



EM MOVIMENTO
IDEIAS E RECURSOS PARA
O PACIENTE E O CUIDADOR

ORTOPEDIA
OSTEOPOROSE NO
PACIENTE IDOSO



DIFERENÇA
CUIDADORES: O QUE MUDA
COM A NOVA LEGISLAÇÃO?

ano 1 • edição 6
julho/agosto 2013



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



ENTREVISTA

João Toniolo Neto e
David Pares: geriatria
e ginecologia abordam
a transição menopausal

CUIDADOS PALIATIVOS

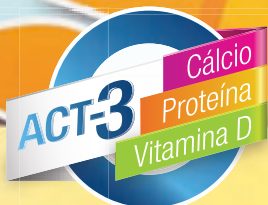
Cuidados paliativos em
pacientes portadores
de demência avançada

ESPECIAL IAGG

Conheça os destaques do
20º Congresso Mundial de
Gerontologia e Geriatria

NOVO NUTREN® SENIOR

VIDA ATIVA EM QUALQUER IDADE



Combinação única de **Proteína, Vitamina D e Cálcio** na medida certa para o idoso.

Sem Sabor

Versatilidade e praticidade de uso em receitas **salgadas e doces.**

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

Aptare

GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Fernando Fernandes



6 Colóquio

O geriatra **João Toniolo Neto** e o ginecologista **David Pares** falam sobre a transição menopausal sob seus diversos ângulos

10 FYI

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

12 Oncologia

Manejo de náuseas e vômitos causados por quimioterapia no paciente idoso **Ricardo Caponero**

18 Cuidados paliativos

Cuidados paliativos em pacientes portadores de demência avançada **Maurício de Miranda Ventura**

23 Especial IAGG

Confira os destaques do 20º Congresso Mundial de Gerontologia e Geriatria

32 Ortopedia

Osteoporose no paciente idoso **Silvia Pereira**

38 Em movimento

Ideias e recursos para o paciente e o cuidador

42 Diferença

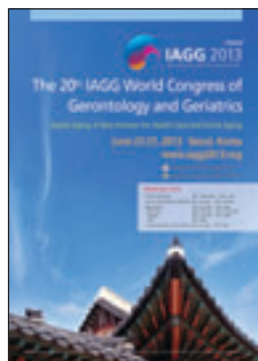
Entenda o trabalho do cuidador de idosos e o que muda com a nova legislação do trabalhador doméstico

46 Radar

Lançamentos e notícias do mercado de saúde

50 Programe-se

Anote na agenda: simpósios, congressos e workshops



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

GERIATRIA

Editor clínico:

João Toniolo Neto

Conselho editorial:

Claudia Burlá

Clineu de Mello Almada Filho

Cybelle Maria Costa Diniz

Eduardo Ferriolli

Elisa Franco de Assis Costa

Elizabeth Viana de Freitas

Emilio Hideyuki Moriguchi

Eurico T. De Carvalho Filho

Fânia Cristina dos Santos

João Carlos Barbosa Machado

João Senger

Julio César Moriguti

Matheus Papaléo Netto

Maurício de Miranda Ventura

Maysa Seabra Cendoroglo

Milton Luiz Gorzoni

Naira H. Salles de Lima 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

Patrícia Villas Bôas Cueva

Comercial

Debora Alves

Thelma Guimarães

Pré-impressão e impressão

Ipsis Gráfica e Editora

Tiragem

14.500 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

Thelma Guimarães

thelma@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição: Maria Lígia Pagenotto,

Maurício de Miranda Ventura, Ricardo Caponero,

Sergio Azman, Sílvia Pereira e Sônia Fuentes

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

Uma edição especial



Esta edição da *Aptare* é especial. Ela foi pensada e desenvolvida num momento memorável da história de nosso país. Brasileiros de todas as cores e classes tomaram as ruas para reivindicar por mais saúde, menos corrupção, mais educação, menos truculência, mais política e menos politicagem. Conseguimos vitórias inéditas e, embora ainda estejamos longe do ideal, há um sentimento genuíno e alentador de que, se quisermos e nos engajarmos, é possível mudar.

A maioria dos manifestantes eram jovens, idealistas, com gás – com o perdão do trocadilho – para sair às ruas e andar por quilômetros exercendo seu direito de manifestação e dando voz às suas insatisfações. Mas aqui e ali se viam cabeças brancas, idosos que fizeram questão de se unir àquela multidão para também se fazer ouvir. Ideologias e partidarismos à parte, um encontro bonito e cada vez mais raro entre gerações, unidas por um objetivo comum. “Os jovens de 1968 apoiam os jovens de 2013”, dizia um dos cartazes. Os sonhos se reencontraram nas ruas.

Os idosos brasileiros continuam querendo participar da

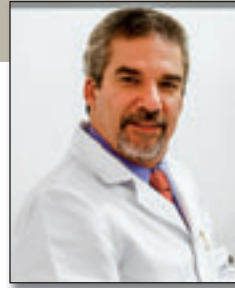
vida lá fora. Querem produzir, ser ativos no presente do país, participar da construção de seu futuro. Mas, infelizmente, a grande maioria fica à margem dos acontecimentos. Faltam condições que lhes permitam ser atuantes: saúde, transporte, dinheiro – a lista é longa. Só políticas públicas que pensem de maneira mais sistemática e prática nessa camada crescente da população serão capazes de devolver a esses idosos seu protagonismo, com a dignidade que merecem. Quando isso acontece, todos ganham.

Temos hoje uma janela de oportunidade para reavaliar como tratamos nossos idosos. O Brasil começa a acordar para a inversão da pirâmide demográfica. Hoje são 23,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos no Brasil. Espera-se que esse número chegue a 63 milhões em 2050. Mas de que vale viver mais se não se vive bem? Não há lógica em mais tempo de vida sem qualidade. É preciso aproveitar a onda de otimismo e a vontade de agir para trabalharmos em favor dos nossos idosos. Como tratamos nossos idosos no dia a dia? Como filhos que somos? Como cidadãos? Como médicos? Como sociedade? Como melhorar esse cenário?

Esta edição da *Aptare* também é especial por outro motivo. Neste número, comemoramos nosso primeiro aniversário. E que presente melhor do que trabalhar inspirados pelos ares de mudança, acreditando que também nós podemos ajudar nesse movimento, agindo em prol do idoso, através da comunicação bem-feita, de informação de qualidade? Aniversário é sempre uma ocasião para avaliar o que ficou para trás e pensar no que vem pela frente. Ao fazermos essa análise, nós, da *Aptare*, acreditamos que estamos no caminho certo e nos orgulhamos de tê-lo trilhado com você até aqui. Obrigada por nos acompanhar neste primeiro ano.

Boas mudanças para todos nós!

Lilian Liang
Editora



David Pares Professor adjunto do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)



João Toniolo Neto Professor adjunto de geriatria da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Fernando Fernandes

Sem medo da transição

Por Lilian Liang

A transição menopausal – antes conhecida como climatério – é uma das fases mais emblemáticas na vida da mulher. Ela marca o final de uma etapa e o início de outra, e até bem pouco tempo atrás era descrita com adjetivos bem pouco lisonjeiros.

Há meio século, pouco se ouvia falar dessa questão. A expectativa de vida da mulher era de 50 anos, o que a impedia de passar por essa fase. Com o avanço da medicina, a expectativa de vida no Brasil aumentou rapidamente e as mulheres comemoraram esse ganho. O problema era a qualidade de vida: a transição menopausal e todos os seus sintomas se transformaram numa temida realidade.

Hoje, a expectativa de vida das brasileiras passa dos 70 anos. Embora a transição menopausal ainda traga consigo o temido conjunto de sintomas, o período pode ser mais tranquilo e menos traumático. Graças ao conhecimento disponível atualmente, a mulher tem a seu favor um arsenal de medicamentos e recursos muito mais vasto e médicos mais preparados para tratar as dificuldades desse período.

Para discutir as peculiaridades da transição menopausal sob diferentes óticas, foram convidados para esta entrevista o ginecologista e obstetra David Pares, professor adjunto do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), e o geriatra João Toniolo Neto, professor adjunto de geriatria da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da mesma universidade. Numa conversa franca e descontraída, eles falam com detalhes sobre essa mudança e enfatizam que, no diálogo entre as especialidades, quem sai ganhando é a paciente.

Aptare – Como a abordagem da menopausa vem mudando?

João Toniolo – Do ponto de vista clínico, procuro explicar da seguinte forma para minhas pacientes: quando a menina chega aos 11 anos, experimenta sua primeira fase hormonal, chamada de puberdade. Com ela vêm inúmeras alterações – humor, pelos, mama etc. – e um dia ela faz a primeira menstruação. Se essa fase for bem cuidada, a mulher tem pela frente 30 anos bem resolvidos do ponto de vista sexual, de hu-

mor etc. Se for mal orientada, os próximos 30 anos serão mais difíceis. Toda mulher grava a primeira menstruação porque ela é a mais emblemática, mas às vezes outras alterações dessa fase são mais importantes. Ela é apenas um dos sinais. Ela é apenas um dos sinais. Há 50 anos, quando a mulher chegava perto dos 50 anos tudo acabava, porque não se vivia mais que isso. Mas, com o advento da vacinação, o saneamento básico, a descoberta dos antibióticos, a cura da tuberculose e outros avanços médicos, as mulheres começaram a viver mais. Passado um tempo, começou a se observar que boa parte delas vivia mais, mas com uma série de queixas. Por meio de pesquisas descobriu-se que o denominador comum dessas mulheres era o componente hormonal, que acabou se mostrando de grande importância. Essa é a lógica populacional da terapia hormonal.

Quando ela fica mais velha, a mulher passa pela última menstruação, a menopausa. Como a menarca, ela também não é necessariamente a mais importante, porque às vezes as alterações

já começaram um ou dois anos antes: a mulher já está deprimida, o colesterol subiu, o osso está ruim, ela está apática, está sem libido. Mas ela acha que está tudo bem porque ainda está menstruando.

Portanto, o papel do clínico nessa visão geral de envelhecimento é alertar a paciente de que ela vai precisar, nessa fase, de um clínico que entenda dos sintomas da transição menopausal e um ginecologista que entenda da parte hormonal. Porque, de novo, se essa fase for bem cuidada, são mais 30 anos bem resolvidos.

Quando essas mulheres chegam na fase da transição menopausal elas precisam ser muito bem cuidadas. E quem sabe fazer isso da maneira correta é o ginecologista, mas os clínicos também precisam entender do assunto. Sempre digo às clientes que elas têm que encarar isso como mais uma fase hormonal da vida. Ela já teve uma lá atrás. Se ela conseguir encarar dessa forma, ficar atenta e tiver um bom controle ginecológico para saber se precisa de hormônio ou não, ela manterá a vida normal.

Aptare – A questão da transição menopausal passa necessariamente pela reposição hormonal?

JT – Existe um tabu muito grande acerca do assunto. Boa parte dos ginecologistas antigos ainda tem uma resistência à reposição hormonal. Mas ela não é certa ou errada – depende se a pessoa precisa ou não, se pode ou não.

Aptare – Como clínico e ginecologista podem trabalhar juntos para ajudar a mulher durante a transição menopausal?

JT – Quem costuma fazer a abordagem da transição menopausal num contexto de terapia de reposição hormonal (TRH) é o ginecologista. Isso está absolutamente correto, porque normalmente é ele quem vai controlar as possíveis complicações decorrentes da utilização do hormônio. No entanto, é necessário também que o profissional clínico entenda essa fase, porque 80% das queixas ou alterações nesse período são queixas clínicas, não ginecológicas. Entre as alterações ginecológicas estão as clássicas: libido, questão local, alterações ginecológicas que podem se exacerbar, infecção urinária. Mas, além dessas, há as questões clínicas: alteração óssea, muscular, do sono, do suor, do cabelo, da pele, depressão, ansiedade. Portanto, a mulher está sendo corretamente tratada pelo ginecologista, mas seu clínico – ou o médico que faz seu acompanhamento – também precisa entender essa fase.

David Pares – É verdade. Muitas vezes a paciente chega com queixa de insônia ou diminuição de dinamismo e o médico procura hipotireoidismo, depressão, e se esquece de que, se ela tomar hormônio, pode melhorar.

Aptare – A terapia de reposição hormonal é recomendada para todas as mulheres?

JT – Costumo dividir as pacientes em dois grupos. Um deles é formado por mulheres que não necessitam de hormônios: a mulher tem 60 anos, fez uma histerectomia aos 45. Nunca suou, a libido está boa. Ela não tem nada, portanto não existe razão para lhe dar hormônio. Ela tem alguns problemas pontuais, como pele, osteopenia, mas que podem ser tratados isoladamente. Existe também o grupo das mulheres que necessitam de hormônio, que por sua vez se divide em dois: as que necessitam pouco e as que necessitam muito de hormônio nessa fase de transição menopausal. Entre elas é preciso classificar entre aquelas que podem fazer uso de hormônio com maior facilidade e aquelas que talvez não devam usar, mas que mesmo assim precisam utilizá-lo porque senão a vida fica impossível. Nesses casos, o ginecologista recomenda a TRH, mas abre uma lupa e faz uma vigilância mais minuciosa dessa mulher.

Existe também o grupo das mulheres que necessitam de hormônio, que por sua vez se divide em dois: as que necessitam pouco e as que necessitam muito de hormônio nessa fase de transição menopausal. Entre elas é preciso classificar entre aquelas que podem fazer uso de hormônio com maior facilidade e aquelas que talvez não devam usar, mas que mesmo assim precisam utilizá-lo porque senão a vida fica impossível. Nesses casos, o ginecologista recomenda a TRH, mas abre uma lupa e faz uma vigilância mais minuciosa dessa mulher.

Aptare – Qual grupo é o mais prevalente no dia a dia do consultório?

DP – Toda mulher, em algum momento, terá que fazer reposição hormonal, porque, mesmo que ela não tenha essa necessidade agora, um dia ela pode vir a ter, até por causa do conceito de pós-menopausa precoce e tardia.

Muitas vezes a mulher pode estar na menopausa, mas até quatro anos esses ovários podem produzir uma certa dosagem de hormônio, tanto estrógeno quanto testosterona. Essa mulher não precisa de

reposição. Existem casos também em que a mulher tem uma característica genética que determina pouca perda óssea, ausência de fogachos. Essa mulher não vai precisar de reposição por um tempo.

Mas na pós-menopausa tardia, que é de mais de cinco anos, a maioria tem os sintomas. Não é possível dizer o percentual, porque não há estudos que dividam dessa forma. Atualmente todos os trabalhos tentam separar essas mulheres em individualização de reposição hormonal.

JT – É importante deixar claro que a lógica da reposição hormonal é populacional, mas a indicação é individual. O fato de a mulher não necessitar de hormônio agora não quer dizer que ela nunca necessitará de hormônio. Quer dizer que ela não necessita de hormônio naquela avaliação específica. A partir daí segue-se a paciente.

Aptare – De que forma a reposição hormonal é conduzida?

DP – Hoje existem várias formas de reposição hormonal, não só de estrógeno, mas estrógeno e progesterona. Há também os estrógenos bioidênticos e tibolona, que funciona como estrógeno, andrógeno e progestágeno.

Aptare – O senhor pode explicar quais as principais características do climatério?

DP – O nome climatério está deixando de ser usado e hoje o termo utilizado é transição menopausal. A idade média para entrar na menopausa, acabar a menstruação, é de 50 anos. Se isso acontecer antes dos 40 anos, tem-se a menopausa precoce e a mulher passa por todas as alterações decorrentes da falta de hormônio: ressecamento vagi-

nal, osteopenia e osteoporose, síndrome metabólica, colesterol, triglicérides, alteração de libido, insônia, depressão, pele ressecada, perda de massa muscular.

JT – Dependendo dos outros antecedentes, o risco cardiovascular também aumenta precocemente. Dá quase para dizer que ela envelhece antes, num contexto geral.

DP – Outro aspecto interessante é que a mulher nasce com 2 milhões de folículos. Na adolescência, quando ela vai ter a primeira menstruação, ela tem por volta de 300-400 mil folículos. Alguns milhares são perdidos todo mês, quando apenas um folículo cresce e acontece a ovulação. Isso vai se desgastando.

No climatério, que era um período antigamente caracterizado como cinco anos antes da menopausa, a mulher passa por uma queda grande de folículos: a partir dos 40 anos, os 400 mil folículos caem para 10 mil. A mulher passa a ter uma reserva folicular muito baixa, o que significa produção baixa de estrogênio, progestágeno e androgênio. Portanto, quando ela chega aos 40 anos ela tem uma queda da fertilidade, da produção total de hormônios e do número de folículos.

Essa fase, que se chamava climatério, passou a se chamar transição menopausal e pode demorar até dez anos. O que significa essa fase? Como a mulher tem poucos folículos, ela passa a ter uma alteração da produção hormonal, então ela começa a ter ciclos anovulatórios (ela não ovula) e mudança no comportamento do intervalo intermenstrual de até sete dias.

Quando a transição menopausal é precoce – e esse é um conceito

novo –, a variação do intervalo entre as menstruações é maior que sete dias. Portanto, uma mulher com ciclo de 28 dias que passa a ter um ciclo de 36 ou 21 tem uma transição menopausal precoce. Ela deve entrar na menopausa antes dos 50 e já apresenta indícios de que está produzindo menos hormônios. Já a transição menopausal tardia é uma alteração clinicamente vista entre intervalos de fluxos menstruais menor que 7 dias. Portanto o ciclo fica irregular, mais longo ou mais curto.

Aptare – Como se identifica que a mulher já está passando por essa fase?

DP – Laboratorialmente, pela dosagem do FSH, que é o hormônio folículo estimulante. Nas mulheres que começam a ter variações de ciclo menstrual maiores que sete dias, o FSH começa a subir. A partir do momento que tem mais que 10 mUI/ml, já é um marcador de que o número de folículos diminuiu bastante. A partir daí é possível dizer se a mulher pode ou não precisar da reposição hormonal.

Na segunda fase, quando ela estiver perto da menopausa, vai haver um aumento do LH. Quando ela entra na menopausa, LH e FSH estão acima de 30 mUI/ml e significa que não há mais tecido ovariano teca folicular funcionando, mas ainda pode haver um pouco de produção de estrógeno por até cinco anos.

JT – A mulher pode ficar até sem sintomas por causa dessa produção remanescente, mas isso depende da sensibilidade. Para algumas essa quantidade não é suficiente, e elas vão ter sintomas, com uma necessidade de hormônios precoce.

DP – Quando o FSH começa a ficar maior que 10 mUI/ml, a mulher ainda não está na menopausa mas teve uma diminuição do estrógeno, ela pode ter sintomas. Depende do receptor de estrógeno, da suscetibilidade e do grau de tolerância em relação aos sintomas.

Algumas mulheres que têm menopausa por até cinco anos ficam bem: têm trofismo vaginal adequado, pH vaginal adequado, têm o assoalho pélvico com toda a musculatura em boas condições, têm relações sexuais satisfatórias.

JT – Elas têm uma microproteção e naquele momento não precisam de hormônio, mas não significa que mais tarde não precisarão. Às vezes elas começam a ter sintomas e aí é preciso entrar com hormônio.

DP – Além do estrógeno, a progesterona também cai, mas sua ausência não tem efeito clínico deletério. E por último vêm os andrógenos, a testosterona e a androstenediona. Algumas mulheres também produzem um pouco de testosterona ovariana por até cinco anos, enquanto outras suplementam pela suprarrenal, que produz principalmente às custas de androstenediona. Com a falta de testosterona, essas mulheres também terão queda de libido, redução do dinamismo, insônia e perda de massa muscular.

JT – Por causa de todas essas mudanças, é importante que o clínico entenda essa questão também. Quem é o melhor médico dessa mulher? É o médico que faz o acompanhamento. Se for o clínico e ela está indo de gineco em gineco, ela se perde na transição. No parto e nessa fase a mulher precisa ter um

ginecologista que entenda do assunto, até porque muitos clínicos têm medo da TRH devido a trabalhos que relatam incidência maior de câncer entre pacientes que recebiam estrógeno.

Aptare – Esses resultados procedem? Nem toda mulher deve receber TRH?

DP – Existem algumas contraindicações clássicas de terapia de reposição hormonal.

O estrógeno tem atuação mais endometrial, então mulheres que tiverem receptores de estrógeno devem evitá-lo. Quais seriam as contraindicações absolutas? Linhagem da mãe direta – mãe, irmã, tias maternas, com câncer ginecológico, com exceção do ovariano. Em casos em que a mulher tem antecedente forte mas por causa dos sintomas precisa de reposição hormonal, faz-se uma vigilância mais minuciosa.

A TRH mais potente hoje é o estrógeno conjugado, que antigamente era sintetizado de urina de égua [Premarin] e hoje é completamente sintético. Os estrógenos sintéticos são mais potentes, mas são mais agentes hiperplásiantes. Sua primeira ação é endometrial, mas ele pode ter ação mamária também. Se a mulher fizer uso de progesterona, faz-se a proteção endometrial cíclica: 25 dias de estrógeno, 5 de progesterona. Por outro lado, a progesterona pode ter ação mamária, pois pode ativar genes carcinogênicos na mama (BRCA-1 e BRCA-2).

Como alternativa, essas pacientes também podem usar tibolona, que tem ação hiperplásiante muito menor. Hoje já existem estudos em que, ao invés de se usar estrógeno conjugado ou sintético, usam-se os estrógenos bioidênticos, que são extraídos de plantas, como fitoterápico. O

primeiro foi a isoflavona, de soja, e hoje já se tem conhecimento de outras plantas das quais se extrai estrógeno mas que não têm esse efeito hiperplásiante tão acentuado.

Aptare – Não tão acentuado, mas ainda existente?

DP – Depende da sensibilidade da paciente. Há algumas pacientes em que o estrogênio nunca vai hiperplasiar nenhum tecido. Como se sabe disso? Controle: ultrassom para ver endométrio – endométrio é mais fácil porque sangra, gera sintomas – e cuidado mamário. Mas, se ela tiver um antecedente de câncer de mama, não se deve dar estrógeno e progesterona; pode-se optar por tibolona ou testosterona, porque não têm ação carcinogênica nem em endométrio nem em mama, principalmente nas doses baixas que são ministradas nessas pacientes. E têm um efeito ótimo, principalmente na libido.

Então o conceito é individualizar. Existem mulheres que têm contraindicação formal, mas, mesmo para elas, se tiverem sintomatologia clínica muito exuberante, tenta-se dar a droga com menos risco de ter características carcinogênicas ou hiperplasia celular, com controle muito adequado e por um tempo curto, até que os sintomas desapareçam.

E isso é algo que ninguém sabe explicar direito o motivo: depois de um tempo, há a estabilização dos sintomas clínicos. Alguns às vezes voltam, mas o calor, por exemplo, é algo que desaparece. A elevação do pH vaginal com queda de defesa vaginal também depois de um certo tempo normaliza. A produção androgênica pela suprarrenal depois de um tempo também substitui a produção ovariana.

No caso de mulheres que tenham antecedente forte de neoplasia de mama mas cuja única queixa, por exemplo, é a dificuldade para ter relação, só se prescreve estrógeno tópico. É um creme local – a absorção existe, mas é tão pequena que não tem efeito hiperplásico.

JT – Uma outra contraindicação formal é se a pessoa tiver um quadro trombogênico, se ela for fumante. Se ela teve uma trombofilia diagnosticada, ela não pode receber TRH. Se ela teve um fenômeno tromboembólico importante, uma embolia pulmonar, uma trombose de membros inferiores, o risco é maior. Mas voltando à questão do câncer: essa incidência de câncer por causa da reposição hormonal é aquela incidência de 10% que aumenta em 26%. Esse índice vai para 12,6%. Às vezes o que aparece muito na mídia é uma potencialização: a mulher tomou hormônio, vai ter câncer. Não é verdade. O que muitas vezes acontece é que essas mulheres que fazem reposição hormonal são muito mais atentas a essa possibilidade. Então às vezes, quando o médico detecta o câncer, ele detecta muito mais precocemente do que naquela que não faz reposição hormonal e acha que não vai ter nada. E, quando se detecta mais tarde, a evolução acaba sendo até pior, porque, apesar de o risco ser menor, essa que tem menor risco fez a última mamografia há dois anos, enquanto a outra faz a cada seis meses.

DP – Mas deve ficar claro que não estamos pregando que toda mulher deve fazer reposição hormonal. Uma mulher que tem antecedente forte, se possível, não deve fazer. Apenas se, eventualmente, ela precisar

muito, faz-se uma reposição controlada por tempo curto para diminuir os sintomas.

Aptare – Quanto tempo antes da menopausa esses sintomas podem começar?

DP – Pode acontecer até dez anos antes. Então a partir dos 40 essa mulher tem que ser vigiada. Ela precisa vir ao consultório do ginecologista, não tem jeito. O médico precisa fazer dosagem hormonal, perguntar sobre sintomas, aumentar vigilância no rastreamento de neoplasias. Eventualmente essa mulher, nessa transição menopausal, já pode ter que ter mais reposição.

JT – Esse é um erro da paciente e da maior parte dos médicos: eles sempre ficam emblematicamente esperando a última menstruação, pois ela é o marco dentro da história, mas às vezes as mudanças já começaram muito antes: ela já deprimiu, já está perdendo osso, o humor já mudou, a libido já diminuiu, o rendimento está menor, mas ela não tem alteração menstrual importante nem apresenta fogacho ou calor, que identifica mais emblematicamente a entrada.

Aptare – E a partir da menopausa, por quanto tempo o médico deve ficar atento a essas questões hormonais?

DP – Por cinco anos ele deve ficar mais atento, mas depois de dez anos ela ainda pode ter sintomas... Depois de dez anos ela não vai ter calor, mas vai ter disporeunia, que é dificuldade para ter relação, infecção urinária, porque a uretra dela abriu, além das alterações nos ossos, na pele, o aumento do colesterol.

JT – Uma das dificuldades de conversar com essas mulheres é que muitas não querem fazer reposição hormonal. Mas a ideia

que se tinha de que era normal envelhecer sem hormônio existia porque a expectativa de vida era baixa. Se analisarmos há meio século, quando a expectativa de vida era perto de 50 anos, notamos que esse conhecimento é muito recente.

Aptare – Quando a paciente precisa procurar um geriatra?

JT – Perto dos 40 anos a mulher, principalmente, precisa ter ou um clínico que entenda de envelhecimento ou um geriatra que entenda da parte clínica, juntamente com seu ginecologista. Não dá para ser um médico pontual. Se houver esse acompanhamento, ela vai bem. Ela consegue manter uma qualidade de vida melhor, sem dúvida nenhuma.

Aptare – A mulher que faz reposição hormonal deve fazê-lo por quanto tempo?

JT – A TRH deve ser feita por no máximo oito anos. É o que é recomendado nas diretrizes, mas talvez isso mude com o aumento da expectativa de vida.

DP – Depois desse período ela para e vê quais sintomas ainda existem. Pode ser que ela nunca mais tenha sintomas. Mas pode ser que eles voltem e, aí, ela faz de novo. Ela vai dizer o que melhorou ou piorou. Vamos supor que ela precise repor estrógeno, aí normalizou tudo. Aí tira o estrógeno e o único sintoma que ficou foi a dificuldade para ter relações. Você vai dar um creme. Ela não está fazendo mais reposição hormonal, ela vai usar um hormônio local, que vai ter uma ação sistêmica baixa, mas uma ação local importante, já que ela só tem dificuldade para ter relação.

Aptare – Depois da suspensão da TRH, quais as principais queixas que voltam?

DP – Queda de libido, dificuldade de ter relação. Depois vêm dinamismo e insônia.

JT – Vale mencionar também a relação da transição menopausal com a depressão. Costumo explicar da seguinte forma: nossa reserva de serotonina é dividida em 50% de reserva natural, 25% de atividade física e 25% hormonal. Por que a mulher deprime quando entra na transição menopausal? Porque muitas vezes ela chega nessa fase com a reserva baixa, sem atividade física e com baixa produção de hormônios. O que se deve fazer com essa mulher? Dar pitadas de hormônio, tratar a necessidade de aumentar o neurotransmissor dela e, assim que ela melhorar um pouco, colocá-la pra fazer exercício. Aí ela melhora.

Claro que a sensibilidade de cada uma a um componente ou outro é maior. Muitas mulheres conseguem se segurar apenas com exercícios. Outras, quando param o exercício, se estiverem com as reservas baixas, nem dando hormônio seguram. É um jogo de encaixe entre esses três fatores.

Aptare – E o aumento do peso com hormônios?

DP – Muitas mulheres se recusam a tomar hormônio por medo de engordar, mas o estrógeno e a testosterona não fazem engordar. Pelo contrário, a testosterona pode ajudar a ganhar um pouco de músculos se ela fizer exercícios. O único que pode ter esse efeito é a tibolona – nas mulheres mais sensíveis, ela leva a ganho de peso. O que acontece é que as mulheres dessa idade já estão na curva do engordar. O metabolismo mudou, ela está fazendo menos exercício. É a curva de gordura e perda de músculo.

GRAVIDADE DOS SINTOMAS DA MENOPAUSA E FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES E DE OSTEOPOROSE



O periódico *Climacteric* trouxe em sua edição de abril um estudo que avaliou se a gravidade dos sintomas da menopausa está relacionada

a fatores de risco aumentado para doença cardiovascular e osteoporose, e se mulheres com sintomas menopausais mais graves apresentam maior porcentagem de doença osteoporótica.

O estudo teve desenho transversal e descritivo e envolveu mulheres de 45 a 65 anos de idade em toda a Espanha. Foram incluídas 10.514 mulheres, selecionadas aleatoriamente. Os dados de histórico médico, sociodemográfico e de estilo de vida das participantes foram avaliados por meio de pesquisa. O índice de Kupperman foi usado para avaliar a gravidade dos sintomas menopausais. A densidade mineral óssea foi medida pelo método da absorciometria profunda de raios X.

A prevalência dos fatores de risco para osteoporose e doença cardiovascular foi de 67,6% e 74,8%, respectivamente. Mulheres com maior intensidade de sintomas também tiveram maior porcentagem de fatores de risco cardiovasculares ($p < 0,001$) e osteoporóticos ($p < 0,001$) e sofriam mais de doença osteoporótica ($p < 0,001$). Na análise de regressão logística, as variáveis que contribuíram para a gravidade dos sintomas menopausais foram: hipertensão arterial (OR 2,14; IC 95% 1,49-2,79; $p < 0,001$), dislipidemia (OR 1,94; IC 95% 1,48-2,4; $p < 0,001$), obesidade (OR 2,23; IC 95% 1,55-2,91; $p < 0,001$), história familiar (OR 1,38; IC 95% 1,17-1,59; $p < 0,01$), uso de medicação (OR 1,12; IC 95% 0,52-1,72; $p < 0,01$) e osteoporose (OR 3,71; IC 95% 2,9-4,52; $p < 0,001$).

Os pesquisadores concluíram que mulheres com sintomas menopausais mais graves tinham maior prevalência de fatores de risco cardiovasculares e osteoporóticos e sofriam mais de osteoporose quando comparadas com aquelas que tinham sintomas menopausais mais leves, ou não os tinham.

EFEITOS POSITIVOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA



Analisar os efeitos de um programa de intervenção de terapia cognitivo-comportamental (TCC) administrado a cuidadores familiares de pacientes com demência – esse foi o objetivo de um estudo

publicado no final de 2012 no periódico *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*.

Foram incluídos 40 cuidadores familiares que participaram do programa durante oito sessões semanais. Foi avaliado o perfil cognitivo, funcional e comportamental dos pacientes, bem como sua qualidade de vida e de seus cuidadores. Foram utilizados instrumentos específicos para a avaliação do nível de estresse do cuidador, estilos de enfrentamento (*coping*), ansiedade e depressão.

Ao final do programa, os cuidadores familiares relataram diminuição dos sintomas neuropsiquiátricos nos pacientes e aumento da qualidade de vida deles. Foram observadas ainda mudança no estilo de *coping* dos cuidadores e diminuição significativa do nível de ansiedade.

Concluiu-se que o Programa de TCC mostrou-se instrumento útil e promissor para a prática clínica, revelando efeitos positivos na qualidade de vida e nos sintomas neuropsiquiátricos da demência, bem como promovendo alívio da ansiedade e do estresse dos cuidadores familiares.

QUANTO OS IDOSOS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS SABEM SOBRE SUAS MEDICAÇÕES?



Pacientes com doenças crônicas geralmente se submetem a regimes de múltiplas medicações para gerenciar sua condição, prevenir complicações e manter a qualidade de vida. O conhecimento do paciente a respeito da medicação tem sido definido como conhecimento do nome da droga, objetivo, agenda de administração, efeitos adversos e instruções especiais de administração. O pouco conhecimento sobre a medicação pode ter um efeito negativo na adesão ao tratamento ou na segurança do paciente e no aumento do uso de recursos médicos. O objetivo do estudo, publicado em junho no *BMC Geriatrics*, é avaliar o conhecimento dos pacientes idosos com condições crônicas acerca dos medicamentos.

A pesquisa transversal recrutou pacientes com 60 anos ou mais com condições crônicas ou seus cuidadores de duas clínicas gerais e duas clínicas médicas no setor público. Os participantes foram abordados por entrevistadores treinados para completar um questionário semiestruturado para avaliar seu entendimento das instruções e informações relacionadas às suas medicações regulares, que incluíam nome da medicação, regime, propósito, efeitos adversos comuns e precauções.

A pesquisa transversal recrutou pacientes com 60 anos ou mais com condições crônicas ou seus cuidadores de duas clínicas gerais e duas clínicas médicas no setor público. Os participantes foram abordados por entrevistadores treinados para completar um questionário semiestruturado para avaliar seu entendimento das instruções e informações relacionadas às suas medicações regulares, que incluíam nome da medicação, regime, propósito, efeitos adversos comuns e precauções.

Um total de 412 pacientes foi recrutado com uma média de idade de 72,86 ± 7,70. Desses, 221 (54,2%) eram homens e 226 (55,4%) tinham um nível educacional primário ou menor. A média de medicamentos tomados por paciente foi de 3,75 ± 1,93. No total, 52,7% dos pacientes sentiam que a equipe de saúde ou os farmacêuticos da clínica haviam explicado de maneira clara as instruções de administração das medicações prescritas, enquanto 47,9% tinham explicações muito claras sobre o propósito da droga, mas apenas 11,4% sentiam que eles tinham explicações claras sobre os efeitos colaterais. Um total de 396 pacientes (96,1%) não conseguiu se lembrar de nenhum efeito colateral ou precauções de cada medicação prescrita, e 232 pacientes (58,4%) consultariam um médico se encontrassem problemas com suas medicações. Uma análise de regressão logística mostrou que, para cada medicação adicional prescrita, a probabilidade de os pacientes lembrarem os efeitos adversos de todas as medicações prescritas diminuía em 35% (OR = 0,65; 95% CI = 0,44-0,94; $P = 0,023$). Além disso, aqueles que terminaram o segundo grau ou nível superior tinham mais probabilidade de ter conhecimento sobre efeitos colaterais (OR = 9,88; 95% CI = 2,11-46,25; $P = 0,004$).

Os pesquisadores concluem que pacientes que tomam medicações para suas condições crônicas geralmente não têm conhecimento sobre efeitos colaterais de suas medicações, o que poderia potencialmente afetar adesão ao tratamento e segurança do medicamento.

ZINCO: CONSUMO DIETÉTICO E IMPACTO DA SUPLEMENTAÇÃO NA FUNÇÃO IMUNOLÓGICA DO IDOSO

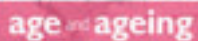


A dieta do idoso não proporciona um nível suficiente de nutrientes necessários para manter um estado saudável, o que leva a deficiência de micronutrientes e resposta imunológica prejudicada, com desenvolvimento subsequente de doenças degenerativas. O zinco é um micronutriente relevante envolvido na manutenção da boa integridade de muitos mecanismos homeostáticos do corpo.

Pessoas com 60 anos ou mais têm um consumo de zinco abaixo dos 50% da dose diária recomendada. Essa baixa ingestão de zinco pode ter diversas causas, entre elas absorção intestinal alterada, mastigação inadequada, fatores psicológicos, interações medicamentosas e processos subcelulares alterados (transportadores de zinco [família Zip e e ZnT], metalotioneínas, transportador de metal divalente 1). A suplementação de zinco pode remodelar as alterações imunológicas nos idosos, levando a um envelhecimento saudável. Vários estudos clínicos com zinco já foram realizados, com resultados contraditórios, talvez devido à escolha incorreta de uma suplementação de zinco efetiva em idosos, levando a posteriores efeitos tóxicos na imunidade.

Idosos com polimorfismo IL-6 específico são mais inclinados à suplementação com zinco do que a maioria da população idosa, para a qual hábitos nutricionais corretos, com alimentos contendo zinco (dieta do Mediterrâneo), já são suficientes para restaurar a deficiência e a resposta imunológica prejudicada. Nesse estudo, publicado na revista *Age* de junho, os autores investigam as principais causas do baixo consumo de zinco na dieta dos idosos, reportando uma atualização no impacto da suplementação de zinco na resposta imunológica também com base no polimorfismo IL-6 individual.

PREDITORES DE MORTALIDADE EM HOMENS E MULHERES COM 90 ANOS OU MAIS: UM FOLLOW-UP DE NOVE ANOS NO ESTUDO VITALITY 90+



As informações sobre preditores de mortalidade entre idosos é limitada. As diferenças de gênero também são pouco conhecidas. O propósito do estudo, publicado em julho no periódico *Age and Ageing*, é examinar os preditores de mortalidade em pessoas com 90 anos ou mais, focando nas diferenças entre homens e mulheres. Foram analisadas também as diferenças de gênero na sobrevivência em níveis diferentes de mobilidade e atividades da vida diária (AVD).

Um follow-up de 9 anos é parte do Vitality 90+, um estudo popula-

cional de pessoas com 90 anos ou mais. Todos os residentes da região de Tampere, na Finlândia, foram contatados, independentemente de condição econômica ou local de residência. A população avaliada era composta de 171 homens e 717 mulheres. Os dados foram coletados com um questionário enviado pelo correio, com perguntas sobre AVD e mobilidade, saúde autorreportada, condições crônicas e fatores socioeconômicos. A taxa de participação foi de 79%. Foram usados modelos de regressão de Cox para análise.

Os resultados mostraram que maior idade, sexo masculino, incapacidade em AVD e mobilidade, saúde autorreportada ruim e institucionalização aumentaram o risco de mortalidade no grupo de estudo total. Nos modelos de regressão de Cox ajustados para idade, AVD e mobilidade eram os maiores preditores em homens do que em mulheres (interações de gênero, $P < 0.001$). Entre aqueles que eram parcialmente mas não totalmente dependentes em AVD ou mobilidade, as mulheres viviam mais que os homens.

Os pesquisadores concluíram que os mesmos indicadores de saúde que eram importantes em idosos jovens também prediziam a mortalidade nos idosos. A incapacidade aumentava a probabilidade de morte mais para homens do que para mulheres. Na idade muito avançada, as mulheres viviam mais com incapacidade moderada do que homens.

PACIENTES IDOSOS COM CÂNCER DE CÉLULAS RENAI APRESENTAM MAIORES TAXAS DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS VENOSOS



Um estudo publicado em abril no *BMC Cancer* avaliou e descreveu a incidência de eventos tromboembólicos venosos antes e após o diagnóstico de câncer de células renais. Dados ligados ao SEER-Medicare (1991-2003) foram utilizados para análise de coorte retrospectiva ($n = 11.950$) de idosos portadores de câncer de células renais (> 65 anos). Taxas de incidência e proporções, além de modelos de riscos multivariados proporcionais de Cox e de regressão logística, foram utilizados para descrever a incidência e o risco relativo de eventos tromboembólicos venosos.

Observou-se que, em 12 meses após o diagnóstico, 8,3% dos pacientes com câncer de células renais apresentaram uma trombose venosa profunda, 2,4% sofreram de embolia pulmonar e 3,9% de outros eventos tromboembólicos. Quase 70% dos eventos tromboembólicos venosos ocorreram nos primeiros 90 dias após o diagnóstico de câncer de células renais. Pacientes com câncer de células renais eram de 2 a 4 vezes mais propensos a ter um evento tromboembólico venoso nos 12 meses após o diagnóstico de câncer do que pacientes sem câncer seguidos durante o mesmo período. Uma história recente de evento venoso aumentou o risco de o mesmo evento ocorrer nos 12 meses seguidos ao diagnóstico (HR = 5,2-18,8).

Concluiu-se que eventos tromboembólicos venosos são comorbidades comuns e graves, que devem ser monitorados em pacientes idosos com câncer de células renais, em especial nos primeiros 3 meses após o diagnóstico e entre aqueles com episódio recente da condição.

**Ricardo Caponero**

Titulado pela AMB em cancerologia clínica; oncologista da Clínica de Oncologia Médica (CLINONCO), em São Paulo – SP; sócio-diretor do Instituto SIMBIDOR; presidente do conselho científico da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA)

Contato ricardo@clinonco.com.br

Manejo de náuseas e vômitos causados por quimioterapia no paciente idoso

TAKE HOME MESSAGE

- A população de pacientes idosos necessita de avaliação específica e acompanhamento multidisciplinar para lidar com os diversos aspectos envolvidos no tratamento antineoplásico.
- A atenção às comorbidades e à polifarmácia, com potenciais interações medicamentosas, é indispensável para minimizar a incidência de eventos adversos e aumentar a adesão à terapêutica.
- O tratamento adequado das síndromes geriátricas que acompanham o diagnóstico de uma neoplasia é fundamental para se obter as melhores taxas de sucesso e a menor taxa de eventos adversos relacionados ao tratamento.

O envelhecimento da população

Nossos velhos remoçam, mas a população da terra envelhece. O paradoxo é só aparente: enquanto em quase todos os lugares os índices de natalidade diminuem devido às injunções sociais e ao sucesso crescente das práticas contraceptivas, a expectativa de vida aumenta sob efeito dos progressos científicos, especialmente da medicina. Por isso, a proporção de idosos na população do globo cresce consideravelmente.

Segundo a previsão de demógrafos, a população com mais de 60 anos de idade será de 1 bilhão e 121 milhões em 2025, ou seja, 1 em cada 7 habitantes.

O envelhecimento da população é um fenômeno global. Nos EUA, o número de adultos com 65 anos de idade ou mais aumentará dos 35 milhões (no ano 2000) para 72 milhões em 2030. Na China, a população com 65 anos ou mais passará de 90 milhões (no ano 2000) para mais de 300 milhões em 2050. Em Singapura, o número de residentes com 65 anos ou mais triplicará, atingindo 900 mil em 2030, quando 1 em cada 5 habitantes estará nessa faixa etária.

Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional será ainda mais pronunciado. Baseada em dados de 2006 do Instituto Nacional de Câncer (Inca), o Gráfico 1 mostra a expectativa da

evolução do número de pessoas com mais de 80 anos de idade na população brasileira. Ao mesmo tempo, em vista da rápida modificação sociopolítica desses países, haverá uma desintegração das tradicionais estruturas de apoio da família, que até agora favoreciam os idosos.

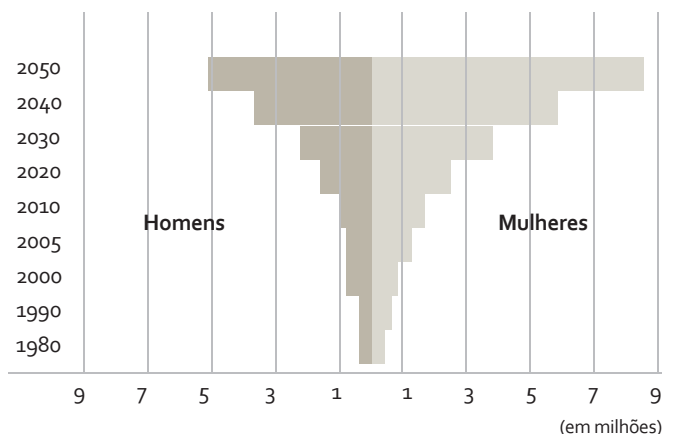


Gráfico 1 População brasileira de 80 anos ou mais, por sexo (1980-2050) – Fonte: Inca (2006, p.53)

Características do envelhecimento

O envelhecimento é um processo heterogêneo caracterizado por mudanças fisiológicas, psicossociais e sociológicas. O marco do envelhecimento é o declínio gradual das reservas fisiológicas, especialmente manifestas quando o organismo é exposto a estressores como câncer, infecções, cirurgias etc. As mudanças funcionais e da adaptabilidade afetam todos os sistemas orgânicos. Os pacientes idosos frequentemente apresentam a concomitância de enfermidades e requerem múltiplas medicações. É bem conhecido que a polifarmácia é comum na população geriátrica, tendo impacto considerável na morbidade e na mortalidade.

O problema da polifarmácia

Estima-se que a maioria (78%) dos pacientes com mais de 65 anos de idade receba algum tipo de medicamento de uso prolongado e que 39% tomem cinco ou mais medicamentos regularmente. Até 90% de pacientes nessa mesma faixa etária utilizam medicamentos de venda livre, sem prescrição. Além disso, muitos pacientes podem se automedicar com terapias alternativas, sem o conhecimento do médico.

A polifarmácia está associada com o aumento do risco de eventos adversos, muitas vezes causados por interações medicamentosas.

As interações medicamentosas podem ser farmacodinâmicas – no caso de duas ou mais drogas influenciarem o mesmo processo fisiológico – ou farmacocinéticas, se uma droga influenciar a absorção, distribuição, metabolismo e excreção da outra.

“Sabe-se que, com o envelhecimento, ocorrem mudanças farmacocinéticas e farmacodinâmicas em relação aos medicamentos antineoplásicos. Existem mais de 50 enzimas humanas no sistema de citocromo envolvido no metabolismo de drogas, alimentos, substâncias exógenas e toxinas do ambiente. No entanto, cerca de 85% do metabolismo pode ser atribuído a três dessas isoenzimas: CYP3A4, que responde por mais de 50% do metabolismo das drogas, CYP1A2 e CYP2D6. Com o avanço da idade ocorre um declínio de 8% por década na atividade do citocromo na população idosa.

Em conjunto com a polifarmácia, essas mudanças e as interações de drogas são responsáveis, em grande parte, pelo maior número de eventos adversos em idosos.

Os problemas mais comuns encontrados nos pacientes idosos são interação de drogas (32,4% dos casos), manejo dos eventos adversos (31,6% dos casos) e não adesão ao tratamento (13,3% dos casos). Além da intervenção médica, a assistência farmacêutica e programas de enfermagem ajudam a resolver esses problemas em até dois terços dos casos, com significativo impacto no nível de satisfação dos pacientes, nos desfechos clínicos de eficácia e nas análises de custo-efetividade.

O risco de neoplasia maligna

O envelhecimento é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas e, entre elas, particularmente o câncer. É relatado que mais de 60% dos casos novos de câncer e mais de 70% das mortes por neoplasia ocorrem em pacientes com 65 anos ou mais. Espera-se que a incidência dos diversos tipos de câncer aumente, acompanhando o crescimento e o envelhecimento das populações não só em países ocidentais em geral, mas em especial em

países com vasta população como o Brasil. Isso levará à necessidade cada vez maior de oferecer cuidados e tratamentos para pacientes idosos com câncer. No entanto, o tratamento dessa população traz consigo algumas dificuldades: pacientes geriátricos apresentam um espectro extremamente variável quanto a funcionalidade, comorbidades e suporte social, o que os torna, conseqüentemente, mais suscetíveis aos efeitos tóxicos decorrentes do tratamento antineoplásico. É, portanto, necessário um conhecimento específico para conduzir adequadamente o tratamento oncológico dessa população.

A Tabela 1 mostra a expectativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto a incidência e mortalidade por neoplasias malignas.

Tabela 1 Estimativa da Organização Mundial da Saúde para a incidência e mortalidade por neoplasias malignas – Fonte: INCA (2006)

	2002	2020
Casos novos	10 milhões	15 milhões
Mortes	6 milhões	15 milhões

Indubitavelmente o principal fator de risco para o desenvolvimento de uma neoplasia maligna é a idade.

A avaliação do paciente idoso

Existem diversas formas de avaliar a população de pacientes idosos, sendo a mais usual a Avaliação Geriátrica Ampla (Comprehensive Geriatric Assessment – CGA), que pode mostrar problemas geriátricos ignorados em até 51,2% dos pacientes. Quando os médicos são alertados de tais alterações, as decisões são afetadas: 25,7% planejam intervenções geriátricas e a decisão terapêutica é influenciada em 25% dos pacientes.

A êmese no paciente idoso

Praticamente a totalidade dos pacientes com câncer apresenta sintomas durante a evolução de suas doenças, especialmente nas fases mais avançadas. Dor, astenia, anorexia, caquexia, ansiedade, depressão, delirium, dispneia, náuseas, vômitos e constipação intestinal são exemplos comuns e, em geral, causam significativo impacto na qualidade de vida dos pacientes. É importante notar que a etiologia de um mesmo sintoma em pacientes com câncer pode ser variada, podendo ser relacionada à presença da neoplasia propriamente dita, ao tratamento antineoplásico ou ainda a comorbidades.

Em pacientes idosos, a multifatorialidade da etiologia dos sintomas é ainda muito mais pronunciada em razão da participação mais acentuada das comorbidades e às especificidades inerentes à idade, como metabolismo mais lento das drogas, diferente resposta orgânica aos tratamentos e polifarmácia. Isso torna a avaliação precisa e minuciosa dos sintomas ainda mais importante na população geriátrica.

As labirintopatias, as doenças neurológicas degenerativas e as

doenças inflamatórias do trato gastrointestinal frequentemente se mesclam às causas de náuseas e vômitos nesse grupo de pacientes idosos, como mostrado na Tabela 2.

Tabela 2 Causas de náuseas e vômitos em pacientes oncológicos

Origem	Causas
Química/Metabólica	Drogas (opioides, anticonvulsivantes, quimioterápicos etc.)
Estase gástrica	Distúrbios metabólicos (cetoacidose, hipercalemia etc.) Drogas (opioides, anticolinérgicos etc.) Compressão extrínseca Úlcera/Gastrite Disautonomia
Distensão de víscera oca	Constipação Obstrução intestinal Metástases
Membranas serosas	Metástases Obstrução ureteral Tumores do retroperitônio
Craniana	Metástases cerebrais ou meníngeas Tumores cerebrais Radioterapia Metástases na calota craniana
Vestibular	Drogas (opioides etc.) Labirintopatias Tumores da base do crânio
Cortical	Ansiedade Náusea antecipatória da quimioterapia Dor

Náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia (NVIQ) no paciente idoso

O entendimento básico da fisiopatologia das náuseas permite a adequada seleção da terapêutica. A zona do gatilho quimiorreceptor (ZGQ), localizada no assoalho do quarto ventrículo, e uma região mais difusa, sem formar um núcleo, responsável pelos vômitos, são as principais estruturas neurológicas envolvidas. A região responsável pelo vômito é composta pela junção de duas redes neuronais, o núcleo do trato solitário e o núcleo motor dorsal do vago, onde convergem aferências do córtex cerebral (responsáveis por estímulos psicológicos e sensoriais) do sistema vestibular e do sistema gastrointestinal, cápsulas viscerais e membranas serosas, além de fibras conectoras da ZGQ. A zona do gatilho quimiorreceptor (ZGQ), por sua vez, recebe aferências do trato gastrointestinal pelo nervo vago e tem uma função de sensor de substâncias no sangue ou no líquido (anormalidades metabólicas, toxinas etc.).

A região do vômito tem uma função efetora e, uma vez ativada, desencadeia estímulos neuronais para uma série de órgãos (dia-

fragma, trato digestório e respiratório, músculos da parede abdominal) pelo núcleo motor dorsal do vago, induzindo náuseas e vômitos, na dependência da intensidade do sinal aferente.

O avançar da idade é um atenuante ao risco de êmese induzida pela quimioterapia antineoplásica, mas não há uma fórmula adequada para quantificar esse fator redutor.

O potencial emetogênico das drogas antineoplásicas é determinado por tabelas bastantes divulgadas, devendo-se levar em conta o potencial aditivo das combinações de múltiplas drogas.

A avaliação de risco potencial vale para o primeiro ciclo de quimioterapia. Depois disso, o risco vai ser ajustado pela manifestação de sintomas de náuseas e vômitos, determinado de forma absolutamente individual.

Ou seja, uma combinação de drogas pode ter um potencial altamente emetogênico (cerca de 90%), mas há uma porcentagem de pacientes (10%) que, mesmo recebendo um agente e alta emetogenicidade, não apresentará náuseas ou vômitos. Ao contrário, um agente de risco emetogênico mínimo (5%) pode apresentar náuseas e vômitos significativos nessa pequena porcentagem de pacientes.

O potencial emetogênico refere-se à probabilidade de o indivíduo vir a apresentar náuseas ou vômitos, mas não fornece indicação sobre a intensidade nem sobre a duração desse evento adverso.

As diretrizes de tratamento das NVIQ

As diretrizes de tratamento para as náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia estão muito bem estabelecidas. Existem praticamente quatro versões com a mesma base e pequenas variações em alguns detalhes: a da American Society of Clinical Oncology (ASCO); a da National Comprehensive Cancer Network (NCCN); a da European Society of Clinical Oncology (ESMO); e a da Multinational Association for Symptom Control of Cancer (MASCC). Uma adaptação para os países latino-americanos foi finalizada recentemente e está em vias de publicação.

Nenhuma das diretrizes faz menção especial aos pacientes idosos, sendo válidas as mesmas recomendações feitas para os adultos jovens.

Não repetiremos aqui o texto das diretrizes, mas particularizaremos alguns cuidados para os pacientes idosos. A tríade básica para tratamento envolve um antagonista do receptor 5-HT₃, um antagonista do receptor de NK-1 e dexametasona.

Antagonistas 5-HT₃

Os antagonistas do receptor de 5-HT₃ revolucionaram o tratamento das náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia antineoplásica. Bloqueando os receptores de serotonina, agem principalmente sobre a zona do gatilho quimiorreceptor e o trato gastrointestinal.

Em função do prolongamento do segmento ST no eletrocardiograma e do surgimento de arritmias (Torsade de Pointes), a dolasetrona teve seu uso restrito para a via oral e as doses máximas recomendadas de ondansetrona (8 a 16 mg), granisetrona (1 a 3 mg) e tropisetrona foram reduzidas. A palonosetrona na dose de 0,25 mg pode ser utilizada por via endovenosa 30 minutos antes da administração da quimioterapia.

Os eventos adversos mais frequentes são diarreia (22%) ou constipação (11%) e cefaleia (16%). Não há interações medicamentosas significativas.

Antagonistas NK-1

No Brasil utilizamos o aprepitante 125 mg, por via oral (VO), no dia da quimioterapia, e 80 mg, VO, no segundo e terceiro dias. A forma endovenosa (fosaprepitante) também se encontra disponível.

Os eventos adversos mais frequentes são astenia/fadiga (17,8% dos pacientes), náusea (12,7%), soluços (10,8%), constipação (10,3%), diarreia (10,3%), anorexia (10,1%), cefaleia (8,5%), vômitos (7,5%), e dor abdominal (4,6%).

As drogas que inibem a CYP3A4 podem elevar significativamente o nível sérico de aprepitante e a frequência de seus efeitos colaterais. Entre elas estão: cetoconazol, itraconazol, nefazodona, claritromicina, ritonavir, nelfinavir, diltiazem (dobra o nível plasmático de aprepitante).

As drogas que induzem fortemente a CYP3A4 diminuem os níveis séricos de aprepitante e podem reduzir sua eficácia. Entre elas estão: rifampicina, carbamazepina e fenitoína.

O aprepitante é um inibidor moderado da CYP3A4 e, teoricamente, pode aumentar os níveis plasmáticos das seguintes drogas: quimioterápicos (docetaxel, paclitaxel, etoposide, irinotecano, ifosfamida, imatinibe e alcaloides da vinca); dexametasona (reduz a dose em 50%); metilprednisolona (25% de redução se EV, 50% de redução se VO); e benzodiazepinas (midazolam, lorazepam, alprazolam e triazolam).

O aprepitante também é um indutor da CYP2C9, e a concentração plasmática das seguintes substâncias pode ser reduzida, teoricamente: varfarina (34% de diminuição com 14% de redução no INR), fenitoína, tolbutamina e contraceptivos.

Dexametasona

As doses empregadas como antiemético são de 10 a 20 mg por via

endovenosa antes da quimioterapia e 4 mg a cada 6 horas por dois a três dias, dependendo da emetogenicidade da quimioterapia.

Os eventos adversos mais frequentes são aumento do apetite e distensão abdominal. Podem ocorrer diarreia e sangramentos no trato gastrointestinal. São comuns euforia, insônia, depressão, rubor facial, sudorese, cefaleia e alterações de humor. O uso prolongado pode aumentar o risco de catarata. Pode ocorrer insuficiência cardíaca em função de hipertensão, retenção hídrica e edema.

Do ponto de vista metabólico, a dexametasona pode causar hiperglicemia, hipocalemia e intolerância a carboidratos. Os pacientes diabéticos e intolerantes à glicose devem ser monitorados mais frequentemente.

Conclusão

A população de pacientes idosos necessita de avaliação específica e acompanhamento multidisciplinar para lidar com os diversos aspectos envolvidos no tratamento antineoplásico.

A atenção às comorbidades e à polifarmácia, com potenciais interações medicamentosas, é indispensável para minimizar a incidência de eventos adversos e aumentar a adesão à terapêutica.

O tratamento adequado das síndromes geriátricas que acompanham o diagnóstico de uma neoplasia é fundamental para se obter as melhores taxas de sucesso e a menor taxa de eventos adversos relacionados ao tratamento.

A maior dificuldade para o tratamento não pode servir como justificativa para o não tratamento. A população de pacientes idosos necessita de intervenções terapêuticas efetivas, ajustadas ao seu estado funcional.

Referências bibliográficas

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). A Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2006. 119 p.
2. Miriam B. Rodin and Supriya G. Mohile. A Practical Approach to Geriatric Assessment in Oncology. *J Clin Oncol* 10 de maio de 2007; 25 (14): 1936-44.
3. Auro del Giglio, Theodora Karmakis, Rafael Kaliks, Wilson Jacob-Filho (Coordenadores). *Oncogeriatria – Uma abordagem multidisciplinar*. Ed. Manole, Barueri – SP, 2012.
4. Diretrizes da ASCO. Ethan Basch, Ann Alexis Prestrud, Paul J. Hesketh, Mark G. Kris, Petra C. Feyer, Mark R. Somerfield, Maurice Chesney, Rebecca Anne Clark-Snow, Anne Marie Flaherty, Barbara Freundlich, Gary Morrow, Kamakshi V. Rao, Rowena N. Schwartz, Gary H. Lyman. Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical - Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2011; 29 (31): 4189-98.
5. Diretrizes do NCCN. A versão 1 de 2013 pode ser obtida na página eletrônica após cadastro gratuito: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf
6. Diretrizes da ESMO (Que passou a adotar as mesmas diretrizes da MASCC). F. Roila, J. Herrstedt, M. Aapro, R. J. Gralla, L. H. Einhorn, E. Ballatori, E. Bria, R. A. Clark-Snow, B. T. Espersen, P. Feyer, S. M. Grunberg, P. J. Hesketh, K. Jordan, M. G. Kris, E. Maranzano, A. Molassiotis, G. Morrow, I. Olver, B. L. Rapoport, C.

Rittenberg, M. Saito, M. Tonato, D. Warr. On behalf of the ESMO/MASCC Guidelines Working Group* Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting: results of the Perugia consensus conference. *Ann Oncol* 2010; 21 (suppl 5): v232-v243. doi: 10.1093/annonc/mdq194

7. Diretrizes da MASCC. Fausto Roila, Jorn Herrstedt, Richard J. Gralla, Maurizio Tonato. Prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting: Guideline update and results of the Perugia consensus conference. *Support Care Cancer* 2011; 19 (Suppl 1) S63-5. (http://www.mascc.org/assets/documents/mascc_guidelines_english_2013.pdf) (A versão em português, elaborada por Ricardo Caponero, pode ser obtida gratuitamente na página eletrônica da MASCC - http://www.mascc.org/assets/documents/MASCC_Guidelines_Portuguese.pdf)

8. Diretrizes latino-Americanas. Francisco Javier Ochoa-Carrillo, Ricardo Caponero, María Guadalupe Cervantes-Sánchez, Óscar Daniel Duarte, María Isabel León, Enrique López-Aguilar, Mauricio Mahave, Raimundo Manneh, Álvaro Menéndez-Leal, Andrea Ponce de León-Herrera, Ivo Rodríguez, José Federico Rojas-Montero, Juan Fernando Miguel Suazo-Casanova, María Alejandra Torres, Carlos Vargas. Guías latinoamericanas de manejo de la emesis en oncología, hematología y radioterapia. No prelo



Mauricio de Miranda Ventura

Médico especialista em geriatria pela AMB e SBGG; mestre em ciências da saúde pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual; coordenador do Internato em Saúde do Idoso do Curso de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo; diretor técnico do Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual; membro da diretoria da SBGG-SP

Contato mauriciomventura@uol.com.br

Cuidados paliativos em pacientes portadores de demência em fase avançada

TAKE HOME MESSAGE

- Por mais que se formem geriatras e paliativistas, diante do envelhecimento da população brasileira sempre haverá uma grande defasagem entre a demanda e a capacidade de atendimento desses profissionais. A solução para tal dissonância está na compreensão de que o atendimento ao doente terminal não cabe exclusivamente ao geriatra ou paliativista.
- Qualquer médico, clínico ou cirurgião, deve ser capaz de reconhecer a fase de comprometimento funcional do paciente com demência, caracterizando-o como alguém já gravemente atingido por sua doença de base. Nesse momento, é importante restringir procedimentos invasivos cujo objetivo não seja trazer ganho em qualidade de vida.

Introdução

A geriatria e os cuidados paliativos são duas especialidades médicas que têm muito em comum. Além de serem relativamente novas, ambas têm uma demanda de atendimento que em muito supera a capacidade de formação de profissionais, devido às características do envelhecimento populacional pelo qual o país passa. Por fim, as duas modalidades lidam com pacientes cujos problemas de saúde podem eventualmente levá-los à morte.

Historicamente, o especialista em cuidados paliativos é aquele que lida com o paciente com câncer em fase avançada, quando as possibilidades de tratamento curativo são limitadas e o enfoque do atendimento passa a ser o conforto: alívio dos diferentes sintomas de dor, dispneia, náuseas, vômitos, entre outros. No entanto, é importante ressaltar que o paliativista não deve ter sua atuação restrita a esses pacientes. É fundamental que ele atue na assistência ao doente em fase

avançada de uma doença cardíaca ou pulmonar. Ao geriatra coube o atendimento em fase avançada das doenças crônico-degenerativas, como demências e doenças neurológicas. Da mesma forma, esse profissional não deve encarar sua atuação como restrita a essas áreas.

É importante reforçar a ideia de que, por mais que se formem geriatras e paliativistas, no momento atual do envelhecimento populacional brasileiro sempre haverá uma grande defasagem entre as demandas e a capacidade de atendimento desses profissionais. A solução para tal dissonância está em fazer entender aos colegas que o atendimento ao doente terminal não cabe exclusivamente ao geriatra ou ao paliativista. Cada um deles deve ter a noção exata de quando uma doença de sua especialidade chega a uma fase avançada, quando são atingidos os limites do controle clínico e os sintomas de desconforto passam a ter uma importância tão grande para o paciente que há necessidade imperiosa de seu tratamento pelo próprio especialista.

Pacientes com demência em fase avançada

Diante dessa realidade, abordaremos aqui o paciente com demência em fase avançada.

Em sua fase inicial, a síndrome demencial tem seus sintomas causados pelo acometimento do sistema nervoso central. No caso de doença de Alzheimer ou demências do lobo frontal, são mais importantes os sintomas cognitivos. No caso de uma demência vascular ou dos corpúsculos de Lewy, estão presentes também os sintomas motores. Assim, a síndrome demencial pode ser causada por algumas doenças, sendo a doença de Alzheimer e as cerebrovasculares as mais comuns. Ela tem uma gama variável de apresentações clínicas, que poderia remeter a especialidades como neurologia, psiquiatria ou geriatria como referências ao tratamento inicial.

Na fase moderada da síndrome demencial, o paciente deixa de frequentar eventos sociais, pois se sente inseguro para enfrentar situações que podem gerar alguma forma de estresse, preferindo ficar em sua própria casa. Assim, visitar um filho ou parente próximo pode gerar um sentimento de desconforto bastante importante e o paciente manifesta vontade de voltar para casa tão logo chega ao local da visita. Diante disso, a prática de qualquer atividade física fica comprometida e o paciente recusa-se a sair de casa até para uma simples caminhada. Com o sedentarismo, seu nível de saúde começa a se deteriorar, agravado pela perda de massa muscular, característica própria do envelhecimento, e consequente sarcopenia. A partir daí ele começa a se sentir cada vez mais cansado para realizar pequenos esforços, e o caminhar dentro da própria casa se torna um grande sacrifício, restringindo sua locomoção e gerando um ciclo vicioso: quanto maior a inatividade física, maior a sarcopenia, e assim por diante.

Na fase avançada, há um grave comprometimento funcional devido a importantes sequelas neurológicas. Nesse estágio, o paciente passa a ter uma grande dependência para as atividades básicas da vida diária, como alimentação, vestuário, higiene pessoal. Há também comprometimento da continência urinária e fecal e da transferência, ou seja, da capacidade de se levantar de uma cama ou cadeira de forma independente. Como consequência desse quadro, o paciente passa a ter um comprometimento de sua mobilidade.

Qualquer médico, clínico ou cirurgião, deve ser capaz de reconhecer essa fase de comprometimento funcional do paciente com demência, caracterizando-o como alguém já gravemente atingido por sua doença de base. Nesse momento, é importante restringir procedimentos invasivos cujo objetivo não seja trazer ganho em qualidade de vida. Pacientes com mobilidade básica comprometida são extremamente suscetíveis a complicações, sendo observado um aumento de sua morbimortalidade, tanto em pós-operatório como em internações clínicas.

Quando nos deparamos com um paciente em fase avançada de um câncer, que já foi operado, submetido a rádio e quimioterapia e que já não tem grandes possibilidades curativas, fica claro que medidas de tratamento devem se restringir a proporcionar o máximo de conforto. Ninguém admite a realização de procedimentos invasivos, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, hemodiálise e até mesmo sondagem vesical e nasoenteral para alimentação artificial, para prolongamento da vida à custa de um desconforto desumano ao paciente.

“

Diante dessa condição clínica grave e limitante, é imprescindível pesar riscos e benefícios das decisões terapêuticas e dos procedimentos... ”

Entretanto, essa postura ainda não é tão bem aceita pela comunidade médica ao lidar com um paciente com demência avançada, embora ele deva ser encarado como um paciente terminal, tanto quanto aquele portador de uma neoplasia avançada. Somente através da discussão das características clínicas de um paciente com demência avançada é que podemos, de fato, reconhecer nele uma fase terminal de uma doença degenerativa e/ou vascular.

Características e consequências da síndrome da imobilidade

Como já dito previamente, uma consequência direta da evolução da síndrome demencial é o progressivo comprometimento funcional do paciente, chegando até a sua total dependência para as atividades básicas, culminando com o declínio de sua mobilidade e acentuada perda de sua massa muscular. Nessa fase, chegamos ao que chamamos de síndrome da imobilidade, de etiologia multifatorial, em que o paciente se encontra totalmente restrito ao leito.

Definir um paciente portador da síndrome de imobilidade é relativamente simples. A presença de dois critérios, chamados maiores, é obrigatória: declínio cognitivo e múltiplas contraturas. Além disso, há necessidade da presença de ao menos dois de um total de quatro critérios menores: afasia, disfagia, dupla incontinência e úlceras de decúbito.

A síndrome de imobilidade tem consequências sobre diversos órgãos e sistemas, sobre as quais discorreremos resumidamente.

1. Sistema musculoesquelético

O sistema musculoesquelético é um dos principais acometidos, e entre os resultados incluem-se aparecimento de osteoporose, alterações musculares como fibrose, redução de resistência, atrofia e fraqueza, além das contraturas. As limitações funcionais prejudicam as transferências, as posturas, o movimento no leito e em cadeiras de rodas. A inatividade afeta diretamente a força muscular, diminuindo a resistência, e aumenta a fadiga. A força exercida pela gravidade nos ossos e tecidos de apoio é reduzida. Os primeiros músculos a se tornarem fracos e atrofiados são os dos membros inferiores e do tronco, cuja função é resistir à força de gravidade. A diminuição na atividade muscular pode comprometer a irrigação sanguínea, diminuir a síntese proteica, levando à atrofia das fibras musculares tipo I e II. Consequentemente ocorre a diminuição da força muscular, do número de sacômeros e do torque. Passa a ser observada uma falta de coordenação pela fraqueza

“

O ideal seria que o próprio paciente tivesse manifestado previamente seu desejo em relação à tomada de decisões no fim da vida. ”

generalizada, resultando em má qualidade de movimento. Podem também ocorrer dor e desconforto após a imobilização, já que esta induz um processo inflamatório tecidual com liberação de substâncias que estimulam os receptores locais de dor.

As contraturas podem ser outro efeito da imobilização e envolve músculos e outros tecidos moles. São definidas como perda de amplitude articular de movimento devido à limitação articular, muscular ou tecido mole, e ocorrem quando os músculos não têm a atividade necessária para manter a integridade de suas funções.

As contraturas podem ser divididas em três categorias, segundo a localização anatômica das mudanças patológicas: articular (artrogênica), muscular (miogênica) e do tecido conectivo. As contraturas miogênicas e de tecidos moles são mais associadas com a imobilidade. Três fatores desempenham um papel importante no desenvolvimento da contratura: a posição do membro, a duração da imobilização e a mobilização das partes não afetadas.

No tecido articular, o líquido sinovial lubrifica e nutre a cartilagem, mas necessita do movimento para que haja circulação dos nutrientes, síntese e degradação da matriz e estímulos aos sensores elétricos e mecânicos da articulação. Portanto, com a inatividade há atrofia da cartilagem com desorganização celular nas inserções ligamentares, proliferação do tecido fibrogorduroso e consequente espessamento da sinóvia e fibrose capsular.

No tecido ósseo observamos as seguintes alterações: diminuição da massa óssea total devido ao aumento da atividade osteoclástica, diminuição da atividade osteoblástica, aumento da excreção de cálcio (máxima atividade osteoclástica em torno de 16 semanas). A consequência direta dessas alterações é a osteoporose. Não é raro aparecerem fraturas decorrentes de pequenos traumas ou de movimentos mais bruscos durante procedimentos e manipulação de pacientes com a síndrome da imobilidade.

Na pele é comum encontrarmos atrofia e úlceras de decúbito, influenciadas por pressão, idade, umidade, desnutrição, edema, condições metabólicas e alterações sensitivas. As úlceras de decúbito ocorrem quando uma pressão extrínseca sobre a pele supera a pressão capilar média de 32 mmHg, diminuindo o fluxo sanguíneo e a oxigenação tecidual. Em pacientes deitados num pré-operatório para uma cirurgia de correção de uma fratura de fêmur, por exemplo, a pressão na pele sob o sacro e o trocânter pode chegar entre 100 e 150 mmHg. A idade avançada pode aumentar o risco devido a alterações específicas do envelhecimento: menor espessura e vascularização da camada dérmica, retardo da capacidade de cura

de feridas e redistribuição do tecido adiposo da camada subcutânea para a camada mais profunda. As úlceras de pressão representam uma ameaça direta para o paciente, causando desconforto, prolongamento da doença, demora na reabilitação e na alta, podendo levar à morte por septicemia. Elas podem ocorrer em qualquer ponto do corpo, mas os locais típicos incluem áreas com um mínimo de tecido adiposo subcutâneo e proeminências ósseas: sacro, grande trocânter, escápula, maléolo lateral, coluna torácica, calcanhares, região occipital, joelhos, tuberosidades isquiáticas, orelhas, epicôndilos laterais.

2. Sistema cardiovascular

As alterações cardiovasculares na síndrome da imobilidade demonstram um comprometimento do desempenho cardiovascular, com aumento da frequência cardíaca em repouso refletindo uma diminuição do volume sistólico. Sabe-se que, durante o envelhecimento normal, há uma redução da resposta adrenérgica devido a um número menor de receptores. Por razões ainda desconhecidas, o sistema circulatório é incapaz de montar uma resposta simpática adequada (há perda do controle do sistema nervoso autônomo simpático), diminuindo o retorno venoso, aumentando a estase venosa. Consequentemente, o enchimento ventricular não está completo e há queda na perfusão cerebral. Além disso, há uma elevação da pressão arterial sistólica pelo aumento da resistência periférica, e o tempo de ejeção sistólica absoluto e de diástole é encurtado, diminuindo o volume sistólico.

Diante dessas alterações, podemos esperar algumas complicações como hipotensão postural e trombose venosa profunda. Os sintomas e sinais de hipotensão postural incluem palidez, tontura, sudorese, delirium, decréscimo da pressão sistólica, aumento da frequência cardíaca e decréscimo da pressão do pulso, podendo ocorrer síncope. Os eventos tromboembólicos revelam uma relação direta entre a frequência da trombose venosa profunda e a duração do repouso no leito. Dois desses três fatores são influenciados por imobilidade prolongada. A estase no fluxo sanguíneo nos membros inferiores está diretamente relacionada à redução no efeito de bombeamento dos músculos da panturrilha. Um estado de hipercoagulabilidade é induzido por redução no volume plasmático e desidratação. Uma suspeita clínica de trombose venosa profunda surge quando há evidência clínica de edema localizado, eritema, dor na panturrilha e tendões desencadeados pela palpação do paciente imobilizado.

3. Sistemas metabólico e endocrinológico

Quanto aos sistemas metabólico e endocrinológico, na síndrome da imobilidade há predomínio do catabolismo com balanço negativo de nitrogênio, cálcio, fósforo, enxofre, sódio e potássio, entre outros. Ocorrem também alterações hormonais, como aumento do nível sérico de paratormônio por mecanismo ainda desconhecido, provavelmente relacionado a hipercalcemia secundária a imobilização, diminuição dos níveis de hormônio do crescimento, ACTH e produção de catecolaminas.

A falta de movimento e de estimulação provoca alteração em todo o trato gastrointestinal: inapetência, redução da peristalse, causando absorção mais lenta de nutrientes desencadeada por um alto nível de atividade adrenérgica. Esse fator, juntamente com a perda de volume

BIGFRAL

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

FITAS ADESIVAS
REPOSICIONÁVEIS
MAIS LARGAS

BARREIRAS
ANTIVAZAMENTO
MAIORES COM
FIXAÇÃO + SEGURA

FLOCOS DE GEL
SUPERFILTRANTES
SUPERABSORVENTES

DE 8h A 10h
DE DURAÇÃO

COM
ALOE VERA

COBERTURA
FILTRANTE SUAVE

INDICADOR DE
UMIDADE /
TROCA



TOALHAS UMEDECIDAS



FRALDAS DESCARTÁVEIS



ABSORVENTES DE USO ADULTO



PRODUTO
HIPOALERGÊNICO



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

www.bigfral.com.br

plasmático e desidratação que acompanham o repouso no leito, geralmente resulta em constipação.

O esvaziamento da bexiga é comprometido pelo decúbito dorsal, devido à dificuldade de gerar pressão intra-abdominal nessa posição. Ocorrem enfraquecimento dos músculos abdominais, restrição nos movimentos diafragmáticos e relaxamento incompleto do assoalho pélvico, provocando a retenção urinária parcial e favorecendo o surgimento de infecções urinárias de repetição.

4. Sistema respiratório

O sistema respiratório é o local de complicações ameaçadoras da vida durante imobilidade prolongada. Ocorre uma redução do volume corrente, volume minuto, capacidade pulmonar total e volume expiratório forçado. Todas essas funções estariam diminuídas em torno de 25% a 50%. A capacidade residual funcional e o volume residual estão aumentados.

Os movimentos diafragmáticos e intercostais são diminuídos devido à perda de força muscular. A respiração fica mais superficial e a ventilação alveolar é reduzida com um aumento relativo de dióxido de carbono nos alvéolos, aumentando a frequência respiratória. A eliminação das secreções é mais difícil pela posição, o local da parede brônquica que fica por baixo acumula mais secreções que a parte superior da parede. A tosse é menos efetiva, somada à fraqueza dos músculos abdominais e função ciliar, diminuindo e predispondo o paciente a infecções respiratórias altas e atelectasias. A relação ventilação/perfusão pode mudar nas áreas dos pulmões que ficam por baixo, com ventilação insuficiente e perfusão excessiva, levando a shunt arteriovenoso e redução na oxigenação arterial.

Dieta artificial – até onde?

Uma das situações com que mais frequentemente nos deparamos em pacientes com demência avançada é o rebaixamento do nível de consciência e a diminuição da ingestão de alimentos. Qualquer médico, principalmente aqueles que atuam no serviço de emergência ou que são pouco afeitos a lidar com a terminalidade, têm o impulso de passar sonda nasoenteral e iniciar a dieta artificial. Esse procedimento, “aparentemente” inócuo, teria por objetivo melhorar o estado nutricional, o fechamento de feridas e a melhora da imunidade e sobrevivência. “Aparentemente” porque ele pode ser motivo de transtorno para o paciente. Nossa experiência mostra que a passagem de uma sonda nasoenteral para alimentação torna-se um incômodo tão grande que, de um estado de rebaixamento do nível de consciência, o paciente torna-se agitado e tenta arrancar a sonda tantas vezes quantas tentarmos passá-la. Cada sonda repassada necessita de uma radiografia para avaliar seu posicionamento. Para evitar sua retirada, acaba-se optando pela restrição física ou química.

Seria essa uma situação de terminalidade que gostaríamos para nós? Além disso, as evidências cada vez mais demonstram que não há qualquer benefício ao paciente na introdução de uma dieta artificial, seja por dieta enteral, seja por gastrostomia. Finucane et al realizaram uma revisão da literatura para avaliar se pacientes com demência avançada seriam beneficiados pela dieta enteral na prevenção de pneumonia aspirativa, no prolongamento da sobrevivência, na cicatrização das úlceras de pressão, na melhora da funcionalidade e na promoção de conforto. Seu achado foi de que não havia estudos randomizados comparando a dieta enteral com a oral nessas circunstâncias e nenhum dado sugeria qualquer benefício da dieta enteral para essa população – pelo contrário, haveria mais riscos que benefícios e a recomendação foi de que essa prática deveria ser desencorajada.

Há quem considere que a gastrostomia locada por endoscopia seria mais confortável e benéfica em comparação à sonda nasogástrica. Murphy e Lipman compararam a sobrevivência de pacientes demenciados com e sem gastrostomia percutânea e concluíram que o procedimento não aumentou a sobrevivência dessa população. Além disso, Teno et al demonstraram por meio de estudo de coorte prospectivo que a inserção de gastrostomia percutânea em qualquer momento da evolução do quadro demencial, a partir do surgimento das dificuldades de alimentação, não aumentou a sobrevivência.

Conclusão

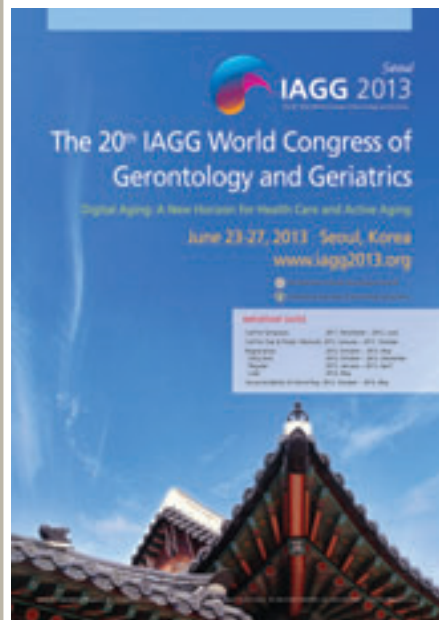
Diante do exposto, fica claro que a qualidade de vida do paciente nessas condições é bastante precária. O prognóstico a médio prazo é pobre, pois sua condição clínica predispõe demais a infecções, particularmente em três sítios: pulmão, vias urinárias e pele. Deve haver uma elevada taxa de mortalidade. Ribeiro et al encontraram uma frequência de pacientes portadores da síndrome de imobilidade de 25,53%, entre os quais a mortalidade foi de 50%, causada na maioria das vezes por pneumonia (41,66%) e infecção urinária (33%).

Diante dessa condição clínica grave e limitante, é imprescindível pesar riscos e benefícios das decisões terapêuticas e dos procedimentos a serem realizados. O ideal seria que o próprio paciente tivesse manifestado previamente seu desejo em relação à tomada de decisões no fim da vida. Procedimentos como intubação orotraqueal, hemodiálise, passagem de acesso venoso central são decisões complexas e devem ser baseadas na realidade de cada paciente, associadas aos anseios da família e desejos pessoais. Entretanto, raramente há acesso a esse tipo de informação e a família em geral se encontra muito ansiosa com a gravidade do quadro para auxiliar de forma positiva na tomada de decisões. Embora ainda existam poucos dados na literatura que ajudem o médico a basear suas decisões nessas ocasiões, esse quadro já começa a mudar, dada a frequência com que o profissional se depara com tais situações.

Referências bibliográficas

1. Frequência da síndrome de imobilidade em uma enfermaria de geriatria. Ribeiro, CA; Silva, DAM, Rizzo LA, Ventura MM. *Geriatrics & Gerontology*. 2011;5(3):136-139.
2. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia – a review of the evidence. *JAMA*. 1999;282:1365-1370.

3. Murphy LM, Lipman TO. Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia. *Arch Intern Med*. 2003;163:1351-1353.
4. Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL, Kuo S, Rodhes RL, Bynun JPW, Mor V. Does feeding tube insertion and its timing improve survival? *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:1918-1921.



Para começar

A revista *Aptare* procura estar nos grandes fóruns onde a geriatria e a gerontologia estão sendo discutidos. Não poderíamos ficar de fora do 20º Congresso Mundial de Geriatria e Gerontologia, realizado no final de junho em Seul, na Coreia do Sul. O evento reuniu profissionais do mundo todo ao redor do tema “Envelhecimento digital: um novo horizonte para saúde e envelhecimento ativo” – entre eles, inúmeros pesquisadores brasileiros que marcaram presença num dos principais encontros científicos na área.

Selecionar os estudos mais interessantes num encontro dessa magnitude é tarefa difícil, não apenas devido ao tamanho do evento, mas à variedade de temas cobertos durante a convenção. Neste especial, a jornalista e gerontóloga **Maria Lígia Pagenotto** destaca os temas mais debatidos durante o evento, e dentro deles, os estudos que mais chamaram a atenção dos participantes. Ela destaca também os trabalhos de pesquisadores brasileiros no contexto da longevidade. Afinal, com uma população idosa crescente – já são mais de 23 milhões atualmente –, o Brasil tem muito a contribuir com as discussões sobre o envelhecimento no mundo.

A celebração da LONGEVIDADE

Como cabe a um evento desse porte, a 20ª edição do Congresso Mundial de Gerontologia e Geriatria, realizada entre os dias 23 e 27 de junho, em Seul, Coreia do Sul, transcorreu num clima de cordialidade e respeito às diferenças.

A organização e a pontualidade dos coreanos sobressaíram à frente do maior congresso da área – ao todo estiveram presentes no Coex, centro de convenções localizado numa das áreas mais nobres da cidade, 5 mil pesquisadores, educadores, profissionais e autoridades ligadas à geriatria e gerontologia de cerca de 90 países de todos os continentes. O evento contabilizou ainda 4 mil apresentações, entre simpósios, trabalhos orais e pôsteres. Na cerimônia de abertura, o enorme auditório mostrou-se acanhado para comportar todos os convidados.

Durante a cerimônia, o geriatra francês Bruno Vellas, presidente da gestão 2009-2013 da International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), passou o cargo para o coreano Heung Bong Cha. O recém-empossado presidente chamou a atenção para o tema do evento deste ano – envelhecimento digital – e afirmou que a missão da instituição que agora preside é transformar desafios em celebração.

“A ciência tem proporcionado, cada vez mais, diversas possibilidades para os idosos. A tecnologia está a favor do envelhecimento; a indústria e a cultura, idem”, disse Cha, que ressaltou ainda o quanto a imagem do idoso em nossa sociedade tem se transformado de forma positiva. “Assistimos a muitos avanços. Estamos prontos para transformar desafios em celebrações”, finalizou.

Janela de oportunidades pequena

Shin Young-Soo, diretor regional da OMS no Pacífico Ocidental, enfatizou durante a cerimônia de abertura do IAGG que a janela de oportunidades para ação é pequena. “Diante do envelhecimento populacional, já devíamos estar empreendendo novas ações”, alertou. Para ele, embora o envelhecimento populacional seja uma boa notícia, é preciso mudar o rumo do pensamento sobre as pessoas idosas na sociedade.

Sobre o Brasil, Shin disse à *Aptare* que o país, por seu tamanho e diversidade, deve se organizar com urgência em relação às políticas públicas para o envelhecimento.

Brasileiros homenageados

O geriatra mineiro Renato Maia e a gerontóloga carioca Laura Mello Machado figuraram entre os dez profissionais homenageados durante a cerimônia de abertura do 20º Congresso Mundial. Maia recebeu o Presidential Award por seu trabalho desenvolvido nos quatro anos à frente da IAGG, entre outras ações.

Para a revista *Aptare*, Maia declarou que um congresso na Ásia chama especial atenção pelo número de idosos que esses países concentram. Em relação ao Brasil, foi enfático: “Não nos faltam políticas públicas eficientes para a população idosa. O que precisamos é colocar em prática o que já dispomos”, declarou. Segundo ele, se o Brasil tivesse implementado o que foi discutido há dez anos, estaríamos observando agora muito mais avanços em relação ao idoso.

Um início de desafios

Recém-nomeado presidente da International Association of Gerontology and Geriatrics, o geriatra sul-coreano **Heung Bong Cha** recebeu a revista *Aptare* em uma sala privada no Coex, com a conhecida cortesia oriental: pontual, gentil e extremamente interessado.

Sua gestão tem como meta compartilhar com outras nações a experiência da Coreia do Sul em relação ao envelhecimento. Em seu país, especificamente, um dos seus desejos, afirma, é ver o idoso coreano participando ativamente da vida social, com seu trabalho, conhecimento e experiência. Confira a entrevista a seguir:

Aptare – Um congresso mundial reúne profissionais de todo o mundo, com experiências variadas sobre o envelhecimento. Como construir uma grade que seja interessante para todos?

Sempre é um desafio preparar um evento dessa magnitude. Mas a questão do envelhecimento da população é global, atinge todo o mundo. Então isso facilita, porque há assuntos comuns que permeiam a discussão principal, que é promover uma velhice digna para todos. Além disso, a IAGG está ativamente engajada nas pesquisas geriátricas e gerontológicas há 63 anos, tendo já organizado, com este, 20 congressos mundiais.

Aptare – Quais as principais dificuldades de desenvolver um congresso dessas dimensões, especialmente considerando os rumores de ataque por parte da Coreia do Norte?

Sob esse aspecto, tivemos muitas dificuldades na organização do Congresso em Seul. Mas, no final, tivemos uma resposta muito boa dos participantes, que somaram mais de 4 mil pessoas. Também tínhamos verba para realizar o evento. Considero que estes – verba e participantes – sejam os dois principais itens para realizar um congresso de sucesso. Ficamos sabendo do Congresso de 2013 quando estava no Brasil, no evento de 2005. Tivemos oito anos para nos preparar.

Sobre a possibilidade de um ataque por parte da Coreia do Norte, esse realmente foi um fator de muita apreensão. No início, ficamos com receio de não atrairmos pessoas suficientes. Como convencer os pesquisadores a vir para Seul num momento em que nosso vizinho ameaçava explodir uma bomba nuclear? Claro que estávamos o tempo todo atentos a isso. Esperei os meses de janeiro, fevereiro, março e abril. Nas reuniões de que participava, era informado de que novamente seria uma guerra psicológica. Do outro lado, a mídia reafirmava a possibilidade de um ataque e de uma guerra. Tivemos 600 desistências. Dessas, 500 de fato acabaram não vindo. Outros 100 reavaliaram. Eu me pronunciei, enviando uma carta aos inscritos.

Aptare – A forma com que se encara o envelhecimento é diferente entre o Ocidente e o Oriente? Se sim, como conciliar essas duas perspectivas?

Basicamente, eu não acho que há diferenças entre o Ocidente e o Oriente em relação ao envelhecimento. Em ambos os lados essa é hoje uma questão essencial, atual. O respeito de que nossos anciões gozavam foi perdido no curso da industrialização e na força da economia. Carregamos por anos o mito de o Oriente ter um sistema familiar tradicional, onde o idoso é respeitado e acolhido. Assim foi com a Coreia, o Japão, a China e a Indonésia. Após a industrialização, as coisas mudaram muito na Ásia. Temos menos tempo em casa, as famílias são cada vez menores e todos trabalham e estudam. Observamos uma enorme mudança. Quando estive em Canberra, há 35 anos, no meu discurso citei que na Coreia do Sul a institucionalização do idoso era de 0,2%. Atualmente esse índice é de 7,8%.

Aptare – Que semelhanças o senhor vê entre o envelhecimento no Brasil e na Coreia do Sul?

Estamos caminhando juntos, com proporções similares no número de idosos. Hoje, 12% da população da Coreia do Sul tem mais de 65 anos. Em 2000 esse índice era de 7%. Em 2030, espera-se que já tenha chegado a mais de 25%.

A velocidade tem aumentado. A Coreia do Sul caminha para ser a primeira no mundo com o maior número de idosos. O Brasil também avança rapidamente no número de velhos no país.

Aptare – Como as políticas públicas em seu país trabalham em prol dos idosos?

Temos comitês especiais para discussão de maneiras de aperfeiçoar os programas sociais para idosos. Nossa meta é conscientizar as pessoas sobre a sociedade que temos, para essa mudança demográfica. Temos mobilizado discussões em torno dos sistemas de seguridade social, seguros de saúde, previdência, habitação. Queremos estimular que o idoso trabalhe, que encontre um emprego, que seja independente. Criar trabalho para os idosos é nosso objetivo. Pode ser meio período, um outro tipo de trabalho, mas queremos que ele seja ativo.

Outra opção é incentivar o trabalho voluntário em vários campos e estabelecer políticas públicas para que mais pessoas possam se ocupar. Lembro-me dos anos 1960 e percebo que houve muitas mudanças nos últimos 50 anos, mudanças muito rápidas. Passamos por momentos difíceis, pela guerra, perdemos tudo, mas lutamos, batalhamos e o sucesso veio rápido. Após essas experiências, nos tornamos um grupo, uma nação em desenvolvimento. Crescemos juntos.

**Colaborou Sônia Fuentes*

NUTRIÇÃO**Simpósio Nestlé Health Science**

A sarcopenia e suas consequências para o indivíduo idoso foi um dos grandes temas debatidos durante a 20ª edição do congresso da IAGG. Geriatras presentes ao evento, durante a exposição de traba-

lhos, foram unânimes em afirmar que a sarcopenia é um dos principais fatores que impedem um envelhecimento saudável, colaborando para a perda gradual da capacidade de locomoção. Com o agravamento da condição, cresce a possibilidade de quedas e fraturas, levando o idoso a viver acamado. Nessa situação, o risco de morte a curto prazo aumenta significativamente.

A Nestlé Health Science participou ativamente dessa discussão no evento. Entre outras ações, levou ao público o simpósio Practical Methods for Nutrition to Modify the Risk of Common Geriatric Syndromes, em que apresentaram suas pesquisas os médicos japoneses Minoru Yamada, professor da Universidade de Kyoto, e Hidetaka Wakabayashi, da Universidade de Yokohama; e o italiano Matteo Cesari, geriatra ligado ao Institut du Vieillessement, Université de Toulouse, na França.

No estudo "Managing sarcopenia with nutrition and exercise", Minoru Yamada ressaltou que a sarcopenia – definida por ele como perda de massa e força na musculatura esquelética – é altamente prevalente na população idosa do Japão, estando associada com o risco de quedas e fraturas, incapacidade física e psíquica, dificuldades de locomoção e mortalidade. Seu estudo analisou idosos entre 65 e 89 anos, levando em conta a relação entre exercício físico, alimentação e produção de vitamina D. "Dada a proximidade existente entre o estado nutricional do paciente e sua musculatura esquelética, o trabalho levantou como hipótese que a combinação de exercício – especialmente de resistência – com suplementação nutricional é capaz de manter sob controle a sarcopenia", relatou.

O estudo "Importance of dysphagia management in rehabilitation", liderado por Hidetaka Wakabayashi, levou em consideração aspectos relacionados aos distúrbios da deglutição de alimentos no paciente idoso. Denominada disfagia, essa condição pode provocar pneumonia pela aspiração de alimentos e uma severa desnutrição proteica, o que favorece o surgimento ou agravamento de um quadro de sarcopenia. Suas causas estão relacionadas ao envelhecimento, mas também a algumas patologias, como câncer na cavidade oral, ou a problemas na dentição.

Em sua pesquisa, Wakabayashi propõe a reabilitação desses pacientes, com intervenção nos aspectos nutricionais, na higiene oral, no exercício de resistência muscular, com foco especialmente no fortalecimento da língua.

O trabalho de Matteo Cesari, "The role of nutrition in modifying risk of physical and cognitive frailty", se concentrou na nutrição como fator capaz de modificar o risco de fragilidade física e cognitiva. Segundo o pesquisador, a subnutrição é um componente importante na síndrome da fragilidade do idoso, com manifestações nas habilidades funcionais e cognitivas.

Trabalhos brasileiros

As pesquisas complementam os trabalhos apresentados na sessão "Cardiovascular risk factors, frailty and dementia: is there a link?" pelos brasileiros Eduardo Ferriolli, Nereida Lima e Julio Moriguti, geriatras e professores da Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto. O grupo de pesquisadores expôs uma revisão de alguns trabalhos já publicados sobre a relação entre risco cardiovascular, fragilidade e demência.

No trabalho "Association between Cardiovascular Risk Factors and Frailty", Moriguti observou que os fatores conhecidos para doenças cardíacas (diabetes, hipertensão, obesidade e dislipidemia – sinais presentes nos portadores da síndrome metabólica) estão também provavelmente associados à síndrome da fragilidade em pessoas idosas. "Há uma relação forte entre a má nutrição e todos esses fatores apresentados", explicou. Portanto, a redução da obesidade e dos fatores que predis põem à síndrome metabólica em jovens pode resultar em menos fragilidade no futuro, sugeriu o médico.

A geriatra Nereida Lima mostrou em sua apresentação "Hypertension and Cognitive Decline" que a fragilidade é um fator de risco para o desempenho cognitivo na velhice. Porém, isso seria mais evidente em pacientes que estão na meia-idade. Entre o grupo de idosos, especialmente considerando os que estão acima de 80 anos, a hipertensão sistólica leve poderia até desempenhar um papel protetor sobre a cognição – isso porque essa condição parece permitir maior fluxo sanguíneo para o cérebro, o que explicaria seu papel protetor contra as demências.

A apresentação do professor Ferriolli – "Frailty and Cognitive Impairment" – apontou que, apesar de o déficit cognitivo não estar incluído entre os critérios de diagnóstico da síndrome da fragilidade propostos por Fried et al., muitos trabalhos recentes têm feito essa associação. Segundo ele, o baixo desempenho cognitivo pode se tornar um relevante marcador de fragilidade e vice-versa. A fisiopatologia da fragilidade, afirmou, tem alguns caminhos em comum com fatores de risco bem descritos para o declínio cognitivo, como inflamações, fatores hormonais e desnutrição.

Um giro pelos pôsteres

Na área dos pôsteres, cinco trabalhos voltados à questão nutricional chamaram atenção dos presentes. A seguir, uma breve descrição dos estudos e seus principais achados.

1. Use of the mini-nutritional assessment in the great east Japan Earthquake Disaster *Kanami Tamura*

O terremoto que atingiu o leste do Japão em março de 2011 levou muitos idosos da área a procurar refúgio em abrigos. A nova condição trouxe inúmeros problemas, como a escassez de alimentos e água. Quando havia alimentos, seu balanço nutricional nem sempre era o mais adequado, especialmente para idosos. A ausência de balanças nos abrigos impedia que os idosos fossem pesados. A miniavaliação nutricional (MNA, na sigla em inglês) foi uma ferramenta útil porque dispensava o uso de aparelhos especiais, além de melhorar a comunicação entre os idosos abrigados. Em circunstâncias especiais, o papel desempenhado por esse recurso de avaliação e seu valor como instrumento de comunicação são extremamente altos.

2. Undernutrition – Sarcopenia – Frailty complex in rehabilitation hospital; incidence and influence to outcome *Sadao Yoshida, Fujiyama, Naoto Hamasaki and Yoshikazu Miyazato*

O estudo examinou a correlação entre a incidência e a influência de subnutrição, sarcopenia e fragilidade em pacientes em hospitais de reabilitação. Os pesquisadores concluíram que a incidência de subnutrição, sarcopenia e fragilidade é extremamente alta em pacientes em hospitais de reabilitação no Japão. O cuidado nutricional é importante na recuperação da sarcopenia e fragilidade. A miniavaliação (MNA, na sigla em inglês) nutricional pode prever o resultado e o estado da fragilidade na alta.

3. Nutritional assessment of elderly patients in long-term hospital using MNA-SF and prediction of occurrence of pneumonia *Sadao Yoshida*

A pesquisa se propõe a examinar se o estado nutricional do paciente idoso pode prever a ocorrência de pneumonia. O formulário curto da miniavaliação nutricional (MNA-SF, na sigla em inglês) se mostrou uma ferramenta eficaz para prever a ocorrência da condição no idoso, segundo os pesquisadores. A avaliação apropriada e o gerenciamento do estado nutricional do idoso pode ser uma forma importante de prevenção da pneumonia.

4. Clinical and economic burden of Alzheimer disease in the USA *C. Takizawa*

A doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de demência, responsável por 50% a 70% dos casos. Ela está relacionada a alto consumo

de cuidados de saúde, tanto da perspectiva de custos direta quanto indireta. O objetivo do estudo é identificar o peso econômico da DA nos EUA. Os pesquisadores concluíram que, a menos que algo seja feito, os custos decorrentes da DA em 2050 devem atingir US\$ 1,1 trilhão. Os custos de Medicare e Medicaid aumentarão em cerca de 500%.

5. Clinical and economic burden of hip fracture *C. Takizawa*

A fratura de quadril é associada a alta taxa de mortalidade, necessidade de cuidados médicos de longo prazo e incapacidade prolongada. O objetivo do estudo é identificar o peso reportado da fratura de quadril. Foram coletados dados epidemiológicos de publicações e dados econômicos relacionados a custos hospitalares. Os pesquisadores concluíram que as fraturas de quadril são, de fato, associadas a um alto consumo de cuidados médicos e que intervenções nutricionais específicas mostraram benefício clínico e potencial benefício econômico entre idosos que se recuperam de fraturas de quadril. No entanto, são necessários mais estudos.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL



Efeitos recíprocos

Muitas pesquisas estão sendo feitas na Coreia do Sul e no Japão abordando a atividade das pessoas mais velhas na comunidade.

Yoshinori Fujiwara trouxe a experiência desenvolvida no Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology. Seu trabalho "Reciprocal

Effects on Senior Volunteers and Elementary School Children Through an Intergenerational Health Promotion Program by Older Adults 'Reprints' (Research of productivity by intergenerational sympathy)" mostrou o impacto na saúde de idosos que foram convidados a participar de um projeto em escolas públicas. O grupo contou com 69 voluntários e 72 participantes de um grupo de controle com 60 anos ou mais. Eles visitaram escolas por 18 meses. Sua atividade consistia em ler histórias para as crianças.

Ao final do trabalho, eles relataram melhora no relacionamento com os netos e passaram a se referir de forma mais positiva em relação à própria saúde.

O governo coreano, assim como o japonês, preocupa-se em proporcionar atividades para os idosos. Para conhecer melhor essa realidade, a organização da IAGG ofereceu a possibilidade de os participantes visitarem um centro para formação de idosos, o Seoul Senior Center.

A principal característica do local é acolher pessoas acima de 50 anos, com a missão de ajudá-las a continuar participando da sociedade – a aposentadoria na Coreia do Sul ocorre por volta dos 53 anos. No centro, as pessoas têm possibilidade de recomeçar uma nova vida, se assim desejarem. Podem fazer uma nova formação e, com isso, abrir portas para oportunidades de trabalho ou participar da vida acadêmica. Há pessoas qualificadas no local que abastecem bancos de empregos, pois os profissionais seniores têm mais dificuldade para encontrar trabalho sozinhos.

O trabalho voluntário também é bastante incentivado. O local oferece ainda algumas atividades de entretenimento, socialização e estudo, como uma agradável biblioteca e café. Esse centro conta com total apoio e suporte do governo coreano – na cultura do país, a Coreia, como nação, deve muito aos baby boomers, pois eles são responsáveis pela construção do país e pela melhora da riqueza ao longo dos anos.

ACUPUNTURA



Acupuntura no manejo da dor

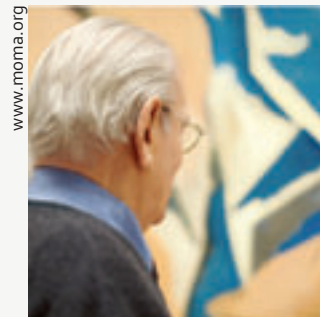
A geriatra Yolanda Maria Garcia, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, apresentou seu trabalho “The effect of acupuncture on pain and depressive symptoms of elderly

patients”, que trata do uso da acupuntura em idosos que frequentam o ambulatório de geriatria do HC-USP.

“São pessoas extremamente carentes, com muitos problemas de saúde”, explica. A acupuntura é utilizada neste serviço para melhora da dor. Os resultados, segundo ela, apontam que há uma melhora significativa dessas queixas com o tratamento. “Conseguimos reduzir a quantidade de medicamentos que eles ingerem, por exemplo”, contou.

O estudo envolveu mais de 100 pacientes. Segundo a médica, a acupuntura se mostrou muito eficaz nos três primeiros meses após o início do tratamento. Após esse período, as queixas voltaram. No entanto, o estudo parece apontar que o ganho de funcionalidade tem uma durabilidade maior, na faixa de seis meses. “Estamos investigando isso. Também estamos trabalhando para avaliar se a medida pode ser eficaz para queixas que vão além da dor”, explicou.

ARTE



A arte na prevenção e controle de demências

Diversos trabalhos mostraram os efeitos positivos de programas que envolvem os idosos com demências em atividades relacionadas à arte. Uma das apresentações trouxe uma comparação internacional de programas realizados em museus.

Adriane Victoria Boag (Austrália) apresentou o estudo intitulado “Art and Alzheimer’s Programs at the National Gallery of Australia”. Do Japão, compareceu Yoko Hayashi, com “Implementation of Arts Program in Senior Care in Japan: Challenge of Arts Alive”. Pelos EUA, foi mostrada a pesquisa intitulada “Art and Dementia at MoMA: Program Development, Evaluation and Replication”, por Laurel Humble e Meryl Schwartz.

Os estudos envolveram pacientes e seus cuidadores, além de profissionais de museus, treinados para lidar com idosos. As conclusões preliminares mostraram que houve grande melhora na qualidade de vida dos participantes de forma geral.

A experiência australiana relatou o grande impacto que provocou um programa piloto realizado em 2007 na National Gallery, destinado a oferecer visitas às pessoas que vivem com demência. Depois da experiência, o projeto passou a ser permanente. A National Gallery decidiu então estender a mesma oficina para comunidades em galerias localizadas em comunidades de diversas partes da Austrália. Para facilitar a implantação, foi criado um DVD de treinamento para os funcionários desses espaços. A ideia foi aproximar a saúde da arte e estimular o compartilhamento das experiências dos profissionais de museus sobre esse tema, levando-os a refletir a respeito da demência. Os resultados do estudo reforçam o valor do engajamento cultural na promoção da saúde e do bem-estar nas diversas comunidades australianas. Com seu estudo, Adriane ofereceu uma possibilidade de tratamento não farmacológico para pessoas que vivem com demência na Austrália. “Acreditamos que uma abordagem holística pode ajudar não só os pacientes, mas também os seus cuidadores”, explicou.

A experiência americana abordou o trabalho realizado no MoMA – Museu de Arte Moderna. Segundo as autoras, em 2006 o museu iniciou alguns programas de discussão de arte para pessoas com demência e seus cuidados. Dois anos depois, foi feita uma

parceira com a Universidade de Nova York, para que fosse avaliada a eficácia dos programas. Ao mesmo tempo, também foi desenvolvido um programa de treinamento online, para profissionais de saúde e arte, a fim de replicarem a experiência. Os resultados apontaram um ganho na qualidade de vida, com mudanças positivas no humor dos participantes, imediatamente após o programa e nos dias seguintes à visita ao museu. Os estudos concluíram que, mais uma vez, profissionais de museus e idosos se beneficiam igualmente com a iniciativa. Em ILPIs, por exemplo, segundo as autoras, a proposta de misturar arte com saúde mostrou aos funcionários novas formas de se relacionar com os idosos. Nos museus, por outro lado, a presença de pessoas com demência contribuiu para uma mudança ideológica de postura diante da doença e para a diminuição de preconceitos.

GÊNERO



Homossexualidade não assumida e o impacto na saúde mental

Um estudo realizado pela psicóloga Liliana Souza, pró-reitora da Universidade de Aveiro, em Portugal, chamou atenção para importantes questões relacionadas à saúde

mental do idoso. Especificamente, neste caso, o idoso homossexual. Intitulado “Velho homem gay: caminhos para a integridade da família”, o trabalho da pesquisadora, apresentado em forma de pôster, alerta para o preconceito sofrido ao longo da vida por um grupo de homossexuais masculinos. Ela entrevistou 11 gays na cidade do Porto, de 60 a 88 anos. A dificuldade para conseguir mais sujeitos foi enorme, já que a maioria se recusava a participar. Nenhuma mulher homossexual aceitou participar do estudo.

Dois dos entrevistados tinham vida dupla – eram casados com mulheres e tinham filhos. A psicóloga chama atenção para a angústia dos sujeitos que nunca assumiram sua condição homossexual. “Viver essa vida dupla é uma mentira que toca fundo a identidade, machuca o fundo da alma”, afirma. A velhice, diz, é o momento de rever a trajetória de vida. “E esse homem olha então para o seu passado e percebe que viveu uma mentira. Se não amparado, esse sujeito tem um risco aumentado para desenvolver depressão e demências associadas”, alertou.

TECNOLOGIA



Robôs cuidando de idosos

A presença de robôs em ILPIs e centros-dia para cuidados com idosos no Japão e na Coreia é uma realidade cada vez mais presente. Durante o 20º Congresso Mundial foi apresentado

um robô que atua diretamente com o desenvolvimento cognitivo de idosos. Ele interage com as pessoas e as incentiva a responder a estímulos musicais em uma tela – todas as etapas são informatizadas, como numa espécie de videogame. A proposta do robô é oferecer estímulos cerebrais e físicos.

Alguns estudos apresentados no evento trataram dessa questão. Um deles foi o trabalho do pesquisador Bruce MacDonald, engenheiro eletrônico e da computação, ligado à Universidade de Auckland, na Nova Zelândia, que abordou o desenvolvimento da robótica aplicada à saúde e ao entretenimento.

Denominado “Robot helping to care for older people”, o trabalho de MacDonald apresentou um software denominado Healthbots, para robôs da Coreia do Sul. O objetivo é que eles cuidem das pessoas idosas, proporcionando entretenimento e atendimento à saúde. Os aplicativos também têm por objetivo fazer companhia aos idosos em casa ou em ILPIs. “Eles funcionam muito na prevenção de quedas, assim como na gestão de medicamentos e monitorização dos sinais vitais”, diz.

IMIGRAÇÃO



Imigração e velhice

Chamou atenção no 20º Congresso Mundial a grande quantidade de trabalhos relacionados ao envelhecimento de imigrantes. Foram abordados, entre outros, idosos mexicanos, coreanos, chilenos e turcos radicados nos EUA ou em alguns países da Europa e da América do Sul. Em comum, esses trabalhos relatam a angústia dessas pessoas que, muitas vezes, sem ter conhecimento da língua do país onde moram, acabam por se isolar e ser excluídos dos serviços médicos e dos benefícios sociais.

Hee Jeung Hong, médica coreana radicada no Brasil há mais de 40 anos, desenvolveu um trabalho com essa temática, apresentado numa sessão oral. Intitulado "Immigration and Ageing in the City of Sao Paulo", a apresentação é fruto de sua pesquisa de mestrado em gerontologia pela PUC-SP.

A barreira do idioma tornou vários desses idosos dependentes de seus familiares em diversos aspectos. A dificuldade com o português também os isolou socialmente de diversos programas voltados para a terceira idade no Brasil. Os dados coletados por ela, assim como por outros trabalhos que tratam dos migrantes, corroboram a necessidade urgente de formação de ações sociais e educacionais que abranjam também os imigrantes.

LONGEVOS



Supercentenários no Japão

Investigar os supercentenários (idosos com mais de 110 anos) é tarefa ainda considerada difícil, por causa do número reduzido de pessoas

nessas condições. Mas os dados apontam o crescimento dessa população. Entre 1991 e 2010, o número de supercentenários passou de cinco (em 1991) para 79 (em 2010). A relação entre homens e mulheres em 2010 foi de 1 para 25. O estudo conduzido por dois pesquisadores japoneses – "Demography and Bimedical Characteristics of Supercentenarian in Japan" – envolveu 25 supercentenários. Segundo eles, o aumento desses idosos está diretamente relacionado ao sexo feminino. A probabilidade de um homem se tornar um supercentenário é de aproximadamente 1 para 400 mil. Entre as mulheres, essa relação é de 1 para 20 mil. Ao longo da vida, a história médica dos supercentenários mostra que eles, de forma geral, não contraíram doenças crônicas.

Envelhecimento cerebral acelerado dos 70 aos 101 anos

Entender as mudanças na estrutura cerebral em casos de longevidade excepcional é crucial não apenas para diferenciar o envelhecimento normal

do patológico, mas também para revelar os segredos da cognição preservada. O estudo "Accelerated ageing of the brain from 70 to 101 years old", liderado por Yang Zixuan, pesquisador da University of New South Wales, na Austrália, examina o efeito da idade na atrofia cerebral e na cognição num grupo de indivíduos muito idosos.

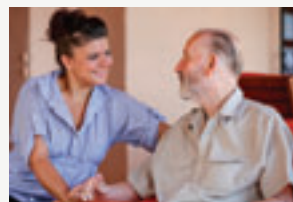
O estudo é o primeiro a mostrar um padrão de aceleração na atrofia cerebral dos 70 aos 101 anos. Os resultados sugerem que a relação estrutura cerebral-cognição na longevidade excepcional é diferente daquela dos idosos jovens e que o volume do hipocampo pode ser um marcador de cognição mais forte do que a atrofia geral.

Longevos que votam

O professor Ângelo José Gonçalves Bós, do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUC-RS, compareceu ao Congresso da IAGG com 16 pôsteres. Um deles, "Do Brazilian Older People Vote?" é resultado de uma extensa pesquisa realizada com 7.315 idosos – dos 64 aos 104 anos – em 59 cidades do Rio Grande do Sul. Chamou atenção a porcentagem de nonagenários que disseram votar – 16%.

"O voto no Brasil é obrigatório até os 70 anos. Mas concluímos que a questão educacional é um fator que estimula o idoso a permanecer votando. A OMS afirma que participação cívica é um importante indicador da saúde mental do idoso. Ele se sente contribuindo socialmente, isso é muito importante", observa Bós. Os números mostram que, mesmo em idade avançada, o desejo de participação é grande.

INSTITUCIONALIZAÇÃO



Transição para casa de repouso

O estudo "Patterns of Transition from Home Care Towards Institutional Dementia care: a comparison of eight European countries", liderado por Jan Hamers, da Maastricht University, na Holanda, teve como objetivo avaliar os fatores

associados à institucionalização de pessoas com demência no momento da admissão em uma casa de repouso de longo prazo. Um estudo coorte prospectivo foi conduzido em oito países europeus, e os participantes eram pessoas com demência recém-admitidas em uma casa de repouso e pessoas com demência que recebiam cuidados domiciliares e estavam sob risco de institucionalização. Dados como condição sociodemográfica, atividades de vida diária e recursos foram coletados no início do estudo e no follow-up de três meses.

As análises mostraram que havia muitas diferenças entre os países quanto aos fatores associados à institucionalização, como a condição de vida (sozinho x não sozinho) e a relação com a pessoa com demência (cônjuge x outros). O peso sobre o cuidador foi o fator mais consistente associado com a institucionalização em todos os países.

Novo rumo ao ENVELHECIMENTO

Ao longo do 20º Congresso Mundial de Gerontologia e Geriatria, nada tocou tão profundamente **Nezilour Rodrigues**, presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), como a presença de idosos no staff do evento.

Para ela esse foi o maior exemplo que Seul deu aos participantes. “Aqui você vê que há espaço para as pessoas mais velhas trabalharem. Eles estão em toda parte participando ativamente da sociedade. Precisamos aprender com essa atitude”, disse.

Nezilour acha que o Brasil tem de se espelhar nesse modelo. “Já está provado que o trabalho, quando realizado com prazer, confere sentido à vida, aumenta a longevidade”, disse. Segundo ela, há estudos que comprovam a diminuição da depressão e das doenças crônicas em idosos que trabalham.

Adotando o modelo sul-coreano

No que depender dela, o modelo sul-coreano será adotado de bom grado. A geriatra adiantou que no 19º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, a ser realizado entre os dias 29 de março e 3 de maio do próximo ano em sua Belém natal, haverá idosos trabalhando na organização e na execução do evento.

Coincidência ou não, o tema do evento que presidirá em 2014 será “A nova geração de idosos e os desafios do mundo contemporâneo”. Para Nezilour, a questão da inclusão e do fim do preconceito contra o idoso é das mais atuais. “Isso só vai diminuir com educação e informação, que é também o papel da SBGG”, disse.

A geriatra lembrou que em 2013 o Estatuto do Idoso no Brasil completa dez anos e que o evento servirá como palco para uma avaliação dessa década de trabalho. “Vamos avaliar no congresso o que está sendo posto em prática. Queremos atrair as esferas políticas para discutir as propostas conosco”, explicou.

Existem hoje no Brasil 1.264 geriatras, a maioria concentrada na região Sudeste – um número baixíssimo para um país com as dimensões do Brasil, com uma população idosa de 23,5 milhões de habitantes. Seria necessário um número cinco vezes maior para atender a demanda, cada vez maior, segundo Nezilour.

Ao mesmo tempo, Nezilour ressalta que o interesse pela geriatria e pela gerontologia está crescendo no Brasil, mas ainda há muitos problemas. Um deles é o fato de a geriatria não ser obrigatória no currículo nas faculdades de medicina. “Muitos alunos não fazem opção pela especialidade porque não sabem nem da sua existência”, lamenta. “Esta-

mos com um projeto no Senado para tornar a disciplina obrigatória.”

No Brasil existem apenas 21 programas de residência em geriatria credenciados na Comissão Nacional de Médicos Residentes do Ministério da Educação. Ao todo são oferecidas 60 vagas, mas elas nunca são totalmente preenchidas. O Norte do país registra a maior carência desses profissionais.

Problema mundial

Para Nezilour, a baixa procura pela especialidade ocorre porque a formação em geriatria exige no mínimo dez anos de estudo – um investimento grande de tempo e dinheiro, que mesmo assim não é garantia de boa remuneração no futuro. Por outro lado, a demanda do mercado é grande e não para de crescer. “A OMS preconiza como ideal a existência de 1 geriatra para cada 900 idosos, mas no Brasil a realidade é outra: temos apenas 1 geriatra para cada 20 mil idosos – os médicos só conseguem preencher 5% do número ideal”, disse.

Na avaliação da médica, a escassez de recursos humanos para lidar com qualidade com esse boom de idosos é um dos grandes desafios da SBGG. Mas esse é um problema mundial, segundo Nezilour. “Estive em Montreal em abril e a discussão era exatamente esta: como atrair profissionais para trabalhar na área”, contou.

Nezilour enfatiza que a SBGG tem se preocupado com a disseminação de informação em todos os âmbitos da sociedade e com a formação de recursos humanos. “Estamos promovendo cursos bem pontuais de introdução à geriatria e gerontologia em diversos municípios do país”, comemora. A iniciativa está aberta a qualquer pessoa da comunidade interessada no tema e o público-alvo são os mais carentes, que dispõem de menos acesso à informação, segundo a geriatra.

“Também estamos apoiando o projeto de lei que regulamenta os profissionais cuidadores de idosos. Precisamos com urgência de Instituições de Longa Permanência de qualidade, bem estruturadas. Precisamos de bons profissionais para atuarem nelas”, disse.

A questão da alimentação do idoso também foi ressaltada como tópico prioritário no contexto do envelhecimento do país. Tanto é assim que a SBGG trabalhou no 1º Consenso de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados, sob coordenação da nutricionista Myrian Najas e com apoio da Nestlé Health Science.

Segundo Nezilour é necessário dar um novo rumo ao envelhecimento no Brasil. “Queremos promover saúde, garantir acesso à informação e educação e ver nosso idoso participando”, finalizou.



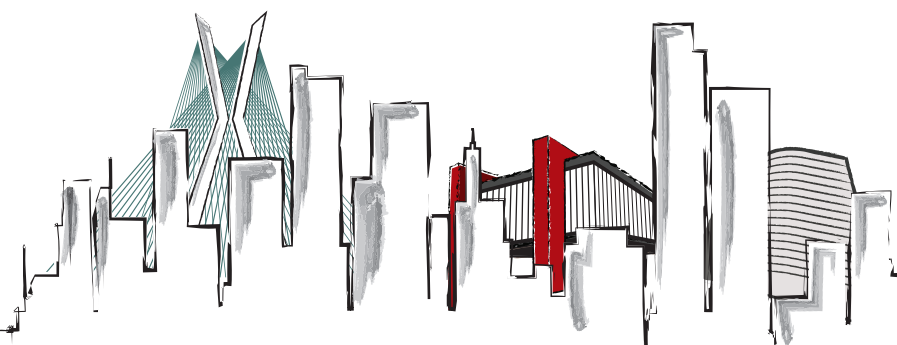
8º Congresso Paulista de **Geriatría e Gerontologia**

7º Simpósio das Ligas **Geriatría e Gerontologia**

EDUCAÇÃO | CIÊNCIA | INOVAÇÃO

26 a 28 de setembro | **2013** | Centro de Convenções Frei Caneca | São Paulo | **SP**

**PARTICIPE DO
GERP 2013!**



3 Data limite para
envio de resumos
de **agosto**

**Serão três dias de atividades
intensas e dinâmicas**

Realização



Apoio



Patrocínio



Gerenciamento



Agência de Turismo



Acompanhe no site as
novidades do congresso

www.gerp2013.com.br



**Silvia Pereira**

Especialista em geriatria e gerontologia pela SBGG/AMB. Presidente da Comissão de Defesa Profissional e Ética da SBGG. Professora de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá

Contato silviageriatria@gmail.com

Osteoporose no paciente idoso

TAKE HOME MESSAGE

- O banco ósseo de uma pessoa é constituído até por volta dos 20 anos de idade. Por isso, devemos estimular as crianças e adolescentes a prática de exercícios físicos, exposição ao sol e alimentação rica em cálcio. Na fase adulta e na velhice será mais fácil manter os bons hábitos, podendo ser evitada a ocorrência da doença.
- O tratamento da osteoporose é muito longo, sendo fundamental o estabelecimento de um bom relacionamento da equipe multidisciplinar e com o paciente.
- A complicação mais importante da osteoporose é a fratura, que, em geral, se dá após uma queda. É obrigatório evitar as armadilhas ambientais, iluminando bem os lugares de maior convivência, retirando tapetes soltos e fios pelo chão, colocando corrimões e usando sapatos fechados atrás do pé para dar maior segurança à deambulação.

Introdução

A osteoporose (OP) é uma doença óssea comum, crônica e progressiva que acomete especialmente as pessoas idosas, tanto homens quanto mulheres. Caracteriza-se por diminuição da massa óssea e rompimento da sua microarquitetura. Por essas alterações, o osso se torna mais frágil, aumentando o risco de fratura.

A despeito de sua forma rígida, o esqueleto é um órgão altamente dinâmico. Nos ossos encontramos células especializadas: osteoblastos (Ob), osteoclastos (Oc) e osteócitos. Os osteócitos encontram-se embebidos em uma matriz proteica de fibras colágenas impregnadas de sais minerais, especialmente de fosfato de cálcio. A matriz apresenta-se, na fase orgânica, constituída de colágeno, proteínas e glicosaminoglicanos; na fase inorgânica, encontram-se principalmente hidroxapatita (fosfato de cálcio) e menores quantidades de outros minerais. Os Ob e os Oc estão no perióstio e no endóstio, formando a matriz óssea. O tecido ósseo também mantém íntima conexão com o sistema hematopoiético, estando a medula, com suas células vermelhas e brancas, preenchendo as cavidades ósseas. Nesses espaços ainda encontramos canais vasculares. O osso também contém água, que representa 25% de seu peso.

Essa complexa estrutura garante ao osso sua resistência, dada

pelos minerais, e elasticidade, garantida pelas fibras colágenas. Na infância, dois terços da substância óssea são formados por tecido conjuntivo. Na velhice, são os minerais que predominam. Essa transposição de conteúdo leva a uma menor flexibilidade e aumenta a fragilidade do osso.

O esqueleto é composto por 80% de tecido cortical, que exerce dupla função: a mecânica, para locomoção, e a função protetora dos órgãos internos. Os outros 20% são compostos de osso esponjoso, encontrado dentro dos ossos longos, nos corpos vertebrais e na parte interna dos ossos chatos. O osso trabecular é responsável pela função metabólica, servindo de reservatório de cálcio, fósforo e carbonato e ainda participando no controle das variações na concentração do hidrogênio (Figura 1).

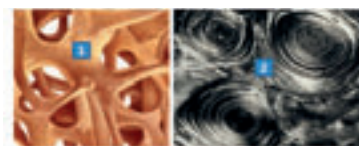


Figura 1 Osso esponjoso (1) e osso cortical (2)



12º Congresso Brasileiro de CLÍNICA MÉDICA

9 a 12 Outubro
de 2013

Porto Alegre - RS

Centro de Eventos - PUCRS

2º Congresso Internacional de Medicina de
Urgência e Emergência da Abramurgem

6º Congresso Nacional das Ligas
Acadêmicas de Clínica Médica

2ª Jornada Nacional de Medicina
Diagnóstica e Exames Complementares

1ª Jornada de Neurociências

1ª Jornada de Promoção de Saúde

1ª Jornada de Direito Médico e Bioética

**O Clínico: Novas Habilidades,
Integração e Compromisso Social**

15/07

Prazo para envio
de trabalhos

MAIS INFORMAÇÕES

www.clinicamedica2013.com.br

Promoção e Realização



Apoio



Patrocinador
Diamante



Patrocinador
Ouro



Agência de Turismo



eventos@felliniturismo.com.br
www.felliniturismo.com.br

Secretária Executiva



contato@aconteceeventos.com.br
www.aconteceeventos.com.br

Remodelação óssea

Entende-se por remodelação óssea a formação (Ob) e a reabsorção (Oc) óssea. O ciclo completo apresenta quatro fases: quiescência, reabsorção, inversão e formação (Figura 2). Essas fases ocorrem ao longo de toda a nossa existência. A diferença está na velocidade de uma e outra fase.

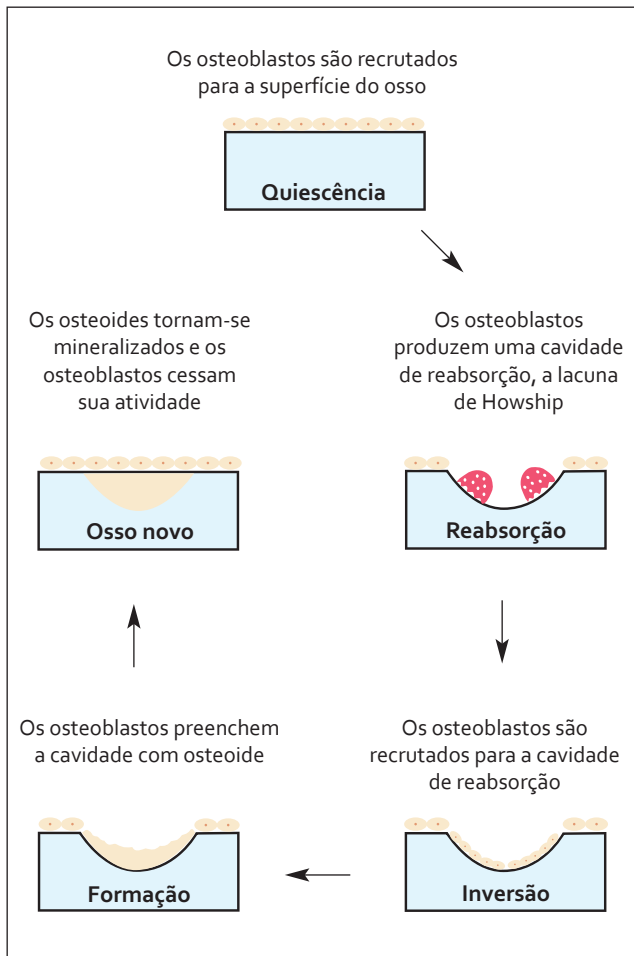


Figura 2 Fases da remodelação óssea

Na infância predomina a formação óssea. Por volta dos 20 anos atinge-se o pico da massa óssea. Entre os 20 e 30 anos há um equilíbrio das duas fases, para depois haver o predomínio da reabsorção óssea, especialmente nas mulheres no período da menopausa, quando cessa a proteção dada pelo estrogênio.

Nas doenças osteometabólicas, o processo é iniciado pelos Ob liberando o RANKL, que é uma citocina da família TNF (fator de necrose tumoral). O RANKL ativa seus receptores RANK promovendo a formação e ativação dos Oc, prolongando sua sobrevivência por meio da supressão da apoptose. Os efeitos do RANKL são bloqueados pela osteoprotegerina (OPG), que atua como receptor solúvel, agindo como antagonista do RANKL. O equilíbrio entre RANKL e OPG é regulado pelas citocinas e hormônios e determina as funções dos Oc. As alterações da relação entre RANKL/OPG são críticas na patogênese das doenças ósseas reabsortivas (Figura3).

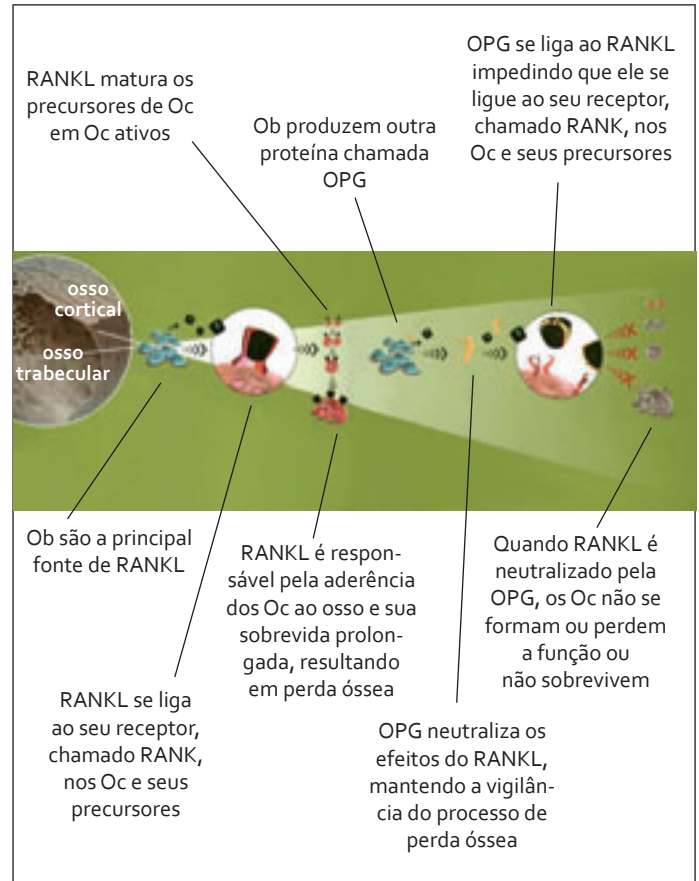


Figura 3 Osteoclastogênese

Diagnóstico

O diagnóstico inclui história, exame físico e exames complementares. Na OP primária, em geral, os exames laboratoriais estão normais. Sua solicitação visa excluir causas secundárias de perda óssea, pois existem várias condições clínicas em que ela ocorre, algumas potencialmente reversíveis, como osteomalacia, hipertiroidismo e hiperparatireoidismo (Quadro 1).

As manifestações clínicas podem não existir até que ocorra uma fratura. As mais comuns são as fraturas vertebrais. Muitas delas são assintomáticas, sendo observadas após um exame radiológico de tórax ou de abdômen realizados por outro motivo. Nos pacientes sintomáticos, em geral, não há história de trauma. Ocorre dor súbita nas costas, com irradiação em barra, após curvar-se ou tossir ou levantar peso. Por vezes, pequenos traumas, como passar de carro sobre um quebra-molas, pode precipitar a fratura. Essa dor aguda pode permanecer por 4 a 6 semanas, seguida de melhora, persistindo dor de pequena intensidade por até três meses. Se a dor não diminuir, deve-se pensar em outras fraturas e/ou outro diagnóstico.

Mais tardiamente pode ser observada cifose ou perda de altura, maior do que a fisiológica (1 centímetro por década após a quarta década). Como essa medida não é precisa, devido à variedade na técnica da medida e à postura (cifose, escoliose), pode-se medir a distância entre o último arco costal e a crista ilíaca, que normal-

Quadro 1 Causas secundárias de osteoporose

Drogas - glicocorticoides - imunossupressores - anticonvulsivantes - agonistas e antagonistas do GnRH - quimioterápicos para câncer	Doenças relacionadas à medula óssea - amiloidose - hemocromatose - hemofilia - leucemia - linfome - mieloma múltiplo - anemia perniciososa - sarcoidose - anemia falciforme - talassemia
Doenças endócrinas - acromegalia - doença de Addison - síndrome de Cushing - endometriose - hiperparatireoidismo - hiperprolactinemia - hipertireoidismo - hipogonadismo - diabetes mellitus - alterações do apetite	Transplante de órgãos - medula óssea - coração - rim - pulmão - fígado
Doenças gastrointestinais - doença hepática por intoxicação alcoólica - doença celíaca - doença colestática crônica - gastrectomia - doença inflamatória intestinal	Diversas causas - espondilite anquilosante - doença pulmonar obstrutiva crônica - porfiria congênita - epidermólise bolhosa - hemofilia - hipercalcúria idiopática

mente corresponde à largura de três dedos. Devido a contraturas musculares, os pacientes podem queixar-se de desconforto durante o sono. A postura cifótica pode ainda trazer dor na região cervical pela necessidade de estender o pescoço para poder olhar para a frente. Também pode dar a sensação de estar mais gordo. As roupas não caem bem e pode haver restrição respiratória.

A fratura de punho (fratura de Colles) é mais comum nas mulheres logo após a menopausa. A fratura de fêmur, a mais temida por suas consequências, aumenta exponencialmente com o avanço da idade. Por volta dos 80 anos, 15% das mulheres e 5% dos homens são acometidos.

O diagnóstico precoce é importante, pois contamos com possibilidades terapêuticas para retardar ou mesmo reverter a progressão da OP. Entretanto, o rastreamento da OP para todas as mulheres na pré-menopausa não é recomendado, deixando o exame somente para as que tiverem fatores de risco para a OP.

Medida da densidade mineral óssea

Existem vários métodos disponíveis para medir a densidade óssea. A avaliada pela técnica DXA (dual energy x-ray absorptiometry) continua sendo padrão-ouro no diagnóstico. Duas regiões devem ser avaliadas para fazer o diagnóstico. Se houver qualquer sítio que evidencie OP, o paciente deverá ser tratado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu diminuição da massa óssea – osteopenia (Op) e osteoporose (OP) – baseada na medida da densidade mineral óssea, tendo como referencial a população

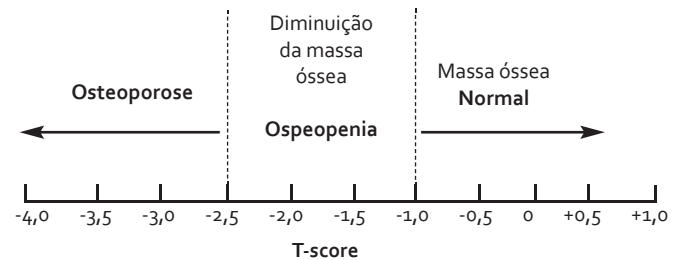
de pessoas entre 20 e 40 anos de idade (T-score) (Figura 4):

Até -1,0 desvio-padrão = indivíduos normais

Entre -1,0 e -2,5 desvios-padrão = indivíduos osteopênicos

Abaixo de -2,5 desvios-padrão = pacientes com OP

Abaixo de -2,5 desvios-padrão, associada à fratura = pacientes com OP estabelecida ou grave

**Figura 4** Interpretação do T-score segundo a OMS

Fatores de risco

Embora os pacientes portadores de OP tenham maior risco para fraturas, muitas delas ocorrem em pessoas com osteopenia, em que o T-score está entre -1,0 e -2,5. Daí ser importante avaliarmos os fatores de risco, independentemente da densidade mineral óssea (DMO). Os de maior significado são a idade e a história de fratura prévia (Quadro 2).

Quadro 2 Fatores de risco para osteoporose

- Idade avançada
- Fratura prévia
- Uso prolongado de glicocorticoides
- Baixo peso (IMC < 18)
- História familiar de fratura de fêmur
- Hábito de fumar
- Ingesta exagerada de álcool

Tratamento

1. Não farmacológico

Contamos com três possibilidades:

A) Dieta: consiste em manter um aporte calórico adequado, acrescido de suplemento dietético de 500 a 1.000 mg de cálcio e 800 UI de vitamina D por dia. Em relação à quantidade de proteína, os estudos ainda não são conclusivos. Por isso, não se modifica a quantidade ingerida habitualmente.

B) Exercícios: recomenda-se, pelo menos, 30 minutos, três vezes por semana. Está comprovado o efeito positivo dessa medida na densidade mineral óssea, tanto da coluna lombar quanto no fêmur. O tipo de exercício a ser praticado vai depender de cada pessoa. Se o paciente praticava alguma modalidade esportiva, deve-se estimular a voltar. Se nunca se exercitou, a caminhada é uma boa solução. Caso tenha dor em alguma parte dos membros inferiores, a indicação de exercícios dentro da água se faz necessária. Para a população idosa, a prática regular de exercício

mantém a massa muscular, melhora o equilíbrio, a mobilidade, o padrão senil da marcha e os reflexos posturais, contribuindo, definitivamente, para a prevenção de quedas. São elas as responsáveis por 90% das fraturas de fêmur, a complicação mais temida da OP.

C) Suspensão do hábito de fumar: o cigarro acelera a perda óssea, em parte, por acelerar o metabolismo do estrogênio.

Além disso, os pacientes, sempre que possível, deverão evitar medicamentos que diminuam a massa óssea, como os glicocorticoides e os anticonvulsivantes.

2. Farmacológico

O tratamento deve ser oferecido para os pacientes portadores de OP e para aqueles com grande risco de desenvolver a doença (Quadro 3). É necessária atenção especial para os pacientes que apresentaram fratura recente, pelo maior risco de uma segunda fratura. É comum observarmos pacientes receberem alta após uma intervenção cirúrgica por fratura de fêmur sem nenhuma orientação de tratamento.

Quadro 3 Grupos terapêuticos aprovados para o tratamento da osteoporose

Antirreabsortivos ósseos

- Bisfosfonatos
 - Alendronato
 - Risedronato
 - Ibandronato
 - Zolendronato
- SERM (modulador seletivo do receptor de estrogênio)
 - Raloxifeno
- Denosumab

Osteoformadores

- Teriparatida (caso de OP severa)
- Ranelato de estrôncio (osteoformador e antirreabsortivo)

Calcitonina

Terapia de reposição estrogênica

A suplementação de cálcio e de vitamina D faz parte de praticamente todos os esquemas terapêuticos. O carbonato é o que oferece maior percentual de cálcio elementar e deve ser dado após as refeições, para minimizar os efeitos colaterais gastrointestinais e aumentar sua absorção. Existem no mercado preparados de vitamina D3 ativa, calcitriol e alfalcidol. O calcitriol, na dose inicial de 0,25 mg/dia, vem se mostrando seguro e eficaz, com aumento da massa óssea e diminuição da incidência de fraturas. O alfalcidol é usado na dose de 1 mg/dia. A forma ideal de suplementação de vitamina D é o colecalciferol, forma de depósito, alcançando uma média de 28 mil unidades por semana. O nível sérico ideal de 25 hidroxivitamina D a ser alcançada está entre 30 e 40 ng/dl no idoso. Essa dose é capaz de manter os níveis de PTH dentro do normal sem estímulo aos osteoclastos.

Biomarcadores ósseos

Eles servem para acompanhar a resposta ao tratamento, pois a densitometria óssea leva muitos meses para apresentar modificações. São produtos da degradação óssea, presentes do sangue e na urina, derivados das atividades osteoblástica (por exemplo, osteocalcina) e osteoclástica (por exemplo, o N-telopeptídeo tipo I). Espera-se que após três meses do início do tratamento os marcadores que apontam a destruição óssea diminuam e os de formação óssea aumentem.

Considerações finais

O banco ósseo de uma pessoa é constituído até aproximadamente os 20 anos de idade. Por isso, devemos estimular as crianças e adolescentes a prática de exercícios físicos, exposição ao sol e alimentação rica em cálcio. Na fase adulta e na velhice será mais fácil manter os bons hábitos, podendo ser evitada a ocorrência da doença.

O tratamento da osteoporose é muito longo, sendo fundamental o estabelecimento de um bom relacionamento da equipe (nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, enfermeiro e médico) entre si e com o paciente.

A complicação mais importante da osteoporose é a fratura, que, em geral, se dá após uma queda. É obrigatório evitar as armadilhas ambientais, iluminando bem os lugares de maior convivência, retirando tapetes soltos e fios pelo chão, colocando corrimões e usando sapatos fechados atrás do pé (é proibido o uso de chinelos, até mesmo dentro de casa) para dar maior segurança à deambulação.

Referências bibliográficas

1. Pereira SRM, Mendonça LMC. Osteoporose. In: Freitas EV, Py L (eds). Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, pp. 839-856.
2. Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders. In: Clifford J. Rosen, Juliet E. Compston, Jane B. Lian (eds). 7ª ed. Scarborough, Maine, USA, 2008.
3. Timiras PS, Navazio FM. The Skeleton, Joints and Skeletal and Cardiac Muscles. In: Timiras PS (ed). Physiological basis of aging and geriatrics. 4ª ed. New York: Informa, 2007, pp. 329-344.
4. Francis RM. Metabolic Bone Disease. In: Tallis RC, Fillit HM (ed) Brocklehurst's Textbook Geriatric Medicine and Gerontology. ed. London, 2008, pp. 553-565.



"Cuidados Paliativos para todos: ampliando a assistência e construindo redes"

9 A 12 DE OUTUBRO DE 2013
PORTO DE GALINHAS
PERNAMBUCO - BRASIL

INSCRIÇÕES
ONLINE

Garanta sua vaga de forma
rápida através do site
www.vcongressoanpc.com



Secretaria do Evento:



INFORMAÇÕES:

(81) 3048-1394 | 3088-6530 | 8803-5304
paulo.cavalcanti@pmaiseventos.com
cuidadospaliativos@pmaiseventos.com

Realização



ANCP
ACADEMIA NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS

WWW.VCONGRESSOANCP.COM



PESQUISA PROPÕE RECURSOS PARA AJUDAR IDOSOS NO USO DA INTERNET

Com o intuito de facilitar que os adultos mais velhos, tanto de meia-idade quanto idosos, usufruam dos serviços que a internet oferece, a cientista da computação Silvana Maria Affonso de Lara identificou e analisou os entraves que essas pessoas vivenciam ao acessar a internet e propôs modos de amenizá-los.

O trabalho foi tema de sua tese de doutorado, desenvolvida no **Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação (ICMC) da USP**, em São Carlos. A pesquisadora acompanhou os usuários em aulas de informática para compreender as barreiras existentes na interação com a rede mundial de computadores. Além disso, questionários foram aplicados a usuários com visão comprometida e pessoas de meia-idade com mais experiência na web.

As conclusões da pesquisa apontam necessidades diferentes entre o grupo de adultos de meia-idade e o de idosos. Alguns mecanismos, porém, foram prioridade para os pesquisados em geral, como a eliminação dos banners de propaganda das páginas. Os idosos, por comumente apresentarem problemas na visão, registraram o interesse por um recurso que disponibiliza áudios que expliquem as figuras da página, estando em quarto lugar entre os 12 mais bem avaliados. Os formulários, usados principalmente para cadastro nos serviços oferecidos na internet, deveriam ser divididos em partes menores, segundo os idosos, para evitar a rolagem excessiva das páginas. Outra prioridade, para eles, era um apoio que esclarecesse as etapas de um procedimento online, como uma compra, por exemplo, por meio de balões explicativos.

Fonte: Portal do Envelhecimento

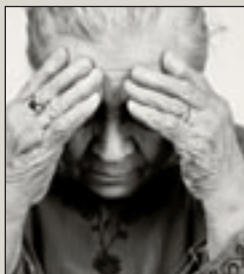
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO PRÓ-RIM OFERECE CURSO PARA CUIDADORES DE IDOSOS

O **Instituto Pró-Rim de Educação e Pesquisa em Saúde (IPREPS)** já abriu inscrições para a turma do 2º semestre do Curso de Qualificação em Cuidador de Idosos. O curso, que dura quatro meses, aborda temas que incluem aspectos da saúde, psicologia, relacionamento, direitos e comunicação e é voltado a familiares e profissionais já atuantes na área que queiram se preparar melhor para cuidar de idosos acamados e dependentes, seja em casa ou em instituições.

A ideia nasceu da vivência de alguns médicos com casos de pacientes idosos. As peculiaridades desse paciente tornaram evidente a importância de preparar os responsáveis por seus cuidados. Desde o início do curso já foram formadas 600 pessoas.

Para mais informações: www.prorim.org.br

ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO



O **Centro de Referência do Idoso (CRI) da Zona Norte** tem prevista para 2013 a criação de um Núcleo de Atendimento de Violência contra o Idoso.

Um levantamento inédito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo apontou que, no estado de São Paulo, nove pessoas com 60 anos ou mais são internadas por semana em hospitais públicos em razão de agressões físicas. O estudo mostrou ainda que a maior causa das internações de idosos é o uso de força corporal: apenas no estado de São Paulo, 126 idosos foram internados em hospitais públicos vítimas de agressões físicas em 2012.

O objetivo do Núcleo é oferecer tratamento médico e psicológico a pacientes que sofrem ou sofreram algum tipo de violência. Os profissionais do CRI Norte receberão capacitação específica para trabalhar com o tema.

Para mais informações: www.crinorte.org.br



CBNE 2013

Congresso Brasileiro de Nutrição e Envelhecimento

XV JORNADA DE INVERNO DA SBGG RS
I ENCONTRO DE FONOGERONTOLOGIA

05 A 07 DE SETEMBRO **2013**

CENTRO DE CONVENÇÕES DO HOTEL **PLAZA SÃO RAFAEL**
PORTO ALEGRE | **RS**

31 data limite
para envio de
resumo
julho

FOTO-SECRETARIA DE TURISMO

Agende-se!

Taxas de Inscrição

Valores expressos em Reais
Categoria

Até 12/08/2013

Após 12/08/2013
e no local

Sócios SBGG-RS/ SBGG/ ABRAN/ AGAN/ IAGG / IANA /ASBRAN	200,00	300,00
Sócios da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa)	245,00	320,00
Não Sócios SBGG-RS/ SBGG/ ABRAN/ AGAN/ IAGG/ IANA/ASBRAN e SBFa	350,00	450,00
Residente / Pós-graduando	125,00	150,00
Estudante de Graduação	75,00	100,00

Sociedade Promotora



SBGG.RS

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Seção Rio Grande do Sul

Gerenciamento



Agência de Turismo



Apoio



Ministério da
Saúde



Associação Gaúcha de Nutrição
Filial da ASBRAN

Acompanhe no site as novidades do congresso

www.cbne2013.com.br

CIRCUITO DA LONGEVIDADE BRADESCO SEGUROS CHEGA A SETE CAPITALS



Rogério Lovizutto

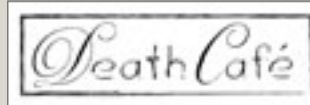
Das sete capitais brasileiras que integram a temporada 2013 do **Circuito da Longevidade Bradesco Seguros**, Belo Horizonte é a primeira, no dia 28 de julho.

Na sequência, em setembro, virá a prova na cidade de Salvador; depois, em outubro, São Paulo e Porto Alegre; em novembro haverá provas em Goiânia – que estreia a participação no Circuito – e em Brasília. Para encerrar a temporada 2013, a etapa Rio de Janeiro, em dezembro.

Ao todo, 2013 terá 14 etapas, sempre com duas modalidades de participação: uma corrida de 6 km e uma caminhada de 3 km. As sete primeiras foram realizadas no interior de São Paulo. A previsão total para 2013 é de 54 mil inscrições.

Para mais informações: www.corridadalongevidade.com.br

DEATH CAFÉ



O que é a morte? O que significa essa transição? Por que temos medo dela?

Como a nossa visão da morte influencia a forma como vivemos a vida?

Essas questões são os temas centrais do movimento **Death Café** (Café Morte, em tradução livre), que começa a se popularizar nos EUA. Ao contrário do que muitos pensam, não são reuniões para oferecer suporte àqueles vivendo o luto ou sessões de planejamento para o final de vida. Os encontros reúnem pessoas interessadas em discutir pensamentos filosóficos ao redor do tema “morte”.

Cada grupo é mediado por um facilitador voluntário, geralmente alguém que tenha uma relação profissional com o tópico. Os encontros são confidenciais e sem fins lucrativos. Desde o ano passado o Death Café já se espalhou por mais de 40 cidades nos Estados Unidos. A ideia nasceu do movimento “café mortal”, surgido na Suíça e na França há cerca de dez anos.

Para saber mais: www.deathcafe.com

MAIS TEMPO, MENOS QUALIDADE



Um estudo inédito a partir de um projeto da **Faculdade de Saúde Pública da USP** mostrou que os idosos de São Paulo estão vivendo mais, mas com menos saúde. O projeto acompanha diferentes gerações de idosos desde 2000.

Na última década, a taxa de incapacidade por doenças cresceu 78,5% entre os homens e 39,2% entre as mulheres acima de 60 anos. Entre 2000 e 2010, essa população ganhou, em média, dois anos a mais de expectativa de vida, mas perdeu até três de vida saudável. Assim, a expectativa de vida de homens de 60 a 64 anos passou de 17,7 para 19,7 anos. No mesmo período, o número de anos de incapacidade pulou de 4,4 para 7,2. Entre as mulheres

da mesma faixa etária, os anos de incapacidade passaram de 9,4 para 13,2.

Esse descompasso entre a vida longa e a vida saudável também vem sendo observado em outros países. No ano passado, um estudo da Escola de Saúde Pública de Harvard comparou as condições de saúde entre 1990 e 2010 em 187 países. A conclusão foi de que a expectativa de vida cresceu, em média, cinco anos, mas pelo menos um ano foi de vida com incapacidade.

REABILITAÇÃO ONLINE E GRATUITA PARA IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON



A doença de Parkinson é associada a alterações significativas da fala, entre elas a diminuição do volume da voz. A reabilitação fonoaudiológica oferece a possibilidade de melhorar esse problema, mas muitos pacientes enfrentam obstáculos no acesso aos serviços especializados, como

longas distâncias, dificuldade de locomoção ou ausência de acompanhante.

Nesse sentido, a reabilitação online se apresenta como uma boa alternativa. A estratégia foi adotada recentemente pelo **Ambulatório de Distúrbios do Movimento do Departamento de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (SP)**, que oferece, gratuitamente e online, a reabilitação da fala. Dessa maneira, pessoas com doença de Parkinson podem ser tratadas em casa desde que disponham de computador com internet e câmera.

Mais informações: alice.dias@hc.fm.usp.br

LUZES QUE SE APAGAM

O nome do blog dá uma ideia do tom dos posts: "Watching the lights go out" ("Vendo as luzes se apagarem", em tradução livre).

A maioria dos relatos sobre a doença de Alzheimer vem de familiares; raramente se leem relatos em primeira pessoa sobre a condição. Não é difícil entender por que: muita gente, depois do temido diagnóstico, se fecha e prefere não falar sobre o assunto; outros já não têm a concentração ou capacidade verbal para elaborar seus pensamentos.

O médico aposentado norte-americano David Hilfiker fez o caminho contrário. Encontrou na web um lugar onde pode dividir suas experiências. Desde janeiro, quando foi diagnosticado, relata em seu blog a "aventura" – termo que ele mesmo usa – com a doença de Alzheimer.

Em posts francos, ele conta do que teve de abrir mão (cuidar das contas de sua igreja, porque começou a cometer muitos erros) e o que ainda consegue fazer (dirigir, andar de bicicleta). Ele fala também de seus medos: vulnerabilidade, dependência, isolamento, ser um peso para sua família.

Por enquanto, Hilfiker relata que a doença ainda não é tão assustadora quanto pensava – ela ainda está num estágio inicial. Embora admita não saber o que vem no futuro, o médico vê na doença uma espécie de bênção disfarçada: "Meu diagnóstico me dá uma 'desculpa' para viver a vida mais plenamente".

Para conhecer: <http://davidhilfiker.blogspot.com.br/>



Acompanhamento especializado com atendimento humanizado, personalizado e qualificado. Segurança no atendimento e procedimentos, com dedicação e respeito ao paciente e sua família.

Entre em contato para orçamento e visita técnica gratuita.

AlphaHealth
conhecer • compreender • cuidar 360

www.alpha360.com.br
contato@alpha360.com.br
(11) 2362•9339 / 9336
(11) 7769•8057

CUIDADORES

de A a Z

Os cuidadores de idosos são peças cada vez mais essenciais nas famílias brasileiras. Entenda o que envolve o trabalho desse profissional e como ele se encaixa na nova legislação dos trabalhadores domésticos Por Sergio Azman

Envelhecimento da população, mudanças na estrutura familiar, que passou a ter menos membros, e inserção da mulher no mercado de trabalho. Esses são os principais fatores responsáveis pelo aumento na procura por cuidadores de idosos, profissionais cada vez mais requisitados pelas famílias brasileiras. Ele é responsável pela assistência aos idosos, garantindo-lhes bem-estar e qualidade de vida, que refletem em melhorias na saúde.

Mesmo havendo três categorias de cuidadores – familiar/informal; profissional/formal; e voluntário –, o ofício ainda não é considerado uma profissão. A ocupação de cuidador de idoso integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. Por não ser ainda regulamentada como profissão, não está atrelada a qualquer regulamentação que determine, entre outras coisas, os conteúdos adequados para a formação de um profissional que irá atuar nessa área.

“Esse problema é muito sério: não há a devida qualificação nem o discernimento do que é ou não é função do cuidador de idoso, de quais são os limites para intervenção. Por isso nós defendemos a regulamentação da profissão”, explica Marília Berzins, coordenadora do Curso de Formação de Cuidadores de Idosos do OLHE – Observatório da Longevidade.

Em trâmite no Congresso, o Projeto de Lei n.º 4702, de 2012, regulamenta a profissão cuidador de idosos. De autoria do senador Waldemir Moka (PMDB-MS), o texto foi aprovado no Senado Federal e agora está em tramitação na Câmara dos Deputados.

Regulamentação da profissão

O Projeto de Lei dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e propõe sua regulamentação. Traz algumas condições para o exercício da profissão, como ser maior de 18 anos, ter ensino

fundamental completo e ter concluído curso de formação específico. Não determina, no entanto, o número de horas requeridas pelo treinamento nem seu conteúdo mínimo.

Uma das definições contidas no projeto é que o cuidador de idosos não é considerado um profissional restrito à esfera da saúde. Ele trabalha nessa área, mas também pode atuar em assistência, lazer e entretenimento, como acompanhamento em viagens, cinema ou teatro. O escopo de trabalho é muito amplo, apesar de sempre associarmos a presença do cuidador a idosos doentes. “O projeto estabelece quais são as atividades e os limites de intervenção do trabalho”, revela Marília.

Para não haver uma coincidência entre os trabalhos, no entanto, o projeto de lei determina que o cuidador é proibido de exercer funções ligadas a profissões que já estejam devidamente regulamentadas. Não pode, por exemplo, desempenhar atividades que sejam da competência da enfermagem, como fazer curativos e aplicar injeção. Da mesma maneira, um técnico de enfermagem não deve fazer comida, lavar roupa ou arrumar a cama.

E é nesse ponto que a questão fica confusa hoje. Técnicos e auxiliares de enfermagem estão se apresentando ao mercado como cuidadores de idosos, já que muitas famílias demonstram preferência pela contratação de profissionais que tenham curso de enfermagem. Para Marília, essa não é uma boa tendência, porque técnico de enfermagem é uma categoria profissional já reconhecida. “Eles estão aceitando ser cuidadores de idosos para ter mais uma opção de renda, mas não dá para juntar duas profissões em uma. Isso confunde a família, que passa a exigir do profissional mais do que ele pode e deve oferecer. Precisamos deixar claro quem é o cuidador”, enfatiza.

Se o cuidador não pode fazer atividades que competem à enfermagem, tampouco deve fazer serviços domésticos que não estejam relacionados diretamente ao cuidado com o idoso. Quando trabalha exclusivamente para um idoso que vive sozinho, ele pode ajudar nos cuidados necessários para garantir qualidade em sua vida diária. Mas, quando a família mora junto, o cuidador não deve cozinhar ou lavar

para todos. Seus cuidados são restritos ao idoso. “A família confunde esse papel e acaba convidando as empregadas domésticas para ser cuidadoras. O que a gente vê no mercado é a falta de formação, por desconhecimento ou por necessidade”, diz Marília.

A boa notícia é que esse cenário está mudando. Ainda que a formação dos cuidadores de idosos não possua parâmetros mínimos regulamentados, a quantidade de cursos vem crescendo conforme aumenta a procura dos (futuros) profissionais. As famílias também se mostram mais interessadas na contratação de cuidadores que tenham participado de treinamentos reconhecidos pelo mercado. “Elas começaram a perceber que, se existe uma legislação, o profissional precisa ter uma capacitação mínima para exercer a profissão. Isso trouxe uma valorização da carreira para o profissional e para as famílias”, afirma Luiza Dal Ben, proprietária da Dal Ben Home Care. Ciente da importância da formação, a instituição oferece um curso de 64 horas para os profissionais admitidos em seu quadro de funcionários.

Formação de cuidadores

O OLHE é uma organização de profissionais com formação interdisciplinar relacionada ao envelhecimento humano que tem a capacitação profissional de cuidadores de idosos como uma de suas frentes de atuação. Organizado e apresentado por uma equipe multidisciplinar, seu curso aprofunda os conceitos de velhice e envelhecimento, enfatizando as necessidades de idosos dependentes.

A carga horária de 108 horas é dividida em três meses de duração, incluindo oito horas de atividades práticas. O treinamento aborda o cuidado específico com o idoso, procedimentos de transferência, remoção, mobilidade, banho e higiene. O curso do OLHE, um dos pioneiros nesse mercado, também orienta na preparação para o mercado de trabalho, ensinando a preencher o currículo e dando dicas de como se apresentar em uma entrevista, como se portar no local de trabalho e até conhecer os direitos trabalhistas.

Enquanto o OLHE se preocupa em formar cuidadores de idosos profissionais, o Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe) aposta na educação do cuidador informal, geralmente um familiar que assume os cuidados da pessoa idosa e quase nunca possui preparo anterior. A inexperiência aliada à sobrecarga de trabalho e à proximidade emocional com o idoso contribui para o desenvolvimento de um quadro de estresse conhecido na literatura médica como síndrome de burnout. Isso porque trabalho e vida se misturam devido à presença constante do idoso, diferentemente do cuidador formal, que tem carga horária definida e volta para a sua casa após o expediente. Nesses casos, é importante dividir a carga com outro familiar e jamais abrir mão totalmente de afazeres pessoais. Caso contrário, o estresse pode ser tão intenso que compromete o cuidado e a própria relação.

O Iamspe oferece dois cursos de orientação voltados ao cuidador informal. Um deles, semestral, é aberto para a comunidade. São 20 horas de treinamento que contemplam dicas sobre envelhecimento, mobilidade e alimentação, entre outros aspectos importantes para garantir qualidade de vida ao idoso. “São cursos de orientação. A gente chama de Grupo de Orientação aos Familiares Cuidadores de Idosos, para não dar esse caráter de formação”, diz Magda Cruz, coordenadora do programa Integralidade – programa de atenção ao idoso do Instituto. Participa do grupo uma equipe multidisciplinar composta por médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos, que ajudaram a montar o conteúdo programático e a apostila, disponível para download no site.

O outro treinamento é oferecido para cuidadores de pacientes que atuam durante o período de internação. As aulas têm uma hora de duração e são realizadas de terça a sexta-feira na enfermaria do setor onde o paciente está internado. “Começamos em outubro do ano passado e até agora já tivemos 700 participações, uma adesão muito grande”, comemora Magda. O conteúdo aborda questões rele-



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

vantes no cuidado do idoso, como comunicação, autonomia, independência, estímulo à funcionalidade, doenças mais comuns e sinais de alerta. Além disso, procura explicar questões de higiene, cuidados com mãos e pés, eliminações intestinais, urinárias e atenções específicas com a pele do idoso. “Também falamos muito de prevenção, porque existe uma série de atividades que o cuidador pode fazer nesse sentido. Dicas de alimentação, como movimentá-lo no leito e outras atitudes que podem comprometer ou contribuir para a qualidade de vida do idoso”, diz.

Brasil legal x Brasil real

O Brasil possui um marco legal muito bom. Estatutos, constituição, políticas de assistência social e políticas do SUS. A realidade, no entanto, ainda é descolada do que pregam os textos das políticas públicas. “Costumo dizer que nós temos um Brasil legal bem distante do Brasil real”, lamenta Marília.

Segundo o Estatuto do Idoso, prover os cuidados com o idoso é dever compartilhado entre família, comunidade e estado. Infelizmente, a carga tem ficado muito mais pesada para o grupo familiar. “O estado não treina, não oferece um cuidador que possa ajudar”, reforça Marília, reivindicando urgência na criação de uma política de estado que leve em conta as necessidades de cuidados para a população idosa. Assim, o cuidador de idosos estaria inserido nas políticas de assistência social de atendimento para aqueles que não têm condições financeiras para contratar esses profissionais. “Uma opção é criar mecanismos especiais, como um auxílio financeiro que contemple famílias com um idoso com alta dependência”, sugere.

Já existem algumas iniciativas no setor público, como o Programa Acompanhante de Idosos, na capital paulista, o programa Vincular, em Barueri (SP), e projetos em cidades do interior de São Paulo. Mas as ações são raras quando comparadas às necessidades. “O Brasil ainda não pensa suas políticas públicas com o recorte do envelhecimento populacional. Faltam programas que ofereçam cuidadores, pois o número de instituições de longa permanência do idoso (ILPI) não é suficiente e grande parte das existentes não oferece um padrão de dignidade que atenda às necessidades dos idosos”, lamenta.

Emenda Constitucional nº 72

Fundo de garantia, horas extras, adicional noturno. O cenário do trabalhador doméstico sem acesso a esses direitos ficou no passado. A Emenda Constitucional nº 72 estabeleceu igualdade de direitos entre os trabalhadores domésticos, classe à qual pertence a maioria dos cuidadores de idosos formais.

Segundo o direito do trabalho, o profissional pode se dividir em duas categorias: urbano/rural e doméstico. O cuidador de idosos pode ser tanto um trabalhador urbano quanto um trabalhador doméstico, dependendo do local e da forma como trabalha. Se o local onde exerce seu ofício é uma residência sem finalidade lucrativa, o cuidador é considerado um trabalhador doméstico.

Victor Derviche, advogado trabalhista e professor de direito dos cursos do OLHE, explica que a Emenda Constitucional nº 72 não serviu apenas para a definição da jornada de trabalho e a exigência de adicional noturno. Fixou muitos outros direitos e possibilidades,

como o reconhecimento das normas coletivas de trabalho. Agora os domésticos podem se organizar como categoria e negociar melhores condições de trabalho com os empregadores, como acontece com os trabalhadores urbanos. “A coletivização do direito é o mais importante dessa Emenda Constitucional, em minha opinião”, afirma Derviche.

Quem paga a conta?

Qual o impacto da emenda no bolso das famílias que contratam esses profissionais domésticos? Se antes eles trabalhavam sabe-se lá quantas horas e dias por semana para receber um salário mínimo, agora a lei determina uma jornada máxima, à qual empregadores e empregados estão tendo de se adequar.

Com essas mudanças, a crença do setor era de que as famílias começariam a demitir os cuidadores e aumentariam a institucionalização de idosos. Esse movimento ainda não aconteceu, mas é fato que o preço pago pelas famílias a esses profissionais aumentou. “Esse é um ônus que a família vai ter de pagar, pois o estado joga para ela a responsabilidade e não faz sua parte”, lamenta Marília.

Desde a promulgação da emenda, ela não tem ouvido notícias de cuidadores dispensados do trabalho, nem da diminuição no número de contratos. “A procura continua grande em nossa ONG, que tem recebido pedidos normalmente.” Na Dal Ben a procura também segue em alta, agora com as famílias buscando orientações para seguir a legislação. “Muito se falou sobre o custo de um entrave trabalhista, então a família sentiu mais necessidade de estar respaldada juridicamente”, afirma Luiza.

Derviche afirma que o impacto maior foi sentido nas finanças de uma parcela da população que não reconhecia determinados direitos por livre e espontânea vontade. “Encareceu para esse empregador sem a mínima consciência, que não reconhecia a jornada de trabalho de oito horas ou o direito a adicional noturno e hora extra.” Magda concorda e defende que a jornada fixa não é benefício apenas para o cuidador, mas também para o idoso que recebe o cuidado. Afinal, muitas horas seguidas de trabalho podem comprometer a qualidade. “Se durante a carga horária o profissional estiver realmente focado na atenção ao idoso, ele terá um cuidado muito melhor”, finaliza.





ELES SEMPRE CUIDARAM DE VOCÊ
CHEGOU A HORA DE RETRIBUIR À ALTURA.



21
ANOS

11 3145 4700

www.dalben.com.br



O cuidado que faz toda a diferença

Com o Dal Ben Amigo da Família, profissionais cuidadores, supervisionados por gerontólogos acompanham o idoso em suas **Atividades de Vida Diária (AVDs)**, garantindo a qualidade de vida que ele merece!

RADAR :: lançamentos e notícias do mercado de saúde

MANUSEIO MAIS SIMPLES



O laboratório **Aché** lançou em junho uma nova embalagem para a apresentação de Artrolive 90 cápsulas, agora acondicionadas em frasco único, substituindo a embalagem atual com 3 frascos de 30 cápsulas.

O medicamento é usado para tratamento crônico da osteoartrose. Ele atua nas cartilagens que revestem as articulações, promovendo diminuição progressiva da dor ocasionada por essa condição.

“Inovamos para ajudar o manuseio do paciente, que terá em mãos uma embalagem com todas as cápsulas em um único acondicionamento – facilitando o seu armazenamento,” explica Marcus Vinicius Mattedi, gerente de produtos da franquia Muscu- loesquelética do Aché.

A substituição será feita gradualmente nas farmácias e pontos de venda à medida que os estoques forem se esgotando.

NOVO SISTEMA DE VÁLVULAS INTEGRADAS DE OXIGÊNIO

A **White Martins** lançou o primeiro sistema de válvulas integradas para cilindros de oxigênio de grande porte no Brasil. A tecnologia, que segue o mesmo conceito dos cilindros portáteis desenvolvidos pela empresa para transporte de pacientes, é indicada para o uso nos leitos de hospitais e clínicas ou no atendimento domiciliar.

Segundo comunicado da companhia, por apresentar o regulador de pressão e o fluxômetro integrados ao cilindro, o sistema reduz os custos com acessórios de gasoterapia, tradicionalmente utilizados no mercado hospitalar, dispensando a montagem e a manutenção de conexões e fluxômetros.

Esta solução pode administrar uma vazão de 0,5 a 25 litros por minuto de oxigênio e o fluxo pode ser ajustado de acordo com a necessidade terapêutica.

Fonte: Saúdedweb

MAIS UMA OPÇÃO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MODERADA



A **Kimberly-Clark Brasil** colocou no mercado mais um produto na linha de roupas íntimas: a Plenitud® Active Cotton Flex, desenvolvida para quem apresenta incontinência urinária moderada.

O produto fica imperceptível sob a roupa, em função da tecnologia Cotton Flex, um material semelhante a um tecido que se ajusta perfeitamente ao corpo e oferece o mesmo conforto e discrição da roupa íntima de algodão, além de ter controle de odor e ser a única do mercado com cores e formato diferenciado para homens e mulheres.

Segundo pesquisa realizada pela Ipsos Marketing, hoje 66% dos adultos seniores que têm incontinência urinária são ativos e a maioria não conhece uma solução adequada – 87% das mulheres com incontinência urinária moderada usam absorventes menstruais e 48% dos homens usam soluções alternativas, como paninhos ou fralda infantil na roupa íntima, entre outros.

MELHOR VISUALIZAÇÃO DE VEIAS EM PROCEDIMENTOS MÉDICOS



O **Delboni Auriemo Medicina Diagnóstica** adquiriu em maio 31 equipamentos para visualização de veias durante procedimentos médicos. O Accuvein (AV300) realiza a visualização das veias e

facilita a coleta de sangue, sobretudo em idosos, crianças, pacientes em tratamento quimioterápico e obesos.

Segundo Rafael Munerato, diretor médico do Delboni, o equipamento “garante mais conforto e tranquilidade no exame de sangue”. Distribuído no Brasil pela BD, o Accuvein é indicado para a coleta domiciliar e funciona com bateria recarregável, em ambientes claros ou com pouca luz. A tecnologia está disponível em todas as unidades do Delboni.

SIGG 2013

SIMPÓSIO INTERDISCIPLINAR DE
GERIATRIA E GERONTOLOGIA

I SIMPÓSIO DE CUIDADOS PALIATIVOS
EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA



TEMA: Como Individualizar as Intervenções no Envelhecimento

*Este Simpósio é feito para você,
médico ou profissional da saúde,
que deseja promover o
intercâmbio de idéias e
compartilhar experiências práticas
com enfoque nas doenças mais
prevalentes relacionadas ao
envelhecimento.*

INSCREVA-SE JÁ! VAGAS LIMITADAS

INFORMAÇÕES

Data

23 e 24 de agosto de 2013
(sexta e sábado)

Local

Matsubara Hotel

Rua Coronel Oscar Porto, 836 - Paraíso
São Paulo/SP

Horário

das 8 às 18h30

Contato

(11) 5575-4848/4658

Investimento

Médicos	R\$ 265,00
Profissionais da Saúde	R\$ 210,00
Sócios SBGG Médicos	R\$ 200,00
Sócios SBGG Profissionais da Saúde	R\$ 160,00
Alunos de Graduação e Pós-Graduação UNIFESP	R\$ 140,00

Acesse o link abaixo e inscreva-se!

<http://dpdphp.epm.br/acad/siex/index.htm>

Realização/Promoção/Organização



Patrocínio



Nestlé HealthScience
NOURISHING PERSONAL HEALTH



LANÇAMENTO PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO



A **Torrent do Brasil** acaba de lançar um novo medicamento anti-hipertensivo. O Neblock (nebivolol) é um betabloqueador de terceira geração, cujo maior diferencial é o mecanismo duplo de ação: a cardiosseletividade, que atua exclusivamente junto aos receptores beta 1 do coração, aumentando sua eficácia e reduzindo efeitos colaterais; e a indução à produção do óxido nítrico endotelial, que promove ação vasodilatadora adicional, aumentando a circulação sanguínea e diminuindo a resistência arterial periférica. O anti-hipertensivo não causa broncoconstrição, melhora o perfil metabólico e não interfere na função erétil dos pacientes hipertensos.

O medicamento vem na apresentação de 5 mg e em caixas com 30 comprimidos, facilitando o tratamento mensal.

APARELHO AUDITIVO "INVISÍVEL"

A Telex Soluções Auditivas

acaba de lançar no mercado brasileiro o Claris Di, um aparelho auditivo que fica completamente escondido no canal interno do ouvido. A novidade permite que pacientes com deficiência auditiva se sintam mais à vontade para usá-lo. Seu posicionamento no canal auditivo não afeta o uso de fones de ouvido ou telefone, nem a forma como o usuário usa óculos.

“O Claris Di é um aparelho revolucionário, que melhora de imediato a audição e a compreensão da fala, porque tem alta qualidade e clareza no som. E o que é melhor: é totalmente invisível aos olhos”, explica a fonoaudióloga Isabela Pereira Gomes, gerente de produtos da Telex.



PARCERIA PROMISSORA



A **BIGFRAL**, líder no mercado de fraldas adultas no país, firmou em junho uma parceria com a **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)**, apoiando projetos educativos e sociais da entidade.

Uma das ações educacionais da SBGG, que vem ampliando as suas ações educacionais em prol da saúde do idoso, aborda a incontinência urinária, um dos problemas mais comumente tratados por geriatras e gerontólogos, e foco do trabalho da BIGFRAL. A marca apoiará ações do Programa de Educação Continuada e Debates sobre Geriatria e Gerontologia. Para marcar a parceria, inédita no segmento, todas as embalagens dos produtos BIGFRAL passam a contar com o selo da SBGG, que atesta o comprometimento da marca com a saúde da melhor idade.

A presidente da SBGG, Nezilour Lobato Rodrigues, ressalta a importância da educação continuada para aqueles que cuidam do idoso. “É necessário que geriatras e gerontólogos busquem sempre se atualizar quanto aos novos procedimentos, tratamentos e técnicas. A medicina e as múltiplas especialidades gerontológicas estão avançando celeremente e nós não podemos ficar para trás. Essa nova parceria com a BIGFRAL pode potencializar e expandir as nossas ações”, afirma a geriatra.

INVESTIMENTO EM CENTRO ONCOLÓGICO

A **Beneficência Portuguesa de São Paulo** anunciou em junho o lançamento do Centro Oncológico Antônio Ermírio de Moraes, nome escolhido como homenagem ao empresário e presidente de honra do hospital.

Sob a coordenação médica de Antônio Buzaid, Fernando Maluf e Riad Younes e gestão administrativa do superintendente Guilherme Romagnoli, o novo Centro contará com áreas localizadas no Hospital São José e no bloco 5 do Hospital São Joaquim (mais conhecido como Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo).

A unidade atenderá pacientes de média e alta complexidade e realizará estudos e pesquisas para o desenvolvimento da especialidade.

A área oncológica da Beneficência atendeu cerca de 4 mil pacientes no primeiro quadrimestre do ano. Com o empreendimento, estima-se um incremento de 20% a 30% no número de pacientes atendidos.

Fonte: Saúdedeweb



XIV Simpósio Anual do Serviço de Geriatría do HC-FMUSP

XXXI Curso de Atualização em Geriatría e Gerontologia

X Encontro para o Envelhecimento Saudável

02 e 03 de Agosto de 2013
Centro de Convenções Rebouças – SP

Gestão em cuidados ao idoso nos
diferentes cenários de assistência:
O Público e o Privado

VAGAS LIMITADAS

Local:
Centro de Convenções Rebouças - Auditório vermelho
Av. Rebouças, 600 (Estacionamento)
ou Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 23 (Portaria 1)

Temas abordados:

- Enfermaria
- Hospital dia
- HOT Topics em Geriatría e Gerontologia
- ILPI
- Domicílio (área privada)
- Produção científica do Serviço de Geriatría



Informações:
www.clceventos.com.br
(11) 5543-1141 e 5542-8216



Promoção e Realização
Serviço de Geriatría
do ICHC-FMUSP

PROGRAMA-SE :: cursos, congressos e simpósios

jul/ago

➡ **8º Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**
26 a 28 de julho • Curitiba, PR •
www.sbggpr.org.br

➡ **XIV Simpósio Anual do Serviço de Geriatria do HC-FMUSP (GERO) XXXI Curso de Atualização em Geriatria e Gerontologia X Encontro para o Envelhecimento Saudável**
2 e 3 de agosto • Centro de Convenções Rebouças, São Paulo, SP •
www.clceventos.com.br

➡ **ENAGE 2013**
12 a 16 de agosto • Centro de Referência do Idoso da Zona Norte, São Paulo, SP •
www.crinorte.org.br

➡ **3º Congresso de Geriatria e Gerontologia Prevent Senior**
14 a 16 de agosto • Hotel Espaço Terra, Embu das Artes, SP •
www.preventsenior.com.br/congresso2013/programacao.html

➡ **VI Jornada de Cuidados Paliativos – Icesp**
23 e 24 de agosto • Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, SP •
www.icesp.org.br

➡ **Simpósio Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia (SIGG) I Simpósio de Cuidados Paliativos em Geriatria e Gerontologia**
23 e 24 de agosto • Matsubara Hotel, São Paulo, SP •
secretaria.digg@gmail.com

➡ **VII Congresso de Geriatria e Gerontologia de Minas Gerais**
28 a 31 de agosto • Caxambu, MG •
(31) 3261-387

set

➡ **CBNE – Congresso Brasileiro de Nutrição e Envelhecimento XV Jornada de Inverno da SBBG-RS**
5 a 7 de setembro • Hotel Plaza São Rafael, Porto Alegre, RS •
www.cbne2013.com.br

➡ **V Congresso Brasileiro de Neuropsiquiatria Geriátrica**
5 a 7 de setembro • Fecomércio, São Paulo, SP •
www.cbnpg2013.com.br

➡ **VI Ciclo de Cinema e Reflexão "Aprender a viver, aprender a morrer"**
12 a 15 de setembro • Cinemateca Brasileira, São Paulo, SP •
www.grupomaissaude.com.br

➡ **I Congresso Ibero-Americano sobre os Cuidadores Informais de Pessoas Idosas**
16 a 17 de setembro • Universidade de Aveiro, Portugal •
<http://c3icongresso2013.web.ua.pt/>

➡ **1º Encontro Estadual do Município Amigo da Pessoa Idosa**
24 a 26 de setembro • Memorial da América Latina, São Paulo, SP •
www.municípioamigodoidoso.com.br

➡ **8º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia (GERP 2013)**
26 a 28 de setembro • Centro de Convenções Frei Caneca, São Paulo, SP •
www.gerp2013.com.br

➡ **VII Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia**
26 a 28 de setembro – Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília, DF •
www.coger2013.com.br/

out/nov

➡ **12º Congresso Brasileiro de Clínica Médica**
2º Congresso Internacional de Medicina de Urgência
9 a 12 de outubro • PUC-RS, Porto Alegre, RS •
www.clinicamedica2013.com.br

➡ **V Congresso Internacional de Cuidados Paliativos / II Congresso Lusófono de Cuidados Paliativos**
9 a 12 de outubro • Porto de Galinhas, PE •
www.vcongressoanpc.com/

➡ **X Congresso Brasileiro de Cardiogeriatría**
25 a 26 de outubro • Centro de Convenções do Hotel Pestana, Salvador, BA •
<http://departamentos.cardiol.br/decage/congresso2013/>

➡ **VII Congresso de Geriatria e Gerontologia do Rio de Janeiro – GeriatRio 2013**
30 de outubro a 2 de novembro • Centro de Convenções Sul América, Rio de Janeiro, RJ •
www.metaeventos.net/geriatrio2013

➡ **12º Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar**
8 a 10 de novembro • Centro de Convenções Rebouças, São Paulo, SP •
www.ciad.com.br

Premier Hospital Excelência no Cuidado ao Paciente Crônico

O Premier Hospital investe em pessoas e por isso é referência no exercício da medicina do cuidar. Após tratamentos intensivos e estabilização do quadro geral do paciente, o mais importante é investir na qualidade de vida e conforto, tanto do paciente quanto de seus familiares. Focando no cuidado aos portadores de doenças crônicas, o Premier conta com uma estrutura organizacional que permite a aproximação entre a equipe, seus pacientes e familiares, propondo um diferencial ao tratamento.



Av. Jurubatuba, 481 - Vila Cordeiro - 04583-100 - São Paulo SP
11 5090 5000 www.premierhospital.com.br



Esta é a NOVA GERAÇÃO

Você já está se preparando para ela?

Se você se preocupa com sua saúde e quer chegar cada vez mais longe e cada vez melhor, uma nutrição completa e balanceada é essencial para ajudá-lo a atingir esse objetivo.

Ensure®: saúde, força e energia para uma vida mais ativa.

Ensure® possui nutrientes na medida e nas proporções adequadas para contribuir com uma vida saudável.

- ▶ 28 vitaminas e minerais
- ▶ Cálcio para os ossos
- ▶ Vitamina D e proteína para os músculos
- ▶ Fibras para o intestino
- ▶ Ômega 3 e 6: gorduras saudáveis

