultados clínicos.

Referências bibliográficas

1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período de 1980 a 2050 – Revisão 2008; v. 24; n. 24; p. 1-94; 2008.
2. Gerstenblith, G. "Diagnosis and Management of Ischemic Heart Disease in the Elderly". In: Brockleurst, J. C.; Tallis, R. C.; Fillit, H. M. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 4th ed. New York: Longman, 1992. p. 206-213.
3. Macedo-Soares, A.; Macedo-Soares Neto, M.; Macedo-Soares, E.V.; Pimentel-Filho, W. A. "Insuficiência Coronariana Crônica no Idoso". In: Lopes, A. C. Tratado de Clínica Médica. São Paulo: Roca, 2006, p. 4306-4313.
4. Macedo-Soares, A. "A aterosclerose e suas implicações". In: Jacob Filho, W. Promoção da Saúde do Idoso. São Paulo: Lemos, 1998. p. 19-38.
5. Vonkänel, R.; Dimsdale, J. E. "Fibrin D-dimer: A Marker of Psychosocial Distress and Its Implications for Research in Stress-related Coronary Artery Disease". Clin. Cardiol., v. 26, p. 164-168, 2003.

6. Palmieri, V.; Celentano, A.; Roman, M. J.; Simone, G.; Best, L.; Lewis, M. R. et al. "Relation of Fibrinogen to Cardiovascular Events Is Independent of Pre-clinical Cardiovascular Disease: The Strong Heart Study". *Am. Heart. J.*, v. 145, p. 467-474, 2003.
7. Macedo-Soares, A.; Silveira, C. M. "Insuficiência Coronariana Crônica". In: Jacob Filho, W. *Terapia do Idoso*. São Paulo: Byk, 2003. p. 227-241.
8. Pimentel Filho, W. A.; Bocchi, E. A.; Macedo-Soares, M. N.; Custódio, W. B.; Maiello, P. C. A.; Domingos, J.; Cardos, D. S.; Miranda, T. A. R.; Pupin Filho, W. B.; Büchler, J. R.; Assis, S. E.; Armelin, E.; Sirtoli Filho, R. Avaliação da Acurácia Diagnóstica da Angiotomografia Coronária de Múltiplos Detectores; Acurácia Diagnóstica da Angiotomografia Coronária de Múltiplos Detectores. *Rev. Bras. Cardiol. Invasiva*. 2010; 18 (4): 429-34.
9. "ACC/AHA Guidelines for Coronary Angiography – References Year Published: 1999 Publication", *JACC*, v. 33, n. 6, p. 1756-1816, May 1999.
10. Pfisterer, M.; Buser, P.; Osswald, S.; Allemann, U.; Amann, W.; Angehrn, W. et al. "Outcome of Elderly Patients with Chronic Symptomatic Coronary Artery Disease with an Invasive vs Optimized Medical Treatment Strategy. One-year Results of the Randomized TIME Trial". *JAMA*, v. 289, p. 1117-1123, 2003.
11. Salim, Y. et al. "Effects of Clopidogrel in Addition to Aspirin in Patients with Acute Coronary Syndromes without ST-segment Elevation". *N. Engl. J. Med.*, v. 345, p. 494, 2001.
12. Gibbons, R. J.; Abrams, J.; Chatterjee, K. et al. "ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients with Chronic Stable Angina – Sum-

- mary Article. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients with Chronic Stable Angina)". *Circulation*, v. 107, p. 149-158, 2003.
13. Pfisterer, M. and TIME investigators. "Long-term Outcome in Elderly Patients with Chronic Angina Managed Invasively versus by Optimized Medical Therapy". *Circulation*, v. 110, p. 1213-1218, 2004.
14. Batchelor, W. B.; Anstrom, K. J.; Muhlbaier, L. H. et al. "Contemporary Outcome Trends in the Elderly Undergoing Percutaneous Coronary Interventions: Results in 7472 Octogenarians". *JACC*, v. 36, n. 3, p. 723-730, 2000.
15. Sadeghi, H. M.; Grines, C. L.; Chandra, H. R. et al. "Percutaneous Coronary Interventions in Octogenarians: Glicoprotein IIb/IIIa Receptor Inhibitor's Safety Profile". *JACC*, v. 42, n. 3, p. 428-432, 2003.
16. Iakovou, I.; Dangas, G.; Mintz, G.S. et al. "Comparison of Frequency of Hemorrhagic Stroke in Patients < 75 Years versus 75 Years of Age Among Patients Receiving Glycoprotein IIb/IIIa Inhibitors During Percutaneous Coronary Interventions". *Am. J. Cardiol.*, v. 93, p. 346-349, 2004.
17. The SOS Investigators. "Coronary Artery Bypass Surgery versus Percutaneous Coronary Intervention with Stent Implantation in Patients with Multivessel Coronary Artery Disease (the Stent or Surgery Trial): a Randomized Controlled Trial". *Lancet*, v. 360, p. 965-970, 2002.
18. Hueb, W.; Lopes, N. H.; Gersh, B. J. et al. "Five-year Follow-up of the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS II)". *Circulation*, v. 115, p. 1082-1089, 2007.



Genacol®

UMA REVOLUÇÃO NA SAÚDE OSTEOARTICULAR!

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.

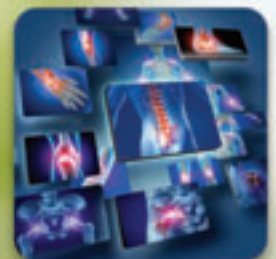


Auxilia na saúde das articulações, regeneração das cartilagens, ligamentos, tendões, ossos, pele, músculos e muito mais. Ajuda no alívio da dor e melhora da mobilidade.

NATURAL, SEM CONTRA-INDICAÇÃO, SEGURO E EFICAZ.

PRESENTE EM MAIS DE 50 PAÍSES E AGORA NO BRASIL

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



Venceslau Coelho

Clínica Pró Vitae; médico do Serviço de Gerontologia do Hospital Sírio-Libanês; colaborador do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Contato venceslau.coelho@willis.com



Marcelo Altona

Médico especializado em Geriatria pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e em Clínica Médica pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; titulado em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica; médico assistente do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; médico da Unidade de Pronto Atendimento do Hospital Israelita Albert Einstein

Contato altona.marcelo@gmail.com

Doença renal crônica no paciente idoso



TAKE HOME MESSAGE

- Com o envelhecimento, ocorre uma perda de filtração glomerular normal, que pode ser piorada na presença de comorbidades ou com o uso de drogas nefrotóxicas.
- A dosagem sanguínea de ureia e creatinina são ruins como parâmetros da filtração glomerular em idosos. O melhor é usar a Equação de Cockcroft-Gault ou a Modification of Diet in Renal Disease (MDRD).
- A proteinúria (albuminúria) é um importante marcador de comprometimento da função renal que deve ser solicitado na avaliação do idoso.
- O encaminhamento ao nefrologista deve ser precoce, baseado na expectativa de vida, na presença de comorbidades e na decisão de futura Terapia Renal Substitutiva (TRS).

Introdução

Temos presenciado um aumento significativo do envelhecimento populacional nas últimas décadas. Aliado a esse fato, a doença renal crônica (DRC) tem se mostrado um importante problema de saúde pública, com incidência crescente ano a ano. A consequência natural é uma alta prevalência de redução da taxa de filtração glomerular (TFG) em idosos, com elevado risco de morbidade e mortalidade

cardiovascular. Tornam-se importantes a abordagem e a diminuição dos fatores agressores nesses pacientes, pois alguns estudos mostram que a morte por doença cardiovascular é muito mais comum do que a progressão para terapia de substituição renal.

A alta prevalência de DRC nos idosos significa um aumento de pacientes dessa faixa etária que atingem o estágio final da DRC e, conseqüentemente, necessitam de diálise. O conhecimento da história natural da DRC permite identificar precoce-

mente causas tratáveis de agressão aos rins, modificar tratamentos, considerar abordagens diagnósticas e otimizar medidas de proteção renal.

Com essas providências e o conhecimento sobre a doença e a senescência, poderemos dar qualidade de vida aos idosos, poupando-os do desconforto da Terapia Renal de Substituição (TRS).

Epidemiologia da doença renal crônica (DRC)

A DRC tem recebido cada vez mais atenção, já que sua elevada prevalência vem sendo demonstrada em vários estudos, como, por exemplo, no National Health and Nutritional Examination Survey (NHANES). Nas análises realizadas no período de 1988 a 1994 e de 1998 a 2004, observou-se o aumento da prevalência da DRC estágios 1-4 de 10,3% para 13,1% na população adulta dos EUA não institucionalizada, sendo que o maior percentual de crescimento (de 37% para 47%) foi observado no grupo etário acima dos 70 anos.

No Brasil, estudos epidemiológicos sobre DRC que empregam a nova definição da doença ainda não foram realizados. Entretanto, o relatório anual do Censo Brasileiro de Diálise mostrou que em 2011 o percentual de pacientes em diálise com idade entre 18 e 64 anos, 65 e 80 anos ou > 80 anos foi de 66,9%, 27,2% e 4,3% respectivamente, totalizando 91.314 pacientes em diálise – um número discretamente menor que em 2010, quando foram registrados 92.091 casos.

Dados de um centro de diálise de São Paulo mostraram que,

no período de 2009 a 2013, foram atendidos (iniciaram diálise, hemodiálise ou diálise peritoneal) 826 pacientes, dos quais 59% (n = 486) tinham 60 anos ou mais. A prevalência de HAS e DM nesse grupo foi, respectivamente, de 23,4% e 19,9%.

Até o momento, não dispomos de dados definitivos sobre o número de idosos nos diferentes estágios pré-diálise da DRC.

Definição da doença renal crônica

Em 2002, a Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) publicou uma diretriz sobre DRC que compreendia avaliação, classificação e estratificação de risco. Foi proposta uma nova estrutura conceitual para o diagnóstico de DRC. A definição é baseada em três componentes: (1) um componente anatômico ou estrutural (marcadores de dano renal); (2) um componente funcional (baseado na TFG); e (3) um componente temporal.

Com base nessa definição, seria portador de DRC qualquer indivíduo que, independentemente da causa, apresentasse TFG < 60 mL/min/1,73m² ou TFG > 60 mL/min/1,73m² associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (por exemplo, proteinúria) presente há pelo menos três meses. A KDOQI também sugeriu que a DRC deveria ser classificada em estágios baseados na TFG, como mostrado na Tabela 1.

A proteinúria (ou albuminúria) é apresentada como marcador de dano renal, mas outros marcadores podem ser empregados, tais como a hematuria glomerular (que também é uma alteração na urina), imagens ultrassonográficas anormais (cistos na doença renal policística do adulto) ou alterações

Tabela 1 Classificação da Doença Renal Crônica em estágios

ESTÁGIO	FILTRAÇÃO GLOMERULAR (ml/min)	GRAU DE INSUFICIÊNCIA RENAL
0	> 90	Grupo de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	> 90	Lesão renal com função renal normal
2	60-89	IR funcional ou leve
3	30-59	IR laboratorial ou moderada
4	15-29	IR clínica ou severa
5	< 15	IR terminal ou dialítica

Obs.: Para efeitos de tratamento, são considerados nestas diretrizes somente os estágios de 2 a 5 da classificação da DRC.

histopatológicas vistas em biópsias renais (alterações glomerulares com ou sem envolvimento túbulo-intersticial). Esse sistema de classificação da DRC é útil porque padroniza a terminologia, evitando assim a ambiguidade e a sobreposição dos termos que estão atualmente em uso.

Avaliação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG)

A TFG é a melhor medida do funcionamento renal em indivíduos normais ou em pacientes com doença renal. A TFG varia de acordo com a idade, o sexo e a massa muscular.

Embora a diminuição da TFG relacionada à idade ocorra no envelhecimento normal, a sua diminuição no idoso é um preditor autônomo de evolução da doença. Além do mais, a TFG diminuída no idoso deve implicar ajustes nas dosagens das medicações, semelhantemente ao que se faz em todos os pacientes com DRC. Assim, a definição da DRC é a mesma, independentemente da idade.

Idealmente, a TFG deveria ser determinada pela depuração da inulina ou de materiais radioisotópicos, como DTPA. Infelizmente, tais métodos, além de onerosos, não são de fácil utilização no dia a dia. Na prática clínica, a TFG pode ser determinada pela dosagem da creatinina sérica e/ou por sua depuração pelo rim. A depuração da creatinina pode ser realizada em urina coletada no período de 24 horas, porém a coleta inadequada, por falta de compreensão do procedimento ou pelo tipo de atividade do paciente, é um limitador do método.

As diretrizes preconizam que a TFG pode ser estimada a partir da dosagem sérica da creatinina, aliada a variáveis demográficas, tais como: idade, sexo, raça e tamanho corporal. As duas equações mais frequentemente utilizadas são:

1. Equação de Cockcroft-Gault:

Depuração de creatinina (mL/min) = $140 - \text{idade (em anos)} \times \text{peso (quilogramas)} / 72 \times \text{Cr}_s$ (x 0,85, se mulher)

2. Equação abreviada do estudo Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)¹

Filtração glomerular (mL/min/1,73m²) = $186 \times (\text{Cr}_s)^{-1,154} \times (\text{idade})^{-0,203} \times (0,742, \text{ se mulher}) \times (1,210, \text{ se indivíduo afro-americano})$

A fórmula de Cockcroft-Gault e a MDRD apresentam excelente correlação com a determinação da TFG avaliada com DTPA e são empregadas em vários estudos no Brasil e no mundo.

Estadiamento da doença renal crônica

Nos pacientes com DRC, o estágio da doença deve ser determinado com base no nível de função renal, independentemente do diagnóstico.

Para efeitos clínicos, epidemiológicos, didáticos e concei-

tuais, a DRC é dividida em seis estágios funcionais, de acordo com o grau de função renal do paciente. São eles:

- **Fase de função renal normal sem lesão renal:** importante do ponto de vista epidemiológico, pois inclui pessoas integrantes dos chamados grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica (hipertensos, diabéticos, parentes de hipertensos, diabéticos e portadores de DRC) que ainda não desenvolveram lesão renal.

- **Fase de lesão com função renal normal:** corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada, ou seja, o ritmo de filtração glomerular está acima de 90ml/min/1,73m².

- **Fase de insuficiência renal funcional ou leve:** ocorre no início da perda de função dos rins. Nesta fase, os níveis de ureia e creatinina plasmáticas ainda são normais, não há sinais nem sintomas clínicos importantes de insuficiência renal e somente métodos acurados de avaliação da função do rim (métodos de depuração, por exemplo) irão detectar essas anormalidades. Os rins conseguem manter razoável controle do meio interno. O ritmo de filtração glomerular está entre 60 e 89ml/min/1,73m².

- **Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada:** nesta fase, embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem. Na maioria das vezes, apresenta apenas sinais e sintomas ligados à causa básica (lúpus, hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, infecções urinárias, etc.). A avaliação laboratorial simples já nos mostra, quase sempre, níveis elevados de ureia e de creatinina plasmáticas. O ritmo de filtração glomerular fica entre 30 e 59ml/min/1,73m².

- **Fase de insuficiência renal clínica ou severa:** o paciente já se ressentido de disfunção renal. Apresenta sinais e sintomas marcados de uremia – entre estes, a anemia, a hipertensão arterial, o edema, a fraqueza, o mal-estar e os sintomas digestivos. Corresponde à faixa de ritmo de filtração glomerular entre 15 e 29 ml/min/1,73m².

- **Fase terminal de insuficiência renal crônica:** corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser compatível com a vida. Nesta fase, o paciente encontra-se sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal. O ritmo de filtração glomerular é inferior a 15 ml/min/1,73m².

Grupos de risco para doença renal crônica

Com o envelhecimento, aumenta a incidência de doenças crônicas e, por isso, alguns pacientes apresentam maior risco para DRC. São eles:

1. Hipertensos: a hipertensão arterial é comum na DRC, podendo ocorrer em mais de 75% dos pacientes.
2. Diabéticos: os pacientes diabéticos apresentam risco aumentado para DRC e doença cardiovascular e devem ser monitorados frequentemente para a ocorrência da lesão renal.
3. Idosos: o envelhecimento causa diminuição fisiológica da TFG, juntamente com as lesões renais que ocorrem secundariamente às doenças crônicas, tornando os idosos suscetíveis à DRC.
4. Pacientes com doença cardiovascular (DCV): a DRC é considerada fator de risco para DCV e estudos demonstraram que a DCV se associa independentemente com a diminuição da TFG e com a ocorrência da DRC.
5. Familiares de pacientes portadores de DRC: os familiares de pacientes portadores de DRC apresentam prevalência aumentada de hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, proteinúria e doença renal.
6. Pacientes em uso de medicações nefrotóxicas: o uso de medicações nefrotóxicas deveria ser evitado ou otimizado nos pacientes com DRC, particularmente quando a TFG é menor que 60 mL/min/1,73m².

Desafios geriátricos do paciente com DRC

As síndromes geriátricas são uma constelação de sinais e sintomas, envolvendo múltiplos sistemas orgânicos que predis põem o paciente ao aumento da morbidade e mortalidade. O comprometimento cognitivo e a uremia podem piorar as condições dos pacientes idosos com doença renal crônica avançada e doença renal terminal.

Fragilidade

No estudo de Berger e colaboradores, foi descoberto que existe risco duas vezes maior ajustado por idade para a fragilidade com DRC leve e que houve aumento de seis vezes do risco quando a taxa de filtração glomerular (TFG) caía para < 45 mL/min/1,73 m². Esses resultados persistiram após correção para múltiplas comorbidades. A fragilidade e a DRC foram associadas a um aumento da mortalidade. Berger cita o estudo de Johansen, que mostrou uma taxa mais elevada de fragilidade em pacientes idosos com doença renal terminal (idade < 40 anos: 44,4%; idade entre 60-70 anos: 74,2%; e idade > 80 anos: 78,8%).

A DRC está associada à fragilidade nos idosos em qualquer faixa de idade, o que sugere que os pacientes idosos com DRC são propensos às limitações físicas e funcionais que compõem fragilidade. Por isso, os esforços para reabilitação devem ser perseguidos.

Quedas

Estudos sugerem que mais de 45% dos pacientes idosos submetidos a diálise têm uma ou mais quedas por ano. As quedas são um importante fator de risco para fraturas, quedas futuras e morte na população geriátrica. A frequência de síncope, pré-síncope ou tonturas não foi diferente entre os idosos em hemodiálise (HD) com 65 anos ou mais, mas aqueles com mais de 65 anos eram mais propensos a cair (38% versus 4%).

Houve importante variação da pressão arterial sistólica pré e pós-diálise em ortostatismo em idosos em relação aos pacientes mais jovens, mas não houve diferença entre os pacientes mais idosos que caíram e os que não caíram, o que sugere que a hipotensão ortostática não pode explicar totalmente as quedas. O aumento do risco de quedas em idosos pode ser devido a diferenças não avaliadas no prejuízo funcional.

Nos pacientes em HD com idade média de 75 anos, a mortalidade aumentou com pelo menos uma queda. O risco sobe com a idade avançada, comorbidade e início recente de HD. Apesar de as quedas por doenças agudas terem sido excluídas do estudo para limitar confusão, ainda não está claro se elas desempenham um papel funcional direto na mortalidade ou simplesmente são um marcador de carga da doença.

Comprometimento funcional

Existe comprometimento funcional significativo (incapacidade) em pacientes idosos antes de iniciar a diálise e um declínio ainda maior quando a iniciam. Os fatores associados à perda funcional incluíram aumento do número de medicamentos, diminuição da mobilidade e menor nível educacional. O tempo para o início da diálise está associado com o risco de declínio funcional.

Comprometimento cognitivo

A associação entre insuficiência renal e comprometimento cognitivo tem sido relatada, mas ainda não está clara essa relação. A prevalência da disfunção cognitiva e demência foi duas vezes maior nos pacientes com doença renal terminal que naqueles sem doença renal terminal. Uma menor taxa de filtração glomerular foi associada com déficit cognitivo, especialmente quando < 30 mL/min/1,73 m². Devemos lembrar que o declínio cognitivo dificulta a avaliação da uremia e afeta a decisão de iniciar a diálise. Os estudos não abordam com clareza a complexidade do início do tratamento dialítico nesses pacientes, nem discutem sobre o estadiamento do declínio cognitivo e o início da diálise.

Tratamento

A dificuldade na terapia do paciente idoso com DRC em estágio final se dá na medida em que os idosos com 70 anos ou mais são excluídos dos principais estudos. Sendo assim, é difi-

cil extrapolar para os idosos as diretrizes oferecidas nos cuidados aos mais jovens.

E a decisão de encaminhamento ao nefrologista?

O sucesso do tratamento do DM e da HA, que são as principais causas de DRC, se associa com maior expectativa de vida e, conseqüentemente, possibilita que mais pacientes evitem a perda da função renal e acumulem comorbidades, tornando o acompanhamento de pacientes com DRC um desafio em geriatria.

Um achado clínico comum é a constatação de múltiplas comorbidades nos pacientes idosos, particularmente nos muito idosos: diminuição das acuidades visual e auditiva, perda não intencional de peso ou desnutrição, incontinência urinária, desequilíbrio/alteração de marcha e quedas, polifarmácia, déficit cognitivo, depressão, limitações funcionais, falta de suporte social, dificuldades econômicas e ambiente doméstico inadequado. Não é incomum a osteoporose relacionada à idade frequentemente se sobrepor à doença óssea metabólica. Com o avançar da idade e da própria DRC, a fragilidade torna-se um problema de grande relevância clínica.

A tudo isso somam-se os problemas decorrentes da interação medicamentosa e da inadequação da dosagem dos medicamentos à medida que o paciente acumula comorbidades e a sua necessidade do uso de outros fármacos aumenta.

O geriatra é habilitado a conduzir o paciente com DRC até estágios avançados da doença, visto que a identificação precoce da disfunção renal, a correção de fatores que pioram a função renal, a promoção de saúde, o diagnóstico e o tratamento de doenças crônicas fazem parte do acompanhamento geriátrico de rotina. A expectativa de vida, funcionalidade e qualidade de vida são fatores importantes para o acompanhamento e a decisão terapêutica.

Uma baixa taxa de filtração glomerular estável em idosos, desde que seja fisiologicamente suficiente para satisfazer as exigências de homeostase, não é uma doença por si só e apenas eventualmente progride para insuficiência renal verdadeira. No entanto, ela pode ser um fator de risco para lesão renal aguda, intoxicação por drogas, doença cardiovascular e, por isso, deve ser sempre avaliada.

A TFG e a proteinúria são parâmetros importantes para o acompanhamento conjunto com o nefrologista. Alguns autores definem que idosos com proteinúria > 1 g/l devem ser encaminhados ao nefrologista. O encaminhamento não deve interromper o acompanhamento geriátrico, visto que a perspectiva geriátrica será fundamental no seguimento do paciente. O acompanhamento conjunto, quando bem-feito, só trará benefícios à saúde do indivíduo.

O tratamento convencional do paciente idoso com DRC abrange muitos tópicos. Escolhemos alguns que julgamos ser os mais importantes para o acompanhamento e seguimento desses indivíduos:

Hipertensão arterial sistêmica

Tratar e controlar a hipertensão arterial é um dos principais braços no tratamento da DRC. Além de diminuir o risco cardiovascular, o controle pressórico reduz também o declínio da função renal. Um grande estudo observacional de coorte dos veteranos de guerra dos EUA sugere controle ótimo com níveis pressóricos sistólicos entre 130 e 159 mmHg e diastólicos entre 80 e 89 mmHg para os idosos com DRC. Mas os ensaios clínicos que abordam o tratamento anti-hipertensivo em idosos com DRC são limitados, assim como os estudos que envolvem outros aspectos dos idosos.

Restrição de sal na dieta

Apesar de o benefício da restrição de sal na dieta já ser muito bem definido no controle da hipertensão arterial sistêmica, um estudo recente, randomizado, duplo-cego e placebo controlado, mostrou que a baixa ingestão de sal (menos que 2 g/dia de sódio) reduz significativamente a proteinúria e níveis pressóricos de pacientes com DRC.

Uso de estatinas

Diversos estudos utilizando as estatinas em pacientes com DRC trouxeram desfechos negativos com relação a essa droga, exceto o estudo SHARP (Study of Heart and Renal Protection). Portanto, o seu uso permanece controverso.

Controle do diabetes

O controle da nefropatia diabética se faz por meio de bons níveis glicêmicos, do controle dos níveis pressóricos e do uso de inibidores da ECA ou de antagonistas dos receptores da angiotensina. Apesar de se tratar de terapia comprovada nos jovens, ela não foi validada nos idosos. O valor de Hb glicosilada sugerida de 7% não deve ser estendido a pacientes com risco de hipoglicemia ou com multimorbidades – entre eles, podemos incluir os idosos com DRC.

Reabilitação

A reabilitação pode ser efetiva em melhorar os desfechos de idosos com DRC. Um programa de reabilitação com atividade física foi capaz de recuperar a saúde física e mental de pacientes renais crônicos até o início dos 70 anos de idade. É recomendado que todo paciente idoso com DRC tenha uma avaliação funcional de rotina e recomendações para realização de atividade física.

Suporte de serviços da comunidade

Pacientes idosos com DRC são mais propensos a limitações das atividades básicas da vida diária e necessitam de serviços de home care com mais frequência. Naqueles com mais de 80 anos, o início da diálise diária está associado com redução de

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Aproximando o profissional clínico
da geriatria e da gerontologia



Na revista *Aptare* você vai encontrar:

- Entrevistas com especialistas
- Resumos de estudos internacionais
- Artigos atuais e de aplicação prática
- Recursos para o paciente e para o cuidador
- Notícias sobre o mercado de saúde

Todo o conteúdo da *Aptare*
e outras novidades do universo do
envelhecimento estão disponíveis no site:
www.dinamoeditora.com.br



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

funcionalidade e maior necessidade de suporte para o tratamento, inclusive cuidados de enfermagem e home care.

Tratamento da anemia

O tratamento com agentes estimulantes de eritropoese visando à melhoria da qualidade de vida do idoso com DRC é uma opção razoável, apesar de os estudos que tratam do assunto não incluírem pacientes idosos especialmente acima dos 75 anos.

Terapia com bicarbonato de sódio

Estudos clínicos sugerem que o uso de bicarbonato de sódio via oral pode lentificar a progressão de DRC. No entanto, os idosos não foram incluídos nos estudos e só se recomenda o uso de bicarbonato quando o valor sérico é menor que 22 mmol/L.

Prescrição de medicações para os idosos

É de senso comum que devemos evitar receitar algumas medicações para os idosos por serem potencialmente inapropriadas e nefrotóxicas. Quando falamos especificamente dos idosos com DRC, devemos poupá-los dos anti-inflamatórios não hormonais e dos antibióticos nefrotóxicos, como os aminoglicosídeos. Não podemos esquecer que os antibióticos de depuração renal merecem atenção quando prescritos, especialmente se forem de metabolismo renal. Assim, deverão ter suas doses ajustadas para a função renal do doente. Jamais podemos esquecer que, diante da diminuição da função renal, alguns medicamentos merecem ser suspensos, como os inibidores da ECA, os antagonistas dos receptores de angiotensina e hipoglicemiantes orais em geral, pelo risco de hipoglicemia com o aumento da meia-vida sérica. É necessário atentar especialmente também para o uso da metformina, em razão do risco aumentado de acidose.

Diálise

Os dados que compreendem os pacientes com disfunção renal dos EUA (United States Renal Data System) mostram que os idosos a partir dos 65 anos pertencem ao grupo que mais contribui para o aumento da população em estágio final de DRC. O mesmo é observado na Europa.

Em razão desse crescimento importante da população idosa em estágio final de DRC, alguns estudos tentaram definir se o início precoce da diálise traria benefícios à saúde do paciente idoso. Todos os estudos apontaram para a ausência de benefícios evidentes no começo prematuro da terapia de substituição renal, mostrando que o tratamento conservador não deve ser ignorado e que devemos maximizar os cuidados visando a adiar o seu princípio.

A prática de começar a diálise com a instalação antecipada da fístula pode não ser a mais benéfica no paciente idoso, em razão da expectativa de vida diminuída quando comparada

à dos mais jovens. Entretanto, não podemos ignorar o aumento do risco de complicações e infecções, que é significativamente maior quando utilizamos cateteres ou outros dispositivos vasculares. Esses riscos incluem trombose, bacteremia e aumento da mortalidade, se esses dispositivos forem utilizados por muito tempo.

Os pacientes geriátricos em estágio final de DRC podem se beneficiar da diálise peritoneal domiciliar, assim como os pacientes jovens, mas principalmente aqueles com funcionalidade diminuída e com dificuldade de locomoção.

Os pacientes idosos em estágio final de DRC são caracterizados por irem menos ao nefrologista do que os mais jovens. Um estudo mostrou que, entre 2005 e 2008, apenas 43% dos pacientes mais idosos passaram por consulta no ano que antecedeu o início da diálise. Isso nos mostra que o encaminhamento precoce ao nefrologista pode auxiliar na otimização do tratamento do paciente idoso, impedindo eventualmente que o quadro evolua para a necessidade de terapia de substituição renal.

Tratamento conservador por meio de cuidado intensivo

A terapia conservadora máxima (Maximal Nondialytic Conservative Management – MCM) surgiu na Europa como uma alternativa à opção da diálise nos pacientes em estágio final de DRC. É uma estratégia não dialítica feita por uma equipe clínica multidisciplinar composta de nutricionistas, assistentes sociais e outros profissionais, que têm como ênfase o tratamento sintomático de suporte. Os cuidados incluem os mesmos das fases iniciais da DRC.

O idoso com DRC e múltiplas comorbidades não se beneficia necessariamente da indicação da diálise para ganho de sobrevida quando comparamos esta ao tratamento conservador. Além disso, um ano após o início de diálise em idosos institucionalizados, observou-se perda significativa de funcionalidade e elevada mortalidade.

Existem muitos dados sobre o assunto na literatura e, a despeito de os estudos apontarem para uma maior sobrevida nos pacientes idosos em diálise quando comparados àqueles em tratamento conservador, os pacientes em diálise enfrentam mais hospitalizações e têm pior qualidade de vida.

Esses dados nos estimulam a discutir e refletir sobre a possibilidade de que o idoso com DRC em estágio final e múltiplas comorbidades possa optar por um tratamento conservador baseado em um suporte multiprofissional em cuidados paliativos, visando ao bem-estar do paciente, seu conforto e alívio de sintomas, sempre com seu consentimento ou de seus responsáveis.

Transplante

A idade avançada definitivamente não é uma contraindicação absoluta para o transplante renal. O transplante pode propor-

cionar ao idoso boa sobrevida do enxerto e qualidade de vida, porém com maiores riscos de câncer, infecção e doença cardiovascular em comparação com os pacientes mais jovens.

A imunosenescência no paciente idoso pode protegê-lo da rejeição, mas aumenta o risco de infecções e câncer, portanto o tipo e a dose do medicamento imunossupressor pode necessitar de ajustes. Mesmo assim, existe um risco aumentado de

morte por infecção, mas esse risco é maior nos pacientes da lista que aguardam o transplante do que naqueles que receberam um rim transplantado.

A presença de comorbidades, fragilidade e comprometimento funcional limita o número de idosos candidatos à lista de espera do transplante, mas os selecionados podem ter uma expectativa de vida razoável e boa qualidade de vida.

Referências bibliográficas

- Grace B, Hurst K, McDonald S. Chapter 2: New patients commencing treatment in 2011. In: 2012 Annual Report – 35th Edition. ANZDATA Registry: Adelaide, Australia; 2012
- USRDS 2011 Annual Data Report. Atlas of Chronic Disease and End Stage Renal Disease in the United States, 2011. Available from: www.ajkd.org/issues?issue_key=S0272-6386%2811%29X0015-X. Accessed on March 2, 2014.
- Kovesdy CP, Bleyer AJ, Molnar MZ, et al. Blood pressure and mortality in US veterans with chronic kidney disease: a cohort study. *Ann Intern. Med.* 2013; 159 (4): 233-242.
- McMahon EJ, Bauer JD, Hawley CM, et al. A randomized trial of dietary sodium restriction in CKD. *J Am Soc Nephrol.* 2013; 24 (12): 2096-2103.
- Baiagent C, Landray MJ, Reith C, et al; SHARP Investigators. The effects of lowering LDL cholesterol with Simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (Study of Heart and Renal Protection): a randomized placebo-controlled trial. *Lancet.* 2011; 377 (9784): 2181-2192.
- Williams ME. Diabetic kidney disease in elderly individuals. *Med Clin North Am.* 2013; 97 (1): 75-89.
- Brown AF, Mangione CM, Slabia D, Sarkisian CA; California HealthCare Foundation/ American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51 (5 Suppl Guidelines): S 265-S280.
- Greenwood SA, Lindun H, Taylor K, et al. Evaluation of a pragmatic exercise rehabilitation programme in chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant.* 2012; 27 Suppl 3: iii126–iii134.
- Painter P, Marcus RL. Assessing physical function and physical activity in patients with CKD. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2013; 8 (5): 861-872.
- Gopinath B, Harris DC, Burlutsky G, Mitchell P. Use of community support services and activity limitations among older adults with chronic kidney disease. *Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2013; 68 (6): 741-747.
- Jassal SV, Chiu E, Hladunewich M. Loss of independence in patients starting dialysis at 80 years of age or older. *N Engl J Med.* 2009; 361 (16): 1612-1613.
- Loniewski I, Wesson DE. Bicarbonate therapy for prevention of chronic kidney disease progression. *Kidney Int.* Epub October 9, 2013.
- Rosansky SJ, Eggers P, Jackson K, Glasscock R, Clark WF. Early start of hemodialysis may be harmful. *Arch Intern Med.* 2011; 171 (5): 396-403.
- Cooper BA, Branley P, Bulfone L, et al; IDEAL Study. A randomized, controlled trial of early versus late initiation of dialysis. *N Engl J Med.* 2010; 363 (7): 609-619.
- Crews DC, Scialla JJ, Liu J, et al. Predialysis Health, Dialysis Timing, and Outcomes among Older United States Adults. *J Am Soc Nephrol* 25: ccc-ccc, 2014.
- Winkelmayer WC, Kurella Tamura M. Predialysis nephrology care of older individuals approaching end-stage renal disease. *Semin Dial.* 2012; 25(6): 628-632.
- Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant.* 2007; 22 (7): 1955-1962.
- Kurella Tamura M, Covinsky KE, Chertow GM, Yaffe K, Landefeld CS, McCulloch CE. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med.* 2009; 361 (16): 1539-1547.
- Impedovo SV, Ditunno P, Ricapito V, et al. Advanced age is not an exclusion criterion for kidney transplantation. *Transplant Proc.* 2013; 45 (7): 2650-2653.
- Keith DS. Transplantation in the elderly patient. *Clin Geriatr Med.* 2013; 29 (3): 707-719.
- Singh P, Germain MJ, Cohen L, Unruh M. The elderly patient on dialysis: geriatric considerations. *Nephrol Dial Transplant.* Epub June 19, 2013.
- Meier-Kriesche HU, Ojo AO, Hanson JA, Kaplan B. Exponentially increased risk of infectious death in older renal transplant recipients. *Kidney Int.* 2001; 59 (4): 1539-1543.
- Fassett RG. Current and emerging treatment options for the elderly patient with chronic kidney disease. *Clinical Interventions in Aging.* 2014; 9 191-199.
- Bastos MG, Oliveira DCQ, Kirsztajn GM. Doença Renal Crônica no paciente Idoso. *Rev HCPA* 2011; 31 (1): 52-56.
- Franco MRG, Fernandes NMS. Diálise no paciente idoso: um desafio do século XXI – revisão narrativa. *J Bras Nefrol* 2013; 35 (2): 132-141.
- Berger JR, Hedayati SS. Renal replacement Therapy in the Elderly Population. www.cjasn.org. Vol 7, June, 2012.
- Rosansky SJ. Renal Function is More Important than Chronic Kidney Disease Stage for Managing Patients with Kidney Disease. *Am J Nephrol* 2012; 36: 1-10.
- Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J. Bras. Nefrol* 2011; 33 (1): 93-108.

UMA EPIDEMIA GRISALHA



Um projeto de arte participativo chamado **The Graying of Aids: Stories from an Aging Epidemic** está tentando retratar uma população invisível na epidemia de HIV/Aids: pessoas que, em razão de avanços no tratamento, são parte da primeira geração que está envelhecendo com Aids; e pessoas que foram infectadas numa fase mais avançada da vida.

O projeto, uma iniciativa da fotógrafa Katja Heinemann e da jornalista de saúde Naomi Schegloff, combina retratos e frases colhidas entre os participantes da XIX Conferência Internacional da Aids (Aids 2012).

Entre os entrevistados estão Jose, um porto-riquenho de 60 anos que luta para conseguir tratamento, porque o sistema de saúde do seu país é voltado para os jovens; ou Sharon, uma residente de Ohio de 62 anos que ouviu de seu médico que seu teste de HIV positivo deveria estar errado porque ela não se encaixava no perfil de soropositiva.

"Antes a campanha costumava ser: 'Você deve se testar e receber tratamento, se precisar, para viver mais'", diz Naomi. "E as pessoas o fizeram, e aqui estão. Mas depois esqueceu-se do tema. As pessoas estão vivendo mais, e agora?"

Saiba mais em: www.grayingofaids.org.

O PODER DA MÚSICA



O clipe já fez sucesso algum tempo atrás, com um senhor chamado Henry que parecia despertar de um estado de letargia cau-

sado pela demência ao ouvir músicas que escutava durante a juventude. Era parte de uma campanha da organização sem fins lucrativos Music and Memory, coordenada pelo assistente social Dan Cohen, que advoga pela introdução da música em casas de repouso. Para isso, ele pede doações de iPods para os pacientes.

O clipe se transformou num documentário chamado **Alive Inside** (Vivo por Dentro, em tradução livre), lançado em meados de julho em Nova York. Nele, além de Henry, são apresentados outros pacientes com demência, que reagem de maneira quase inacreditável ao ouvir músicas que fazem parte de seu passado. Também são entrevistados especialistas, como o neurologista e autor Oliver Sacks, que explica a ciência por trás das reações dos pacientes.

O filme recebeu o Prêmio do Público no Festival de Sundance. Para saber mais sobre o documentário, acesse: www.aliveinside.us.

BANCANDO OS DETETIVES



Muitos médicos têm uma dificuldade imensa em se aposentar quando chega a hora. Sentem falta da medi-

cina e de ajudar os pacientes.

A saída, para muitos, foi se unir à equipe do **CrowdMed**. Lançado em 2013, o site é voltado para pacientes que não conseguem encontrar um diagnóstico. Segundo o CEO da empresa, Jared Heyman, o usuário médio do site já está doente há seis anos, passou por oito médicos e acumula US\$ 55 mil em despesas com saúde.

O site dá acesso a "detetives médicos" e trabalha com um "coletivo" de respostas, como o próprio nome sugere. Muitos dos médicos são profissionais aposentados, com anos de experiência, que trabalham juntamente com médicos ainda na ativa e estudantes de medicina.

Pacientes interessados podem postar o caso anonimamente. Os "detetives médicos" podem fazer perguntas e depois discutir o caso via chat. Após a emissão de um relatório final, o paciente é encorajado a levar os resultados ao seu médico.

Para mais informações: www.crowdmed.com.

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA DE PARKINSON



Acaba de ser lançado nos EUA um site chamado **Partners in Parkinson's** (Parceiros no Parkinson, em tradução livre), uma iniciativa da Michael J. Fox Foundation e do laboratório farmacêutico AbbVie.

O objetivo do site é trazer informações sobre a doença e seus sintomas, explicar como pacientes e cuidadores podem lidar melhor com seus efeitos e proporcionar fontes de auxílio médico. Um de seus recursos é um localizador que ajuda usuários a encontrar um especialista próximo de onde ele estiver.

Para saber mais, acesse: www.partnersinparkinsons.org

NOVOS ARRANJOS DE MORADIA



Um dos maiores medos reportados por idosos é o de ficar sozinho. Mas terceira idade não precisa ser sinônimo de solidão. Foi pensando nesse conceito que Marianne Kilkenny criou a organização **Women for**

Living in Community, cujo objetivo é auxiliar idosas em busca de arranjos compartilhados de moradia.

Para Marianne, “envelhecer em comunidade” é uma alternativa viável a envelhecer sozinho ou numa situação tradicional, como o casamento.

Um número pequeno mas crescente de mulheres chegando à marca dos 65 parece concordar com ela. De acordo com o censo de 2012, entre lares não familiares, a porcentagem de mulheres com 65 anos ou mais que escolheram não morar sozinhas subiu de 2,96% em 2005 (primeiro ano em que esses dados foram incluídos) para 3,8% em 2012. Para homens com 65 anos ou mais, a porcentagem durante o mesmo período se manteve em 9,1%.

Saiba mais em: www.womenlivingincommunity.com.



IDEIA SIMPLES E EFICAZ

A ideia surgiu quando Shawn Barnes, residente de psiquiatria na **Universidade da Califórnia, San Diego** (UCSD), observou alguns idosos hospitalizados tendo dificuldade com os formulários de consentimento. A dificuldade não era de compreensão, mas de leitura – eles não conseguiam enxergar o que estava escrito.

A unidade de psiquiatria geriátrica mantinha numa gaveta alguns pares de óculos de leitura usados, mas eles não eram suficientes. Barnes pesquisou e descobriu que eles eram incrivelmente baratos. Por causa disso, escreveu um artigo, publicado no *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, em que encoraja as instituições para idosos a manter um estoque de óculos de leitura baratos. Muitos estudos mostram que a dificuldade de visão num hospital ou casa de repouso tem relação com declínio cognitivo e *delirium*. A falta de familiaridade, as rotinas diferentes, a falta de sono e novas medicações durante uma hospitalização já são perigosas para idosos frágeis. Sem enxergar, o quadro pode piorar.

Em resposta ao seu artigo, a San Diego Depression and Bipolar Support Alliance doou recentemente mais de 150 pares de óculos de leitura à unidade de psiquiatria geriátrica da UCSD.

MAIS DISCRIÇÃO E CONFORTO



A marca Plenitud®, fabricante de fraldas e roupas íntimas descartáveis da multinacional **Kimberly-Clark**, acaba de lançar a nova Plenitud® Active Fit*. Ela chega ao mercado mais discreta e com maior conforto para os usuários. O produto se ajusta perfeitamente ao corpo, oferecendo qualidade e discríção similares às da roupa íntima de algodão, além de ter controle de odores e ser o único no mercado com cores e formatos diferenciados para homens e mulheres.

A tecnologia Fit permite que o painel absorvente fique ainda mais fino e imperceptível sob as roupas. A Plenitud® Active Fit* está disponível nos tamanhos P/M e G/XG para ambos os sexos.

MAIS CONFORTO NO TRATAMENTO COM INJETÁVEIS



A **Becton, Dickinson & Company (BD)** disponibiliza ao mercado brasileiro a primeira agulha para canetas com bísel pentafacetado. A BD Nano™ traz a exclusiva tecnologia PentaPoint™, com uma agulha de cinco facetas em vez de três, que a torna mais fina, proporcionando maior conforto nas aplicações por penetrar a pele com mais facilidade.

Um estudo realizado pela companhia revelou que, com PentaPoint™, o paciente utiliza 23% menos força para aplicar a injeção e 94% dos respondentes aprovaram a nova tecnologia. “Pesquisas mostram que o desconforto na aplicação de injeções é um dos motivos pelos quais os pacientes abandonam o tratamento”, conta Lara Naccache Miranda, gerente de produtos do canal varejo da área de Diabetes Care da BD. “Com uma opção mais confortável, a adesão aumenta.”

PRÊMIOS DA LONGEVIDADE



Os Prêmios Longevidade Bradesco Seguros, promovidos pelo **Grupo Bradesco Seguros**, chegam à sua quarta edição em 2014, com uma importante novidade: além das tradicionais modalidades Jornalismo e Histórias de Vida, está sendo lançado este ano o prêmio “Pesquisa em Longevidade”, voltado à comunidade acadêmica. As inscrições para todas as modalidades podem ser feitas até 5 de setembro de 2014.

Desde a primeira edição, os Prêmios Longevidade Bradesco Seguros contam com a consultoria do médico e pesquisador em saúde pública Alexandre Kalache, ex-diretor do Departamento de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e uma das maiores autoridades internacionais em gerontologia.

Os três primeiros colocados nas modalidades Jornalismo e Histórias de Vida e os dois primeiros de Pesquisa em Longevidade receberão prêmios, além de troféus e certificados. A cerimônia de entrega ocorrerá durante o IX Fórum da Longevidade, que reunirá especialistas e convidados nacionais e internacionais em outubro de 2014, na cidade de São Paulo.

Para inscrições e mais informações: www.premiosdalongevidade.com.br.

PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE



A **Coloplast** acaba de lançar o Programa Ativa, um programa gratuito de atendimento ao paciente que necessita realizar o cateterismo intermitente. A iniciativa consiste na visita de uma enfermeira especializada com o objetivo de dar orientações sobre o procedimento. Além disso, o paciente recebe 30 unidades do cateter SpeediCath – com revestimento hidrofílico já lubrificado e pronto para uso da Coloplast – para experimentação.

O cateterismo intermitente é o padrão ouro para pacientes com disfunção vesical que precisam esvaziar a bexiga. Trata-se de um procedimento simples, no qual um cateter é introduzido na uretra até chegar à bexiga para drenar a urina residual em intervalos regulares, de quatro a seis vezes ao dia, conforme recomendado pelo médico. O cateter é removido assim que a bexiga estiver totalmente vazia.

Para mais informações: 0800-2858687.

A **Coloplast** acaba de lançar o Programa Ativa, um programa gratuito de atendimento ao paciente que necessita realizar o cateterismo intermitente. A iniciativa consiste na visita de uma enfermeira especializada com o objetivo de dar orientações sobre o procedimento.

SIMULADORES DE ENVELHECIMENTO



A **BIGFRAL** acaba de importar do Japão dois kits de simuladores de envelhecimento. Trata-se da tecnologia mais moderna disponível

nessa área, dando ao usuário uma experiência única e extremamente real das dificuldades enfrentadas pelo idoso no dia a dia. O Japão é o país mais idoso do mundo hoje, com expectativa de vida de 80 anos entre homens e 87 entre mulheres.

Essa iniciativa dá continuidade ao Projeto Vetus, um programa de sensibilização criado em 2013, cujo principal foco é falar sobre o envelhecimento e a mobilidade reduzida do idoso em escolas de enfermagem, sociedades médicas, ONGs, hospitais e outras instituições.

Os novos kits trazem itens como tampões para ouvidos, para simular a presbiacusia; constritores, para dificultar os movimentos dos cotovelos e dos joelhos; pesos para os pulsos, para simular a perda de músculo; entre outros. Os kits importados do Japão não poderão ser doados, mas estão à disposição para uso de instituições interessadas em treinar e educar profissionais de saúde e o público sobre o envelhecimento.

PREVENINDO ÚLCERAS POR PRESSÃO



Um problema recorrente no cuidado de idosos, tanto em casa quanto nos hospitais, é a movimentação de pacientes com dificuldades de reposicionamento.

Para solucionar esse problema, **ArjoHuntleigh**, do Grupo Getinge, lançou durante a feira hospitalar os MaxiSlide Flites, lençóis descartáveis para movimentação de pacientes. Apresentado na forma tubular, com material resistente de baixo atrito, é ideal para transferência e movimentação de pacientes com deslizamentos fáceis em ambos os lados e direções. Dessa forma, o cuidador terá menor esforço físico, em razão das alças embutidas e das tiras descartáveis – o que proporciona excelentes técnicas ergonômicas de trabalho. Os MaxiSlide Flites são reutilizáveis, mas devem ser usados apenas em um único paciente.

EMBALAGEM ECONÔMICA



Para melhor atender às necessidades dos consumidores, a **Nestlé Health Science** lança a lata de 740 g de NUTREN Senior Pó, o suplemento alimentar desenvolvido para quem já passou dos 60 anos. O novo formato é uma alternativa mais prática, visando a um benefício econômico ao consumidor, uma vez que o consumo médio é de uma lata regular (370 g) por semana.

NUTREN Senior não possui sabor, o que permite sua adição a preparações salgadas e doces. Além disso, contém ACT-3, uma combinação de cálcio, proteína e vitamina D, mais 26 vitaminas e minerais e mix de fibras Nestlé.

NOVA UNIDADE



A empresa **50+ Saúde** inaugura em agosto o Espaço 50+ Saúde, uma nova unidade no bairro do Pacaembu. Estabelecida há dois anos no Campo Belo, a 50+ Saúde comercializa em sua loja e em seu site diversas categorias de produtos que atendem a diferentes necessidades de idosos e adultos em processo de envelhecimento. Há também uma linha direcionada a profissionais de saúde, clínicas e hospitais. Além dos produtos oferecidos na loja, o Espaço 50+ Saúde terá serviços voltados para qualidade de vida na maturidade.

A 50+ Saúde está ancorada no conceito de envelhecimento como um processo natural, com implicações biológicas, psíquicas, culturais e sociais, que deve ser acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, denominado pela OMS como envelhecimento ativo.

Para saber mais, acesse: www.50maissaude.com.br.

APLICATIVO PARA IDENTIFICAR INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS



O **Aché** lançou em julho o aplicativo Guia Rápido de Interações Medicamentosas para Anemia, que permite que o profissional de saúde verifique as possíveis interações entre mais de 60 fármacos uti-

lizados no tratamento e prevenção da anemia, de maneira a seguir as recomendações estabelecidas na bula de cada princípio ativo. O programa é uma iniciativa da Franquia Saúde Feminina do Aché Laboratórios, que tem em seu portfólio Combiron Fólico, composto de ferrocárbonila e associações, indicado para corrigir a anemia por falta de ferro e restabelecer os índices normais de armazenamento de ferro corporal.

O aplicativo utiliza um intuitivo sistema de cores e símbolos, que mostra para o profissional de saúde a intensidade da interação, bem como seus possíveis efeitos. Por meio das cores vermelha (que indica interação importante), azul (interação discreta e moderada) e preta (interação incerta), o novo aplicativo do Aché revela como se comportam 61 fármacos e fornece dados detalhados de cada interação. O app está disponível exclusivamente para profissionais de saúde, nas plataformas iOS e Android, no site www.guiainteracoesanemia.com.br, na Apple Store, na Play Store e também na seção de aplicativos do Aché Laboratórios.



CIAD 2014

13º Congresso Brasileiro Interdisciplinar
de Assistência Domiciliar

ATENÇÃO DOMICILIAR: **TECENDO REDES**

07 a 09 de Novembro de 2014

Centro de Convenções Rebouças - São Paulo - SP

CIAD 2014 - PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA - TEMAS

SEXTA-FEIRA - CURSOS PRÉ-CONGRESSO

**ATIVIDADES
I, II, III, IV e V**

Segurança do paciente em domicílio: ações que se complementam nos cuidados.

SÁBADO - CONGRESSO

ATIVIDADE I

Rede de Intervenção na atenção ao paciente com doença crônica.

ATIVIDADE II

Atores em relação: laços firmados para o cuidado.

ATIVIDADE III

Fios tecidos entre as diferentes técnicas em prol da AD.

ATIVIDADE IV

A integralidade do cuidado nos diferentes níveis: rede possível?

DOMINGO - CONGRESSO

ATIVIDADE I

Rede de intervenção na atenção ao paciente em Cuidados Paliativos.

ATIVIDADE II

Atores em relação em Cuidados Paliativos: laços firmados para o cuidado.

ATIVIDADE III

Fios tecidos entre diferentes técnicas em prol do Cuidado Paliativo.

ATIVIDADE IV

A integralidade do cuidado nos diferentes níveis: rede possível em Cuidados Paliativos

WWW.CIAD.COM.BR

INFORMAÇÕES e INSCRIÇÕES:



Tel: 11 4301-7350
ciad@preferencialeventos.com.br

REALIZAÇÃO:



Ministério da Saúde



UEP
Unidade de Educação Permanente
Diretoria - ICHC-FMUSP

APOIO:



PROGRAMA-SE :: cursos, congressos e simpósios

ago/set

- ➔ **ENAGE 2014**
11 a 15 de agosto • CRI Norte
www.crinorte.org.br
- ➔ **SIGG 2014**
22 e 23 de agosto • Hotel Matsubara
• São Paulo, SP • www.unifesp.br
- ➔ **10º Congresso de Cérebro, Comportamento e Emoções**
28 a 30 de agosto • Hotel Serrano • Gramado, RS •
www.ccmeventos.com.br
- ➔ **VII Congresso Internacional de Geriatria Y Gerontología**
3 a 5 de setembro • Quito, Equador
coordinadora@groupdmc.com
- ➔ **III Global Congress – 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
- ➔ **31º Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**
5 a 9 de setembro • Expomed Unimed Curitiba • Curitiba, PR
www.cbem2014.com.br
- ➔ **XVI Jornada Nacional de Imunizações**
10 a 13 de setembro • Hotel Royal Tulip • Rio de Janeiro, RJ •
www.svim.org.br
- ➔ **II Encontro Brasileiro de Serviços de Cuidados Paliativos**
11 a 13 de setembro • Cinemateca Brasileira • São Paulo, SP •
grupomais.situati.net.br
- ➔ **VIII Congresso Brasileiro de Alzheimer**
11 a 14 de setembro • Clube Homs • São Paulo, SP •
www.abraz.org.br
- ➔ **2014 Chinese Congress and Exposition on Gerontology and Health Industry**
12 a 14 de setembro • Suzhou • China • www.szaae.cn
- ➔ **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 • Roterdã, Holanda • www.eugms2014.org
- ➔ **Palliative Medicine and Supportive Oncology 2014 Symposium**
18 a 20 de setembro • Las Vegas, EUA •
www.clevelandclinicmeded.com
- ➔ **XIV Fórum Brasileiro de Neuropsiquiatria Geriátrica**
25 a 27 de setembro • Minascentro • Belo Horizonte, MG •
www.ccmeventos.com.br
- ➔ **I Jornada de Gerontologia e Geriatria da Rede de Hospitais São Camilo**
26 e 27 de setembro • Hospital São Camilo • São Paulo, SP •
www.hospitalsaocamilo.com/iep
- ➔ **Molecular Genetics of Aging**
29 de setembro a 3 de outubro • Cold Spring Harbor • Nova York, EUA
www.meetings.cshl.edu

out/nov

- ➔ **XXXI Congresso Brasileiro de Reumatologia**
1º a 4 de outubro • MinasCentro • Belo Horizonte, MG •
www.reumato2014.com.br
- ➔ **British Geriatrics Society (BGS) Autumn Meeting 2014**
15 a 17 de outubro • Brighton, Reino Unido • www.bgsevents.org
- ➔ **I Encontro da ANCP Sudeste**
18 de outubro • Auditório do Centro de Estudos do Hospital Samaritano • Rio de Janeiro, RJ •
ancpsudeste@paliativo.org.br
- ➔ **SIOG 2014 – International Society of Geriatric Oncology**
23 a 25 de outubro • Lisboa, Portugal • siog.org
- ➔ **Gerontological Society of America 67th Annual Scientific Meeting**
5 a 9 de novembro • Washington, D.C. • www.geron.org
- ➔ **XI Congresso Brasileiro de Cardiogeriatría**
7 e 8 de novembro • Centro de Convenções UFOP • Ouro Preto, MG
www.decage2014.com.br
- ➔ **13º Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar**
7 a 9 de novembro • Centro de Convenções Rebouças • São Paulo, SP
www.ciad.com.br
- ➔ **XXVI Congresso Brasileiro de Neurologia**
9 a 12 de novembro • Expo Unimed • Curitiba, PR •
www.neuro2014.com.br
- ➔ **IOF 5th Asia Pacific Osteoporosis Meeting**
14 a 16 de novembro • Taipei, Taiwan, China •
www.iofbonehealth.org

SIGG 2014

SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – EPM/UNIFESP
II SIMPÓSIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA
I ENCONTRO DE EX-ALUNOS DA DIGG – EPM/UNIFESP

PALESTRANTE INTERNACIONAL
STEPHANIE A. STUDENSKI
NIH (EUA)

PROGRAMA PRELIMINAR

22 DE AGOSTO DE 2014 - SEXTA-FEIRA

07h30 - 08h45	Inscrições e retirada de crachás
08h45 - 09h00	ABERTURA
09h00 - 09h30	CONFERÊNCIA: Novas perspectivas no Envelhecimento
09h30 - 10h45	MESA REDONDA: LONGEVIDADE - O desafio do cuidar Como avaliar a saúde dos Longevos? Projetos Longevos: Experiência brasileira de um ambulatório de Longevos Desafios no manejo nutricional Discussão
10h45 - 11h30	Visita aos Expositores
11h30 - 12h15	DUAS FACES DA LONGEVIDADE: Como individualizar condutas?
12h15 - 14h00	SIMPÓSIO SATÉLITE
14h00 - 15h00	CONFERÊNCIA INTERATIVA: Atualização em Sarcopenia
15h00 - 16h00	E A VIDA CONTINUA: Abordagem interdisciplinar da Sarcopenia
16h00 - 16h30	Visita aos Expositores
16h30 - 17h30	E AGORA, O QUE FAZER? – DILEMAS PRÁTICOS
18h00 - 21h00	Coquetel de confraternização I Encontro de Ex-alunos da DIGG – EPM/UNIFESP

23 DE AGOSTO DE 2014 - SÁBADO

08h30 - 09h30	DESAFIOS: Erros comuns no diagnóstico da Doença de Parkinson Obesidade: tratamento clínico e cirúrgico
09h30 - 10h30	CONFERÊNCIA INTERATIVA: Doença de Alzheimer: tratamento atual e futuro
10h30 - 11h00	Visita aos Expositores
11h00 - 12h30	O QUE HÁ DE NOVO 2013/2014?
12h30 - 13h30	SIMPÓSIO SATÉLITE

II SIMPÓSIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA DA UNIFESP/EPM

13h30 - 14h00	CONFERÊNCIA: Desmitificando as indicações de Cuidados Paliativos
14h00 - 15h00	COLÓQUIO: Linha Tênué entre Geriatria e Cuidados Paliativos
15h00 - 15h30	Visita aos Expositores
15h30 - 16h30	MESA REDONDA: Situações Díficeis em Cuidados Paliativos
16h30 - 17h30	CASO CLÍNICO: Cuidados Paliativos

COORDENAÇÃO

Roberto Dischinger Miranda
Maysa Seabra Cendoroglo

COMISSÃO EXECUTIVA

Guilherme Liausu Cherpak
Jullyana Chrystina Ferreira Toledo
Lucíulo Melo

COMISSÃO CIENTÍFICA

Ana Beatriz Galhardi Di Tommaso
Ana Laura de Figueiredo Bersani
Clarice Cavalero Nebuloni
Clineu de Mello Almada Filho
Naira Dutra Lemos

PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO

Departamento de Eventos Científicos
Disciplina de Geriatria e Gerontologia
UNIFESP/EPM



LOCAL

HOTEL MATSUBARA
Rua Coronel Oscar Porto, 836 - Paraíso
São Paulo – SP – CEP 04003-004
Fone: 11 3561-5000

ORGANIZAÇÃO / SECRETARIA EXECUTIVA



Fone/fax: (11) 5080-4933/4934
administrativo@stelamariseventos.com.br
www.stelamariseventos.com.br

Somos uma empresa farmacêutica global comprometida com a melhora na qualidade de vida de pessoas que sofrem de doenças do sistema nervoso central

Investimos mais de 20% da nossa receita em pesquisa e desenvolvimento de novos produtos, com o objetivo de melhorar as opções de tratamento de milhões de pacientes que sofrem de distúrbios psiquiátricos e neurológicos.

Nossos projetos em Pesquisa e Desenvolvimento incluem produtos para:

Depressão • AVC • Alcoolismo • Esquizofrenia • Transtorno Bipolar
Doença de Alzheimer • Doença de Parkinson • Doença de Huntington



Especialista em Psiquiatria | Pioneira em Neurologia