

FYI
NOVOS ESTUDOS E PESQUISAS



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

RADAR
LANÇAMENTOS E NOTÍCIAS
DO MERCADO DE SAÚDE

ano V • edição 24
mai/jun/jul 2017



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

DEPRESSÃO

Confira quais as principais dificuldades no seu diagnóstico e tratamento

SBGG-SP HOJE

Fratura de fêmur no idoso e seus desafios

GERIATRIA

Iatrogenias possíveis em ILPIs – quais são e como evitá-las?

MSD

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



6 Colóquio

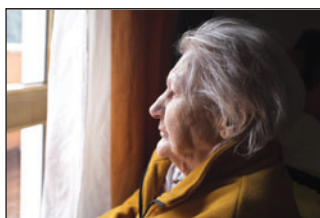
Fábrica de ideias: um papo com **Egídio Lima Dórea**, do Hospital Universitário da USP

10 FYI

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

12 Quem faz

Profissionais que fazem a diferença no envelhecimento



14 Capa

Dificuldades no diagnóstico e no tratamento da depressão na terceira idade

20 Geriatria

latrogenias possíveis em ILPIs – quais são e como evitá-las?
Ana Beatriz Galhardi Di Tommaso



24 SBGG-SP Hoje

Fratura de fêmur no idoso e seus desafios
Juliana Marília Berretta

26 GERP.17

Confira alguns destaques do 10º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia (GERP.17)

32 Em movimento

Ideias e recursos para o paciente e para o cuidador

34 Diferença

Da Holanda, ideias simples mas com altíssimo impacto na qualidade de vida do idoso



38 Radar

Lançamentos e notícias do mercado de saúde

42 Programe-se

Anote na agenda: simpósios, congressos e workshops

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

GERIATRIA

Editor clínico:

Paulo Renato Canineu

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

Hercílio Hoepfner Jr.

João Carlos Barbosa Machado

João Senger

João Toniolo Neto

Julio César Moriguti

Mauricio de Miranda Ventura

Maysa Seabra Cendoroglo

Milton Luiz Gorzoni

Naira H. Salles de Lima Hojaij

Nereida Kilza da Costa Lima

Omar Jaluul

Renato Gorga Bandeira de Mello

Renato Maia Guimarães

Renato Moraes Alves Fabbri

Renato Peixoto Veras

Roberto Dischinger Miranda

Rubens de Fraga Jr.

Sami Liberman

Vitor Last Pintarelli

Wilson Jacob Filho

Yukio Moriguchi

Colaboradores:

Alexandre Leopold Busse

Amanda Aranha

André Kayano

André Pernambuco

Berenice Werle

Bibiana Povinelli

Carlos André Uehara

Eduardo Canteiro Cruz

Felix Martiniano M. Filho

Ianna Lacerda Sampaio Braga

Lara Miguel Quirino Araújo

Lilian Faria

Lilian Schafirovits Morillo

Luciana Farias

Luiz Antonio Gil Jr.

Maisa Kairalla

Marcelo Valente

Rodrigo Demarch

Rodrigo Flora

Sumika Mori Lin

Thiago Avelino

Venceslau Coelho

GERONTOLOGIA

Editora clínica:

Naira Dutra Lemos

Conselho editorial:

Adriana Keller Coelho

Alexandre Leopold Busse

Anita Liberalesso Neri

Claudia Fló

Elaine Rodrigues da M. Baptista

Eliane Jost Blessmann

Eloisa Adler Scharfstein

Fábio Falcão de Carvalho

Fernanda Varkala Lanuez

João Marcos Domingues Dias

Johannes Doll

Jordelina Schier

Jussara Rauth

Laura Mello Machado

Leani Souza Máximo Pereira

Leila Auxiliadora J. de Sant'Ana

Leonor Campos Mauad

Ligia Py

Maria Angelica S. Sanchez

Maria Claudia M. Borges

Mariela Besse

Marisa Accioly Domingues

Monica Rodrigues Perracini

Myrian Spinola Najas

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

Edição

Lilian Liang

Projeto gráfico e direção de arte

Luciana Cury

Revisão

Patrícia Villas Bôas Cueva

Marketing e comercial

Debora Alves

Pré-impressão e impressão

Leograf Gráfica e Editora

Tiragem

12.500 exemplares

Imagem de capa

Fotolia

Jornalista responsável

Lilian Liang (MTb 26.817)

ISSN 2316-1434

Contatos

EDITORIAL:

Lilian Liang

lilian@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

(11) 9-8585-8356

COMERCIAL:

Debora Alves

debora@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição: Maria Lígia Pagenotto, Renata Costa e Ruth Bellinghini (texto); Ana Beatriz Galhardi Di Tommaso e Juliana Marília Berretta (artigos)

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**

Rua Vieira de Morais, 1.111 – conjunto 907
Campo Belo – 04617-002 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 2337-8763 E-mail: contato@dinamoeditora.com.br

Planejando o futuro

Em abril perdemos a nossa golden retriever. Com 12 anos, Aretha já tinha vencido tumores outras vezes, feito que lhe havia rendido o apelido de Highlander. No entanto, em meados de março ela começou a apresentar alguns sintomas estranhos, que levaram a exames, que levaram ao diagnóstico de um câncer de mama agressivo, já em metástase.

O declínio foi assustadoramente rápido. Em um mês, Aretha parou de andar e passou a ter que tomar analgésicos fortíssimos a cada oito horas para suportar a dor. Ficou magrinha. Tinha que ser carregada para fazer suas necessidades. Logo que ela deixou de andar, procurei ter “a conversa” – aquela, que ninguém quer ter – com a veterinária, que me disse que ainda não era hora. Saí do consultório aliviada. Talvez a Highlander saísse dessa também.

No segundo sábado de abril, Aretha deu entrada na UTI quase à meia-noite. Estava com dor tão intensa que desmaiava e acordava, desmaiava e acordava. Foram necessários dois dias para que a dor fosse controlada. Nesse ponto, a veterinária procurou introduzir o assunto.

Conversamos sobre as possibilidades, e minha irmã, minha mãe e eu tínhamos uma certeza: não queríamos que ela sofresse. Se para isso tivéssemos que tomar a atitude que tanto temíamos, teríamos que ser fortes. Seria cruel e egoísta deixá-la em sofrimento – aquela bola imensa de pelos e amor, que havia nos salvado do abismo da morte do meu pai e nos presenteado com 12 anos de lealdade ímpar, merecia um final sem dor e com dignidade.

Para meu irmão, no entanto, essa possibilidade era como dizer que estávamos nos mudando para Marte. Quando falávamos sobre isso, ele nos olhava como se estivessemos falando outra língua. Aliviar o sofrimento da Aretha dessa maneira tão drástica era completamente inconcebível para ele. Era abandoná-la quando ela mais precisava de nós.

Aretha teve alta na quarta-feira à noite, ainda debilitada, mas mais animada e com a dor controlada. Passou a noite em casa com a

gente, comendo comida da minha mãe, na caminha dela e cercada das coisas de que ela gostava. Talvez ela realmente fosse Highlander.

Menos de 24 horas depois estava de volta à UTI, com um sangramento no focinho que não parava e que ninguém sabia de onde vinha. Os veterinários fizeram de tudo, mas nada estancava a hemorragia. E foi então que tivemos que, novamente, ter “a conversa”. Só que dessa vez era para valer. Até onde seguiríamos? A que custo? Estávamos sendo justos com ela?

Meu irmão finalmente entendeu o que já estávamos tentando explicar havia uma semana. Libertá-la daquele sofrimento seria um ato de amor, não um abandono, como ele insistia em dizer. Arethinha nos deixou na véspera da Páscoa, com 12 anos e 7 meses, acompanhada da gente e da veterinária de que ela tanto gostava e que nos ajudou tanto nesse processo todo.

Conto essa história porque o sofrimento por que passamos com ela é elevado à enésima potência quando falamos de um ente querido. Cada pessoa entende o fim de uma forma diferente e sente de uma forma diferente – como tomar uma decisão, qualquer que seja ela, quando é um familiar que está numa UTI? Até onde devemos ir para garantir que ele tenha um final digno, em que ele não é apenas um paciente, mas um indivíduo com uma história única? Com o aumento da expectativa de vida no Brasil, viveremos cada vez mais. A medicina conseguiu feitos que seriam impensáveis há algumas décadas e tem prolongado a vida indefinidamente. Mas que vida? A que preço?

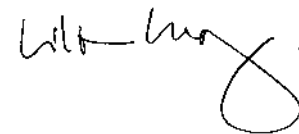
A longevidade torna fundamental termos “a conversa” – aquela, que ninguém quer ter – com as pessoas que amamos. Saber o que o outro quer para seu final de vida garante que suas vontades sejam feitas e dá segurança para quem tem que tomar as decisões. Por isso, procuramos sempre trazer temas relacionados a cuidados paliativos na *Aptare*. Entendemos que falar de temas difíceis faz parte da missão da revista, que foca tanto em garantir uma boa saúde para nossos idosos.

Planejar o futuro nunca fez mal a ninguém.

Falando em futuro, aproveite para comemorar com você os cinco anos da *Aptare* – parece que foi ontem que saímos com o número 1! A marca dos cinco anos parecia tão distante mas, quando menos esperávamos, aqui estamos. Obrigada a todos que nos acompanham, incentivam e nos dão razão para seguirmos em frente. A *Aptare* só existe por causa de vocês.

Tenho certeza de que o futuro nos reserva grandes coisas. E a primeira delas já chega em agosto: uma cadelinha nova chamada Maju. É vida e energia que se renovam.

Ao futuro!



Lilian Liang
Editora





Egídio Lima Dórea

Coordenador do ambulatório de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU – USP)

Sem medo de desafios

Por **Maria Lígia Pagenotto**

Para migrar da atenção quase exclusiva ao paciente renal crônico para um olhar diferenciado sobre o envelhecimento, o médico Egídio Lima Dórea não precisou de nenhuma formação específica.

Com sua sensibilidade aguçada, logo se deixou tocar por uma campanha de prevenção de quedas em idosos que conheceu numa viagem de estudos a Vancouver, no Canadá.

Ele conta que chegou lá em 2007 para um fellowship na sua especialidade – doença renal crônica pré-dialítica. No hospital em que atuava, chamou sua atenção uma intensa mobilização em torno da prevenção de tombos – tão frequentes – na população mais velha.

“Fiquei instigado com esse trabalho: era um hospital inteiro voltado para essa questão. O problema realmente é sério, mas pode ser evitado – por isso a campanha. Então voltei para o Brasil com vontade de fazer algo parecido”, conta Egí-

dio Dórea, coordenador do ambulatório de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU – USP), onde está desde 2003.

De fala tranquila, o nefrologista de formação é baiano de Salvador, graduado pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Em São Paulo, fez residência médica na USP, onde também se doutorou – sempre pesquisando temas relativos à nefrologia. No entanto, a viagem ao Canadá abriu seus horizontes. Hoje ele é também um defensor do envelhecimento ativo, conceito lançado pela Organização Mundial de Saúde, em 2002, tendo à frente o médico Alexandre Kalache, de quem Dórea se aproximou ao trabalhar com a temática.

Na área do envelhecimento, chama atenção o grande interesse do nefrologista por diversos projetos – uns já acontecendo, outros por vir. É sobre eles que Dórea fala aqui nesta entrevista.

Aptare – O senhor conta que em Vancouver foi tocado pelo trabalho de prevenção de quedas. Como foi trazer isso para o Brasil?

Dórea – Num hospital, a gente lida diariamente com o processo de envelhecimento. Quis trazer a experiência canadense para cá, então comecei a pesquisar sobre o assunto. Também tive a oportunidade de conhecer, em Madri, uma praça de exercícios totalmente focada na prevenção das quedas. Juntei o conhecimento adquirido com esses exemplos e montei a primeira praça com esse fim, no Parque da Água Branca (chamada da Praça de Exercícios do Idoso), em 2008. Foi um projeto realizado em conjunto com o governo de São Paulo, que se multiplicou. Virou Projeto de Lei e hoje o estado conta com cerca de 600 praças desse tipo.

Aptare – Qual o diferencial desses espaços?

Dórea – Tudo ali foca na cons-

cientização do idoso para o risco da queda. O espaço fornece orientações e promove, através de uma série de equipamentos próprios, melhoria do equilíbrio e da marcha; fortalecimento da musculatura; ampliação do movimento das articulações e também possibilidade de mais flexibilidade. No Brasil, estudos mostram que 32% das pessoas entre 65 e 74 anos já sofreram alguma queda. E isso, sem prevenção, tende a aumentar. No idoso, uma queda aumenta muito o risco de perda de independência, com impacto emocional muito forte, tendo por consequência, se não acompanhada, maior risco de morte.

Aptare – E como foi levar essa experiência para o Hospital Universitário, a exemplo do que foi visto no Canadá?

Dórea – No HU, implantei o Grupo de Prevenção de Quedas (GPQ), em 2010, com abordagem multidisciplinar. Num hospital, os idosos acabam sendo maioria, então o

tema logo sensibilizou as pessoas que circulam por aqui. Antes de implantar esse projeto, eu participei de um treinamento na Yale University School of Medicine, nos Estados Unidos. Lá, tive contato com a equipe de Mary Tinetti, referência no assunto. Ela elaborou a avaliação de marcha mais utilizada no mundo. O GPQ atende pessoas acima de 60 anos que já tenham tido pelo menos um episódio de queda ou algum outro problema relevante de marcha. Essas pessoas chegam até nossa equipe via pronto-socorro ou ambulatórios. E estavam lá justamente porque caíram.

Aptare – De que forma a equipe trabalha?

Dórea – Fazemos um agendamento dessas pessoas que sofreram queda, para que possam ser atendidas por nossa equipe. Com horário marcado, elas chegam ao HU às 11 da manhã e ficam até as 16 horas, aproximadamente, passando por médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico. Numa entrevista, é feito um rastreamento dos fatores de risco para a queda. Aplicamos escalas para avaliarmos força, marcha, equilíbrio, cognição, depressão, medo de cair, entre outros aspectos importantes. O passo seguinte consiste em intervir em cada um dos fatores de risco levantados. Os pacientes então são encaminhados para um atendimento mais especializado – por exemplo,

oftalmologista, fonoaudiólogo, psicoterapeuta, entre outros. Também temos materiais escritos, que fornecemos aos pacientes, como panfletos, com orientações e exercícios, e uma espécie de diário, onde eles devem anotar sua rotina, as atividades que fazem para evitar as quedas e os episódios relativos ao assunto.

Aptare – Os idosos retornam depois de quanto tempo para acompanhamento?

Dórea – O retorno presencial é feito trimestralmente. Mas nossa equipe entra em contato por telefone periodicamente, para termos notícia dos pacientes atendidos.

Aptare – E quais os resultados obtidos com essas medidas?

Dórea – Olha, é muito gratificante ver como os percentuais de queda se reduzem. Para você ter uma ideia, 30% dos idosos que chegam aos hospitais de forma geral têm histórico de queda. Desses, 50% voltam a cair depois de um ano ou mais. Com nosso trabalho, temos conseguido reduzir essa reincidência para 15%, no máximo 20%. É bem significativo.

Aptare – Conte um pouco sobre sua aproximação com o médico Alexandre Kalache e como isso impactou seu interesse pelas questões do envelhecimento.

Dórea – Eu conheci o Kalache na época do lançamento das praças, numa cerimônia de premiação do governo. Soube, na ocasião, do projeto Cidade Amiga do

Idoso e do Bairro Amigo do Idoso. Pensei em implantar o conceito no Butantã, onde fica a USP. Cheguei a escrever esse projeto, fiz todo o planejamento, mas acabei deixando arquivado, por ser algo muito grande, difícil de tocar sozinho. Mas aí surgiu a questão do Hospital Amigo do Idoso, e eu já havia implantado o GPQ. Achei que seria muito bom para o HU participar disso, então inscrevi a instituição. Afinal, 60% dos pacientes que frequentam o hospital são idosos. Por nosso trabalho no GPQ, recebemos o selo de Hospital Amigo do Idoso. Fora isso, a unidade foi toda reestruturada para melhor receber esse público. Mobilizei os funcionários todos e perguntei a eles o que entendiam sobre envelhecimento. Fiz um levantamento dentro de cada área para saber as políticas que existiam aqui para o idoso e busquei parcerias para sensibilizá-los para essa questão junto ao curso de gerontologia da USP. Essa medida teve muitos impactos, como atendimento em horários diferenciados para os mais velhos, coleta de exames com hora marcada, visitas nutricionais para pacientes internados, com medidas mais específicas, e organização de campanhas e ações concretas para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. O projeto do Hospital Amigo do Idoso é contínuo, temos de ir alcançando metas,

é um desafio a que me propus, muito importante. E foi tão relevante aqui que resolvi extrapolar algumas dessas ideias para fora do HU. Desde 2015 resolvi levar para o campus o conceito de envelhecimento ativo.

Aptare – Como isso funciona na universidade?

Dórea – É um trabalho que estamos fazendo há dois anos, exclusivo para funcionários não docentes da Cidade Universitária. Já são várias unidades envolvidas. Vamos até lá, damos uma palestra explicando o que é o projeto do envelhecimento ativo, estimulando as pessoas a se engajar. Na etapa seguinte, os vários especialistas envolvidos (médicos, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos e economistas) dão um workshop, contando como trabalham dentro da proposta. Aos que aceitam participar, determinamos objetivos e metas, que vão sendo acompanhados. Aí trabalhamos com a individualidade. Alguns precisam emagrecer, outros, parar de fumar, por exemplo. Para todos, no entanto, oferecemos a possibilidade de sair mais cedo do trabalho, duas vezes por semana, para fazer uma atividade física no Cepeusp, o Centro de Práticas Esportivas da universidade. Trabalhamos em várias frentes, pois o conceito de envelhecimento ativo é amplo. Buscamos incentivar a saúde mas também um relacionamento ativo na família e no trabalho, uma maior partici-

pação na sociedade e também orientamos sobre questões financeiras, porque isso é muito importante.

Aptare – Os funcionários reagem bem à proposta?

Dórea – Sim, estamos com um grupo bem interessado, de cerca de 500 pessoas. São funcionários da Escola Politécnica, da Veterinária, da Matemática, da Física, da Biologia, da Oceanografia, da Educação, da Psicologia, da administração do campus, da Guarda Universitária, entre outros. Muitos já conseguiram atingir suas metas. Sentimos, no entanto, que a maior dificuldade ainda é a adesão às atividades físicas e às mudanças na alimentação. Modificar alguns hábitos é sempre o maior desafio. Mas trabalhamos com algumas técnicas motivacionais, promovemos uma confraternização no fim do ano, e os que atingem as metas são premiados por suas unidades. Temos conseguido bons resultados de forma geral.

Aptare – Qual a faixa etária das pessoas que participam? Há mais mulheres, suponho?

Dórea – Sim, mais mulheres, mas muitos homens estão aqui também. Até porque há unidades em que eles predominam, como a Guarda. A faixa etária predominante é de 40 a 50 anos, mas há alguns mais jovens também, na faixa dos 20 a 30 anos. O envelhecimento é a única certeza que temos, né? Então aos poucos as pessoas vão vendo a necessidade de se preparar

“ O que eu sinto é que falta valorizar mais o idoso. Como diz a professora Ecléa Bosi, ele é um depositário de memórias. Uma sociedade não vive sem o seu passado. ”

melhor para essa etapa da vida. O interessante é que esses funcionários acabam sendo multiplicadores dessas ideias, porque eles levam o que aprendem para seus familiares e amigos.

Aptare – O senhor pretende que essa proposta chegue a outros campi?

Dórea – Gostaria muito. Aos poucos, com certeza chegaremos lá. Por enquanto estou focado também em transformar o campus aqui do Butantã num campus que seja amigo de todas as idades. Para tanto, vamos fazer um levantamento da população que frequenta esse espaço, para saber o que eles acham sobre isso. Nossa ideia é avaliar a adequação de vários equipamentos, como bebedouros, cicloviás, bancos, tudo o que possa estar associado a um ambiente mais amigável para esse usuário. Outra coisa que notamos é que as unidades da USP se comunicam pouco. Para que seja um campus amigo de todos, temos de mudar isso. Queremos que os frequentadores possam ficar sabendo o que ocorre em ca-

da uma das unidades, que possam participar das atividades que são oferecidas ao público, por exemplo.

Aptare – São muitos projetos. Fora isso o senhor ainda coordena a Universidade Aberta da Terceira Idade, não?

Dórea – Sim, estamos reformulando várias coisas por lá. Vamos ter um site exclusivo, com tudo o que é oferecido para a população idosa. Queremos mais participação, é muito importante que o idoso esteja em contato com a universidade, que amplie seus horizontes, que conviva com os mais jovens. Vamos oferecer, no segundo semestre, alguns workshops também na Universidade Aberta. O primeiro será sobre finitude, em agosto, com a professora Maria Júlia Kóvac. Queremos com isso nos aproximar mais dos idosos, ouvi-los mais, interagir com eles.

Aptare – O senhor coordenou recentemente o seminário sobre envelhecimento ativo aqui na USP, com vários especialistas e temáticas. Foi o primeiro? Pretende fazer outros?

Dórea – Foi o primeiro, e a intenção é fazer mais, vamos ver se conseguimos já para o próximo ano. Mas, antes disso, em outubro, vamos fazer aqui na USP um minifórum da longevidade, um evento que ocorre sempre no Rio de Janeiro, paralelamente ao Fórum da Longevidade, promovido anualmente pela Bradesco Seguros e coordenado pelo Kalache. Estou me mobilizando para isso, queremos trazer palestrantes nacionais e internacionais para falar sobre resiliência, o tema do próximo fórum. Ainda em outubro, faremos também aqui na USP um evento sobre imunização na terceira idade, para um público amplo. Vamos divulgar mais para a frente.

Aptare – Com tantas ideias sobre envelhecer, como o senhor avalia a forma como esse tema é tratado hoje no Brasil?

Dórea – Acho que estamos avançando bastante, mas temos um longo caminho a percorrer. O envelhecimento aqui ainda é recente. O que eu sinto é que falta valorizar mais o idoso. Como diz a professora Ecléa Bosi, ele é um depositário de memórias. Uma sociedade não vive sem o seu passado. É muito importante ouvir as experiências de quem já viveu muito, e sinto que os jovens, de forma geral, ainda não estão dispostos para isso. Sempre toco nesse ponto, é de extrema relevância essa valorização do idoso.

Medley

FRAGILIDADE E FUNÇÃO FÍSICA EM IDOSOS SOROPOSITIVOS



Pacientes soropositivos têm experimentado um envelhecimento acelerado. O objetivo do estudo, publicado na revista *Age and Ageing* de maio, foi determinar a prevalência de fragilidade e avaliar fatores associados a ela, bem como avaliar a função física em idosos infectados com HIV.

Trata-se de um estudo realizado em clínicas ambulatoriais de dois hospitais universitários públicos em Madri, na Espanha. A fragilidade foi definida de acordo com os critérios de Fried: encolhimento, fraqueza, baixa resistência e energia, lentidão e baixo nível de atividade física. Foram considerados frágeis aqueles que preencheram pelo menos três critérios; pré-frágeis aqueles que preencheram um ou dois critérios; e robustos quando não atendiam a nenhum critério. A função física foi avaliada usando métodos padronizados.

Foram avaliados 117 pacientes soropositivos. A idade média foi de 61,3 ([desvio padrão] 6,87) anos. Todos os pacientes estavam em terapia antirretroviral. A mediana atual da contagem de células T CD4+ era de 638 (144-1871) células/ μ l, e a razão mediana de CD4/CD8 era de 0,79 (0,00-3,62). A prevalência de fragilidade era de 15,4%, e a de pré-fragilidade 52,1%. Nas análises multivariadas, os sintomas depressivos (OR [IC 95%], 9,20 [2,17-39,05]) e relação CD4/CD8 (OR 0,11 [0,02-0,61]) foram associados à fragilidade. Embora 100% dos pacientes fossem capazes de caminhar e realizar atividades básicas da vida diária de forma independente, o comprometimento funcional era alto (20% de marcha lenta e 55% de bateria curta de desempenho físico curto \leq 9).

Os pacientes infectados pelo HIV com idade \geq 55 anos têm uma alta prevalência de fragilidade e um alto fator de comprometimento funcional. O gerenciamento ideal dessa população exige uma estreita colaboração entre infectologistas e geriatras.

FATORES DETERMINANTES DOS CUSTOS DOS TRATAMENTOS PARA IDOSOS COM FRATURA DE QUADRIL



O estudo, publicado na revista *Geriatrics, Gerontology and Aging*, se propôs a avaliar os fatores associados aos custos hospitalares no tratamento de idosos com fratura de quadril (FQ) em um hospital público.

Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo de prontuários de um hospital público da Região Metropolitana de Porto Alegre (RS). Foram incluídos 134 prontuários de idosos com diagnóstico de FQ, internados no período de julho de 2014 a outubro de 2016.

A idade dos idosos variou de 61 a 96 anos, com média de 79,4 anos (\pm 8,8). Houve predominância do gênero feminino (73,1%). O tempo médio de internação hospitalar foi de 13,87 dias. Na avaliação da presença de morbidades associadas, 56 (41,7%) apresentaram pelo menos uma morbidade, e 64 (47,7%), de duas a seis morbidades associadas. O

custo médio das internações por paciente foi de R\$ 9.390,21. Na composição geral dos custos, os serviços de enfermagem, nutrição, hotelaria e limpeza, materiais, medicamentos e diárias representaram 78,3% dos gastos, seguidos pelas órteses e próteses (10,7%) e pelos honorários médicos (10%). Ocorreu associação significativa entre o tempo para iniciar a cirurgia e a média de permanência ($p < 0,001$), entre o tempo para dar início à cirurgia e os custos hospitalares ($p < 0,001$), e entre as comorbidades e os custos hospitalares ($p < 0,001$).

Além dos custos diretos da assistência, os pesquisadores identificaram como fatores associados aos custos o número de morbidades, a média de permanência e o tempo para iniciar a cirurgia. Quanto maior o tempo entre a fratura e a cirurgia, maior foi o custo total.

O CUIDADO DE UM CÔNJUGE COM DEMÊNCIA ACELERA O DECLÍNIO COGNITIVO? CONCLUSÕES DO ESTUDO DE SAÚDE E APOSENTADORIA



O objetivo do estudo, publicado na revista *The Gerontologist* de abril, é expandir um trabalho recente que mostrou que homens que cuidam de cônjuges com demência, comparados aos cuidadores de cônjuges sem demência, experimentam uma taxa acelerada de fragilidade ao longo do tempo. Isso foi feito com a exploração dos resultados de saúde cognitiva entre cuidadores de pacientes com demência e sem demência.

Usando oito baterias semestrais dos dados e desempenho do estudo de Saúde e Aposentadoria na Entrevista Telefônica para o Status Cognitivo modificado, foram examinadas as mudanças na saúde cognitiva entre cuidadores sobreviventes (N = 1,255) de indivíduos com demência (n = 192) e sem demência (n = 1.063), duas baterias anteriores e duas após a morte do receptor de cuidados.

Controlando fatores de saúde e contextuais (por exemplo, status de fragilidade, idade, educação), os resultados revelaram que os cuidadores de pacientes com demência apresentaram declínio cognitivo significativamente maior ($p < 0,01$) quando comparados com cuidadores de pacientes sem demência. Em relação às duas baterias anteriores à morte do cônjuge, os cuidadores de pacientes com demência diminuíram 1,77 ponto em relação aos cuidadores de pacientes sem demência (0,87 pontos) no momento em que as mortes de seus cônjuges foram relatadas. Depois da morte, esses números foram de 1,89 em relação a 1,18 pontos, respectivamente.

As descobertas desse estudo mostram que os cuidadores de pessoas com demência experimentam aceleração do declínio cognitivo em comparação com os cuidadores de pacientes sem demência. Esses resultados, juntamente com os achados anteriores do estudo, sugerem que esse grupo vulnerável pode se beneficiar da triagem cognitiva precoce e das intervenções psicossociais destinadas a ajudar os cuidadores de pacientes com demência a manter sua saúde cognitiva e física durante e após suas responsabilidades intensivas em cuidados.

ASSOCIAÇÃO PROSPECTIVA ENTRE ATIVIDADE FÍSICA TARDIA E UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS HOSPITALARES: UM ESTUDO DE ACOMPANHAMENTO NACIONAL DE SETE ANOS

age and ageing

Ainda não se sabe se há um papel potencial da atividade física tardia na melhora dos desafios do aumento dos gastos com a saúde devido ao envelhecimento populacional global.

O estudo, publicado na revista *Age and Ageing* de maio, teve como objetivo examinar a futura associação entre a atividade física e a subsequente utilização de cuidados hospitalares por idosos, bem como explorar a dose ideal de atividade física necessária para reduzir a utilização de cuidados hospitalares.

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo com base nos dados do Inquérito Nacional de Intervenção de Saúde de Taiwan 2005, que estavam ligados aos dados de pedidos feitos entre 2005-2012 do Sistema Nacional de Seguro de Saúde.

Participaram do estudo 1.760 adultos com 65 anos ou mais. A frequência, a duração e a intensidade da atividade física foram avaliadas, e o gasto total em energia da atividade física foi estimado. A utilização média anual de cuidados hospitalares para o período de 2006 a 2012, incluindo o número de hospitalizações, o número de dias no hospital e os custos de internação, foi calculada.

Os idosos que se envolveram em um volume pelo menos moderado de atividade física (≥ 1.000 kcal/semana) tiveram menos internações hospitalares subsequentes e menos dias no hospital do que os indivíduos sedentários, após o ajuste para covariáveis. Tendências para custos de hospitalização reduzidos também foram encontradas. Essas associações se mantiveram em análises de sensibilidade, incluindo testes de causalidade reversa.

O estudo forneceu evidências de que os idosos pelo menos moderadamente ativos podem minimizar a utilização dos serviços de cuidados hospitalares. As descobertas destacam a importância de manter um estilo de vida fisicamente ativo na vida adulta.

CONTEÚDO DO PLANEJAMENTO AVANÇADO DE CUIDADOS ENTRE IDOSOS JAPONESES QUE VIVEM EM CASA: UM ESTUDO QUALITATIVO

ARCHIVES OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS

Os valores e as preferências dos idosos para o atendimento ao fim da vida ainda não são conhecidos em detalhes. O objetivo do estudo, publicado no periódico *Archives of Gerontology and Geriatrics* de maio/junho, foi investigar os desejos de fim de vida e a tomada de decisões entre idosos japoneses que necessitaram de serviços de cuidados domiciliares. O estudo foi concebido para estratégias de pesquisa qualitativa, utilizando dados de entrevista presencial registrados em prontuários de cuidados de enfermagem, com foco no planejamento de cuidados avançados.

Participaram da pesquisa 102 idosos (47 homens, 55 mulheres) de seis escritórios de assistência domiciliar no município de Hyogo. Os pesquisadores conseguiram identificar cinco temas principais: ansiedade sobre o futuro, abandono do controle, apego ao cotidiano atual, apoio mútuo precário e delegar a tomada de decisões. Enquanto idosos que vivem em casa geralmente se sentem ansiosos e temerosos sobre o futuro, eles pareciam tentar evitar pensar seriamente sobre possíveis complicações em sua vida.

Observou-se também que os idosos tendiam a deixar a decisão de fim de vida para outra pessoa, e suas decisões tendiam a mudar com o avançar da idade e a deterioração de sua condição. Segundo os pesquisadores, os achados sugerem que os profissionais médicos e os gerentes de cuidados sempre apoiam as decisões dos seus pacientes, dando espaço para a visão dos cuidadores informais desses idosos para a tomada de decisões.

ANDADORES OU BENGALAS FAZEM ALGUMA DIFERENÇA? NÃO UTILIZAÇÃO E LESÕES RELACIONADAS A QUEDAS

The Gerontologist®

Entre as pessoas que caem em casa, a maioria não tem um dispositivo de assistência com elas na hora da queda. Os não usuários que caem sofrem ferimentos mais graves. O estudo, publicado no periódico *The Gerontologist* de abril, procura examinar os padrões do uso de bengala e de andadores e sua relação com quedas e lesões nas quedas.

Trata-se um estudo transversal, utilizando uma pesquisa escrita autoadministrada, completada por 262 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na comunidade, cognitivamente intactos e usuários atuais de bengalas/andadores com histórico de quedas. Eles foram recrutados através de clínicas, igrejas e residenciais no centro de Michigan. Os resultados de interesse incluíram padrões de uso do dispositivo, razões para não uso, uso do dispositivo no momento da queda e lesões relacionadas à queda.

Um total de 75% dos entrevistados que caíram não estava usando seu dispositivo no momento da queda, apesar de reconhecer que bengalas ajudam a preveni-las. As razões para o não uso incluíram acreditar que não era necessário, o esquecimento, o fato de o dispositivo fazer com que eles se sentissem velhos e a inacessibilidade. O risco percebido não foi suficientemente elevado para a adoção de comportamentos autoprotetores. No entanto, o não uso levou a uma proporção significativamente maior de quedas que resultaram em cirurgia do que entre usuários de dispositivos. Entre os entrevistados que necessitaram de cirurgia, 100% eram não usuários.

O estudo concluiu que profissionais de saúde devem colocar maior ênfase na importância do uso da bengala/andador para a prevenção de lesões através de educação do paciente, visando a promover consciência pessoal, adaptação adequada e treinamento. São necessárias novas estratégias para melhorar a aceitabilidade e a acessibilidade do dispositivo.

QUEM FAZ :: Profissionais que fazem a diferença no envelhecimento

Fotos: arquivo pessoal



FÁBIO OTA

CEO da ISGame – International School of Game e professor convidado da FGV Management no curso de MBA em gestão estratégica e econômica de recursos humanos

Em 2001 idealizei um projeto de inclusão digital do idoso, que foi colocado em prática com a JCI Brasil Japão em 2003. Até hoje, em parceria com o Instituto Paulo Kobayashi (IPK), o projeto já beneficiou milhares de idosos. Em 2014 fundei a ISGame – International School of Game, para ensinar o desenvolvimento de games para jovens.

Desde cedo sempre gostei de conversar e ouvir as histórias de idosos. Tinha meu avô, meus pais, meus tios e alguns amigos que me passavam lições de vida e suas experiências. Hoje alguns já não conseguem se lembrar dos fatos e perderam a alegria que tinham.

Nos cursos de especialização sobre games e gamificação, verifiquei que existem vários estudos científicos que indicam que atividades de estimulação cognitiva beneficiam e podem retardar a evolução da doença de Alzheimer.

Juntei tudo e comecei a pensar em uma metodologia voltada para o ensino de desenvolvimento de games para idosos, principalmente para permitir que exercitem o cérebro com uma atividade intelectual divertida com um forte efeito positivo para a saúde mental.

Em 2016 nosso projeto “Programação de games para o desenvolvimento do raciocínio

lógico e prevenção do declínio cognitivo em idosos” foi aprovado no Programa Pipe (Pesquisa Inovativa em Pequenas Empresas), da Fapesp. De junho de 2016 a fevereiro de 2017 ensinamos 55 idosos a desenvolver games, validando nossa pesquisa da Fapesp e verificando a melhora na concentração, na memória e na qualidade de vida.

A ISGame é a primeira escola de games no Brasil a ensinar crianças, jovens e adultos com mais de 50 anos a desenvolver games e atuar em parceria com centros de convivência, centros-dia, ILPIs e ONGs para melhorar a saúde mental do idosos.



CLAUDIA QUELHAS

Formada em farmácia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, com pós-graduação em marketing pela FGV-RJ. Atua hoje como gerente de projetos na MSD

Trabalhar com envelhecimento está sendo uma descoberta. Sempre trabalhei com crianças, mas em determinado momento a chave virou e passei a prestar atenção no envelhecimento. Minha grande incentivadora foi a dra. Maisa Kairalla [presidente da SBGG-SP], que me apresentou uma outra ótica. “Comece a olhar para o que está acontecendo, para a transição demográfica – é para onde estamos caminhando”, disse ela. “Precisamos falar com essa população para que ela tenha consciência para viver mais e melhor.”

Já trabalhei com vacinas pediátricas e soube dar significado a cada uma delas, mas, quando recebi a missão de trabalhar com vacina de adultos, me apaixonei.

São inúmeros os desafios, uma vez que a vacinação de adultos, à exceção dos surtos e da gripe, não é considerada prioritária. Dessa forma, precisaremos, além de facilitar o acesso à vacinação – para que os 60+ coloquem mais vida em seus dias –, dar mais informações sobre as doenças preveníveis por meio dela, como as vacinas para doenças

pneumocócicas, zóster, tétano, coqueluche e hepatite B. Empresas, planos de saúde e associações começam a se engajar para que, em esforço conjunto, as informações cheguem até quem precisa, garantindo assim, conforme já dito por Maslow, que necessidades básicas sejam atendidas.

Mais tempo para atravessar ruas, letras maiores em rótulos, rampas para facilitar acesso: é preciso? Sem dúvida! Mas para que tudo isso se não estivermos com a nossa saúde em dia?



ALESSANDRA DE PAULA BENITEZ

Graduada em farmácia e bioquímica, com especialização em controle de qualidade microbiológico na indústria farmacêutica. Pós-graduada e especialista em gerontologia pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEP), ligado ao Hospital Israelita Albert Einstein

DOUGLAS BENITEZ

Graduado em administração de empresas, com pós-graduações e especializações nacionais e internacionais nas áreas de negócios, marketing, vendas e desenvolvimento de negócios. Pós-graduado e especialista em gerontologia pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEP), ligado ao Hospital Israelita Albert Einstein

Voltamos ao Brasil em 2011, após uma temporada fora do país. Chegamos com a certeza de que deveríamos fazer algo que tivesse um sentido maior e pudesse melhorar a vida de pessoas à nossa volta.

Nossa busca foi intensa por algo que se encaixasse em nossas aspirações, mas nada fazia sentido ao mesmo tempo para nós dois. Até que, em um jantar, uma amiga querida, a neurologista Tatiane Barros, sugeriu: “Vocês deveriam cuidar de idosos”. Aquela frase nos calou. Era o fim da nossa busca.

Daquele momento em diante, começamos

a pesquisar sobre o idoso. Necessidades, epidemiologia, demografia, serviços disponíveis, tendências. Brasil, Europa, Estados Unidos, Ásia. Mergulhamos neste mundo novo para nós, até que em determinado momento decidimos abrir um centro-dia para idosos. Um serviço tão importante e tão presente em outros países e que, naquele momento, ainda com baixíssima disponibilidade no Brasil.

Decisão tomada. Precisávamos nos preparar adequadamente. Em 2015, fizemos a especialização no IIEP Albert Einstein. Foi uma experiência de vida. A gerontologia nos tomou

de assalto. Encheu nosso coração. Com os estudos concluídos, dedicamos o ano de 2016 a pôr no papel um modelo que mesclava a teoria, a prática aprendida em outros países e as inúmeras experiências de novos amigos. Em 2017, nasceu a Senior Vita, com o propósito de cuidar dos idosos e de suas famílias, com muita seriedade, amor e profissionalismo.

Hoje, quando nos perguntam como fomos parar na gerontologia, dizemos que foi ela que veio parar em nós! E, a cada sorriso dos idosos que cuidamos, temos a certeza do privilégio que tivemos em ser escolhidos para essa tarefa.



SAMIR SALMAN

Formado em medicina pela Faculdade de Medicina de Itajubá. Administrador e idealizador do Hospital Premier/Grupo Mais, primeiro hospital privado do Brasil norteador pelos cuidados paliativos

Eu comecei a me envolver com o envelhecimento através do Premier, que é um hospital essencialmente geriátrico. Eu tenho essa crença de que uma instituição de saúde, pelo seu capital intelectual, tem o papel de promover a saúde, e não apenas de cuidar da doença. Essa ideia se ampliou na medida em que percebemos que combater a solidão por vezes é mais eficaz que combater a infecção – uma adaptação do que dizia o falecido

dr. Marco Túlio [Marco Túlio Assis Figueiredo, um dos precursores dos cuidados paliativos no Brasil], segundo o qual a solidão mata mais que a infecção.

Também inspirados pelo trabalho desenvolvido pelo dr. Alexandre Kalache, com o conceito da Cidade Amiga do Idoso, trabalhamos para tornar nosso bairro um Bairro Amigo do Idoso. Sabemos que a prevenção de doenças e o estímulo ao convívio social ajudam muito

na terceira idade. Existem estudos que mostram que as pessoas vivem mais quando têm uma rede social. E percebemos que, como instituição, poderíamos ter um papel catalisador. Nesse sentido, desenvolvemos há sete anos um programa no hospital, em que três vezes por semana abrimos o auditório para atividades como tai chi chuan, liang gong, cinema, coral, entre outras. Todas são gratuitas e já temos resultados muito bons.

Precisamos falar sobre DEPRESSÃO

A situação, que já é complicada na população geral, fica ainda mais complexa quando se trata de pacientes idosos. A frequente confusão entre sinais de demência e depressão dificulta o diagnóstico e o tratamento adequados

Por **Ruth Bellinghini**



São 322 milhões de pessoas vivendo com depressão mundo afora, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), que tem na doença o tema de sua campanha deste ano: Depression: let's talk (Depressão: vamos falar sobre isso, em tradução livre). Dados da instituição mostram que a incidência de depressão, que muitas vezes é incapacitante, cresceu 18% entre 2005 e 2015, mas tanto a falta de serviços especializados como o peso do estigma que pesa sobre os portadores de transtornos psiquiátricos impedem que metade dos pacientes, mesmo nos países desenvolvidos, receba tratamento adequado.

A depressão aumenta o risco de aparecimento de outras doenças, como dependência química, diabetes e doenças cardiovasculares, e o inverso também é verdadeiro, segundo a entidade: pessoas que sofrem de problemas cardíacos e diabetes correm mais risco de apresentar quadros depressivos. Só no Brasil, 11,5 milhões sofrem de depressão, com uma prevalência de 5,8% da população, ficando atrás apenas da Ucrânia (6,3%), dos Estados Unidos, da Austrália e da Estônia (os três com 5,9%).

A OMS define a doença como uma tristeza persistente, perda de interesse nas atividades normalmente prazerosas e uma incapacidade de realizar tarefas cotidianas por um período superior a 14 dias. Além desses sintomas, ela pode ser acompanhada por apatia, mudanças no apetite e nos padrões de sono, ansiedade, perda de concentração, inquietação, falta de autoestima, culpa e desesperança, além de pensamentos suicidas.

A situação é tão séria que a OMS chega a recomendar intervenção por pessoal de saúde não especializado, mas que receba treinamento tanto para diagnóstico quanto para acompanhamento terapêutico, a partir de um guia elaborado pela organização, o mhGAP Intervention Guide, atualmente utilizado em 90 países.

“A depressão é uma condição delicada e pode matar. Embora eu defenda o tratamento por psiquiatras, entre não tratar e tratar com o médico disponível, a segunda opção é a mais adequada. Mas esse profissional precisa estar ciente de que seu papel pode ser limitado, especialmente quando se trata de paciente idoso”, afirma a psiquiatra Carmita Abdo, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). “A depressão é uma doença incapacitante e tão séria que a OMS vai passar este ano inteiro falando sobre o assunto. Afinal, qual a família que não tem alguém que já teve ou tem um quadro depressivo?”

De acordo com o estudo Demografia Médica no Brasil, coordenado por Mario Scheffer, professor do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, em 2015 o Brasil tinha 9.010

“

Os sinais de depressão podem ser confundidos com os primeiros indícios de demência. ”

psiquiatras, a esmagadora maioria atuando nos grandes centros urbanos. “O profissional não vai para o interior por absoluta falta de condições de trabalho. O pior é que a depressão é incapacitante. O paciente perde a sua autonomia, o que o leva a situações mais graves, ao isolamento, ao abandono, e se torna um fardo. Os prefeitos deveriam pensar mais nisso, porque temos uma grande dificuldade de encaminhamento desses pacientes e, sem tratamento, a depressão torna-se crônica”, adverte.

Depressão no idoso

A situação, que já é complicada na população geral, fica ainda mais complexa quando se trata de pacientes idosos, a começar pelo diagnóstico. Pacientes que tiveram depressão na juventude e voltam a ter a doença mais tarde costumam ter os mesmos sintomas e comumente são capazes de reconhecê-los e identificá-los. Porém, quando o primeiro episódio depressivo ocorre após os 50 anos, o diagnóstico apresenta uma série de desafios para o profissional de saúde, a começar pelo fato de que os sintomas nessa faixa de idade não são os mesmos da população mais jovem.

Além disso, os sinais de depressão podem ser confundidos com os primeiros indícios de demência, especialmente nos casos em que o primeiro episódio aparece depois dos 50 anos. “A depressão do idoso cruza com sintomas somáticos. Ele se queixa de dor de cabeça, tontura, dores e insônia, por exemplo, de cansaço e até de pânico, mas aquela tristeza que se associa à depressão nos mais jovens nem sempre aparece. Ele também pode se tornar mais agressivo, com irritabilidade maior e tender ao isolamento”, explica o psiquiatra Sérgio Ricardo Hototian, professor de psiquiatria geriátrica da Universidade Santo Amaro (Unisa) e responsável pela retaguarda da psiquiatria geriátrica do Hospital Sírio-Libanês. De acordo com ele, o cérebro passa por alterações à medida que a idade avança, entre elas o aumento da concentração de monoaminoxidase (MOA), uma enzima que degrada neurotransmissores ligados à proteção contra a depressão, tornando o idoso mais vulnerável.

Uma das queixas mais comuns entre os idosos é a insônia. O paciente com mais idade precisa de um tempo menor de sono, até porque tem menos atividade e, portanto, menos cansaço, mas reclama que não dorme mais as oito horas por dia a que estava habituado. “Infelizmente, um número considerável de médicos receita um calmante. Calmantes pioram quadros de depressão, já que atuam sobre a ansiedade que a acompanha, mas não sobre a própria insônia, e isso faz com que o quadro se agrave bastante”, alerta Hototian. Segundo ele, alguns calmantes, quando usados por idosos por mais de três meses, aumentam o risco de quedas – com fraturas graves como as de fêmur e quadril –, de desenvolvimento de depressão e até de morte súbita.

“Outro dado importante é que o paciente costuma atribuir seus sintomas simplesmente à idade, ‘coisas de velho’ ou ao efeito de remédios que usa para tratar doenças crônicas”, acrescenta o geriatra Alexandre Busse, do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas. Carmita Abdo, no entanto, alerta que “esse quadro de apatia, com memória abalada, que aparece na depressão, também pode indicar o início de um quadro de demência”. Daí a importância de esse diagnóstico ser feito por um profissional especializado. Quando uma pessoa acima dos 50 anos apresenta sinais de depressão sem ter nenhum histórico prévio da doença, é preciso suspeitar de demência. “O que se verifica nessa faixa é cerca de 16% de quadros de declínio cognitivo, dos quais 9% são causados por depressão prévia ou tardia e 7% são resultado de alguma forma de demência e, portanto, são quadros irreversíveis”, afirma Hototian.

Nesses casos, de acordo com Busse, é sempre recomendável suspeitar de uma causa orgânica, realizar avaliação clínica e pedir exames por imagem para descartar síndromes metabólicas e demências vasculares, principalmente em idosos diabéticos, hipertensos, obesos e pacientes que sofreram AVCs.

Demência x depressão

Por causa dessas sutilezas, é importante estar atento ao que caracteriza as duas condições. Hototian destaca diferenças entre os pacientes idosos com início de demência e aqueles com quadro depressivo. “Geralmente, o portador de demência nem percebe que algo está errado, enquanto o depressivo tem noção de que há algo errado, embora atribua isso a vários outros fatores”, explica. Outro diferencial é o comportamento diante de situações de risco, em que o depressivo literalmente se encolhe de medo e se isola, enquanto o portador de demência não é capaz de perceber o perigo e perde suas inibições – e isso vale para todas as formas de demência. O especialista afirma que o idoso saudável retorna ao ponto inicial e amarra seus pensamentos. Aquele com depressão tende a ter um pensamento arborizado, que se dispersa por vários temas, enquanto o demencial não volta e piora progressivamente.

“Pacientes já com perda cognitiva podem perceber que há algo errado e se queixar de uma tristeza, por exemplo. Essa vai ser sua explicação lógica quando ele se der conta de sua perda de controle. Pacientes com alto nível de instrução perdem a percepção de sua inadequação, mas criam uma explicação racional para isso”, explica Hototian. De acordo com o especialista, é preciso ter muito cuidado na avaliação do declínio cognitivo, especialmente em pacientes com baixo nível de instrução ou com uma capacidade naturalmente baixa que nunca foi detectada. “Não é incomum uma pessoa ter um rebaixamento intelectual prévio, leve, que passou despercebido a vida inteira, simplesmente porque na rotina daquele indivíduo não houve demanda por uma capacidade maior. O risco é considerar esse quadro como indicador de perda cognitiva associada à demência”, alerta.

Ele ressalta ainda que a capacidade de aprendizado não declina com a idade no indivíduo saudável. “O depressivo não tratado tem perda da sua capacidade de concentração e,

GUIA DE INTERVENÇÃO

O Guia de Intervenção mhGAP (mhGAP-IG) para transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias para ambientes de saúde não especializados é uma ferramenta técnica desenvolvida pela OMS para auxiliar na implementação do mhGAP. O Guia de Intervenção foi desenvolvido através de uma revisão sistemática de evidências seguida por um processo consultivo e participativo internacional.

O mhGAP-IG apresenta um gerenciamento integrado de condições prioritárias usando protocolos para tomada de

decisão clínica. As condições prioritárias incluídas são: depressão, psicose, distúrbios bipolares, epilepsia, distúrbios de desenvolvimento e comportamentais em crianças e adolescentes, demência, distúrbios por uso de álcool, distúrbios por uso de drogas, autoagressão/suicídio e outras queixas emocionais ou médicas inexplicáveis.

O mhGAP-IG é um guia modelo e foi desenvolvido para ser usado por profissionais de saúde que trabalham em ambientes de cuidados de saúde não especializados, após a adaptação às necessidades nacionais e locais.

QUANDO SEUS PACIENTES *estão em boas mãos.*

Como profissional de saúde, você vivencia diariamente a fase sênior de seus pacientes e suas famílias. A Senior Vita chegou para auxiliá-lo na tarefa de cuidar e maximizar o potencial e as reservas funcionais e cognitivas existentes nos idosos. Nós proporcionamos o melhor em termos de cuidado, carinho e profissionalismo.

Somos um **Centro-dia para Idosos**. Aqui promovemos bem-estar através de atividades socioculturais e de saúde, em um ambiente seguro, alegre, tranquilo e estimulante. Os idosos passam o dia conosco e no fim da tarde retornam para o aconchego de sua casa, mantendo-se o vínculo familiar, com seus pertences e seu lugar de conforto.

 Avaliações de saúde periódicas

 4 Refeições Diárias elaboradas por nutricionista

 Planos flexíveis

 Ambiente seguro e acessível



Socialização

Cuidado com a saúde e divertimento se misturam. Proporcionamos dias muito agradáveis com atividades em grupo variadas como artesanato, jardinagem, oficinas culinárias, dança sênior, sessões de cinema e muitas outras. **Aqui a tristeza passa bem longe!**



Estímulos Físicos

Através de profissionais com ampla experiência no cuidado geriátrico, oferecemos fisioterapia, educação física e terapia ocupacional diariamente. O objetivo é o fortalecimento, a reabilitação e o conforto físico para **manter o idoso com a máxima independência, e ativo por mais tempo.**



Estímulos Cognitivos

Oferecemos treinos cognitivos e de memória. Provemos **cuidado especializado para idosos com Alzheimer** e outros tipos de demência. Atividades como arteterapia, musicoterapia e jogos especializados fazem com que estes estímulos sejam suaves e muito prazerosos.



Promoção da Espiritualidade

Creemos que fé e espiritualidade são características fundamentais para o bem-estar. Trabalhamos com o coeficiente espiritual dos idosos através de sessões semanais de meditação facilitadas por teólogos, proporcionando momentos de **orações, encorajamento e fortalecimento interior.**



Conte conosco. Recomende a Senior Vita para seu paciente!

Oferecemos um dia de experimentação grátis.

 (11) 2371-8065 | (11) 2371-8334

 (11) 96628.3004

 contato@seniorvita.com.br

Av. Pedroso de Morais, 2525 – Pinheiros
(Próximo a Pça Panamericana)

www.seniorvita.com.br | facebook.com/seniorvita


SENIOR VITA
EXCLUSIVE CARE

consequentemente, de sua aprendizagem. Mas, assim que ele se recupera, voltam a atenção e a concentração. Nos depressivos, o aparente enfraquecimento da memória é resultado da menor concentração. Nos casos de demência, porém, perde-se essa capacidade de aprender”, explica.

Os três especialistas são unânimes em apontar outro transtorno que pode dificultar um diagnóstico preciso de depressão nos idosos, que são os casos de transtorno bipolar que não foram diagnosticados previamente. “Há pacientes que, ao longo da vida, passaram por poucos episódios de mania e euforia e jamais receberam diagnóstico e tratamento adequados, e apresentam depressão bem mais tarde. A distinção é muito importante, porque a abordagem e a medicação são diferentes e os antidepressivos não funcionam aqui”, afirma Busse.

Outro ponto que o geriatra destaca é a necessidade de a queixa vir do próprio paciente e que ele seja avaliado numa conversa franca sem a presença – e os palpites – de familiares. “Pode parecer óbvio, mas é muito comum o filho ou parente que acompanha o paciente ir logo dizendo que ele tem uma memória ‘ótima’, que lembra de detalhes até da infância, mas numa avaliação mais detalhada se percebe que há problemas de curto prazo”, diz. Busse explica que a própria família não percebe no idoso uma depressão que conseguiria reconhecer numa pessoa mais jovem, que sofre perdas sociais e ocupacionais evidentes. “O idoso que se aposenta, por exemplo, não tem mais essa demanda tão forte de sua capacidade, e é mais difícil perceber a depressão, que, infelizmente é muito pouco diagnosticada.”

Uma pesquisa realizada no ano passado pela psicóloga Marcia Scazufca, do Instituto de Psiquiatria do HC, avaliou 1.558 pessoas com 65 anos ou mais, moradoras de São Paulo, acompa-

nhadas dentro do projeto por um médico de família. Foram comparados os diagnósticos e tratamentos de depressão, diabetes e hipertensão. Daquele total, 1.209 tinham hipertensão, dos quais 77,4% faziam tratamento; e 344 eram diabéticos, dos quais 72,4% se tratavam. Mas, quando se avaliava a depressão, os números mudavam radicalmente. Do total de participantes, 73 (9%) foram diagnosticados com depressão em visitas e aplicação de testes, e destes, apenas 9 (12,3%) recebiam tratamento. Pesquisas feitas nos Estados Unidos mostram que 51% dos idosos diabéticos e com depressão são acompanhados em atenção primária.

Tanto Carmita Abdo quanto Alexandre Busse também destacam a dificuldade do manejo do idoso depressivo que faz uso de vários medicamentos para tratar problemas crônicos. “Não são raros os casos em que essas interações medicamentosas inadequadas podem agravar o quadro depressivo”, alerta Busse, que recomenda que a intervenção medicamentosa seja acompanhada, se possível, de terapia, arteterapia, atividade física e até meditação. “É importante um acompanhamento adequado para determinar se é caso ou não de alterar a medicação e também para saber o momento certo de retirá-la, do contrário pode-se ter um recrudescimento do quadro. É preciso ter tempo para ouvir, conversar, avaliar esse paciente”, diz Carmita.

De acordo com ela, outras grandes dificuldades, especialmente nessa faixa etária, são o peso do estigma e a relutância do paciente – e muitas vezes da família – em consultar um psiquiatra. “É muito importante que as diversas especialidades trabalhem em conjunto e que o clínico, o geriatra e o cardiologista também façam esse trabalho de convencimento. Uma depressão pode aparentar ser leve e não ser, e é preciso sempre avaliar o risco de suicídio. Não podemos esquecer que depressão mata.”

PROGRAMA EXPERIMENTAL

Pesquisadores do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e da London School of Hygiene & Tropical Medicine desenvolveram um programa experimental de assistência a idosos com depressão. Depois de cinco meses de intervenção em domicílio, 87% dos pacientes atendidos apresentaram melhora significativa dos sintomas. Muitos tiveram uma reversão do quadro depressivo.

O projeto envolveu o treinamento de equipes de saúde e o desenvolvimento de um sistema de interação com idosos para ser usado em tablets. A abordagem, chamada ProActive, foi elaborada durante o projeto temático “Cluster randomised controlled trial for late life depression in socioeconomically

deprived areas of São Paulo, Brazil”, coordenado por Marcia Scazufca, do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

De acordo com a pesquisadora, o programa foi concebido para ser utilizado na Estratégia Saúde da Família do Sistema Único de Saúde (SUS) e se baseia em quatro princípios: cuidado colaborativo, tratamento em etapas, uso de tecnologia e *task shifting*, abordagem recomendada pela OMS que consiste em treinar não especialistas para executar um novo papel.

O uso da tecnologia é uma das inovações do ProActive. Um aplicativo oferece a profissionais de saúde uma plataforma digital de suporte, com recursos que auxiliam nas tomadas de decisão, no acompanhamento de cada atendimento realizado, nas supervisões clínicas e nos contatos de emergência com o supervisor, entre outras funções.

Apsen



Ana Beatriz Galhardi Di Tommaso

Médica geriatra formada pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp); assistente do Ambulatório de Longevos da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da EPM/Unifesp; médica geriatra do Residencial Toniolo; membro da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Contato abtommaso@gmail.com

Iatrogenias possíveis em ILPIs – quais são e como evitá-las?

TAKE HOME MESSAGE

1. A principal estratégia para evitar iatrogenias em ILPIs é a comunicação constante e sem barreiras ou medos.
2. Profissionais de saúde que trabalham em ILPIs devem ser estimulados a expressar suas angústias e dúvidas e os coordenadores devem promover encontros para discussões entre a equipe assistencial regularmente.
3. As decisões clínicas devem ser tomadas de forma interdisciplinar e os membros da equipe devem, idealmente, ter formação tanto em geriatria/gerontologia quanto em cuidados paliativos.
4. Um canal de comunicação permanente deve existir para que familiares e responsáveis possam dividir suas preocupações.

O termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) refere-se hoje a instituições públicas ou privadas, filantrópicas ou não, que atendem indivíduos idosos tanto em regime de internação permanente quanto provisória.

No passado, essas instituições eram denominadas de “asilos” ou “casas de repouso” e estavam atreladas eminentemente ao abrigo da população carente.

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Avançada (Ipea) publicados em 2010, a maioria das instituições brasileiras (65,2%) é de natureza filantrópica, o que reflete a origem nas casas de repouso ou asilos. Apenas 6,6% das

ILPIs brasileiras são públicas. De aproximadamente 84 mil idosos institucionalizados na ocasião do estudo brasileiro, a maioria eram mulheres com algum grau de dependência, cenário semelhante ao dos Estados Unidos, que conta atualmente com mais de 1,5 milhão de idosos institucionalizados em mais de 16 mil ILPIs ao redor do país.

Diante dessa grande demanda, a geriatria e a gerontologia contam hoje com diversos modelos de assistência que vão muito além da moradia assistida, englobando o cuidado em diversos níveis de complexidade. De uma forma didática, pode-se usar o tempo de permanência para organização de assistência, variando de acordo com o quadro clínico de cada indivíduo:

Tempo de permanência em ILPIs

CURTO (1 a 3 meses)	LONGO (mais de 3 meses)
<ul style="list-style-type: none"> - Doenças terminais - Reabilitação breve - Cuidados após a alta hospitalar - Doenças agudas ou instáveis 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprometimento cognitivo em evolução - Comprometimento físico em evolução - Comprometimento cognitivo e físico em evolução

Adaptado de: *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* – 7th Edition – Chapter 20 – Nursing Home Care: Josep G. Ouslander, Jill Shutes

A institucionalização de um paciente idoso no Brasil, no entanto, ainda é um enorme tabu para a sociedade. A crença de que o ato de institucionalizar representa abandonar o indivíduo em um local impessoal, com cuidados de saúde deficientes e suporte emocional escasso, ainda é muito prevalente.

Nesse sentido, muitas vezes a evolução natural de doenças crônicas e incuráveis é vista pela sociedade como uma ineficiência de cuidados e, portanto, como consequência de uma cascata de condutas médicas equivocadas. Na maioria das vezes isso não é verdade.

No Brasil as ILPIs são, em geral, locais de cuidados de indivíduos com doenças avançadas ou em progressão. Não temos ainda o hábito de optar por institucionalizar indivíduos independentes e com a saúde estável. É natural, portanto, que os idosos venham a falecer nessas instituições – não por descaso ou erro nos cuidados, mas sim pela evolução de um processo natural de doença. O olhar de que a finitude se aproxima, no entanto, fica muitas vezes mascarado pela desconfiança dos cuidados nas ILPIs brasileiras.

Regulamentação

Muito preconceito persiste por causa do desconhecimento de que nosso país está avançando nos cuidados e nas regras para esse seguimento de atenção ao idoso.

A regulamentação de ILPIs no Brasil surgiu após o Estatuto do Idoso, em 2005, em resolução publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que visa a estabelecer critérios mínimos para funcionamento e atenção adequados aos idosos institucionalizados. As premissas básicas para todas as instituições incluem:

- Observar os direitos e as garantias dos idosos;
- Preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegu-

rando um ambiente acolhedor, de respeito e dignidade;

- Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;
- Promover a integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local, e favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações;
- Incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;
- Desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos;
- Promover condições de lazer para os idosos, tais como atividades físicas, recreativas e culturais;
- Desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.

Iatrogenia

O termo iatrogenia é popularmente conhecido como “erro médico”. Iatrogenia, na verdade, representa um dano à saúde do paciente causado por qualquer tipo de intervenção (medicamento, procedimento ou diálogo) da equipe de saúde como um todo.

Os idosos apresentam risco duas vezes maior de sofrer iatrogenia do que a população mais jovem, por serem mais suscetíveis a estressores externos. Aqueles institucionalizados são mais frágeis e ainda mais sujeitos a efeitos adversos.

É importante ressaltar que nem sempre o dano à saúde se dá por má prática de cuidados. Muitos procedimentos e medicações apresentam efeitos adversos associados que se justificam desde que o benefício de seu uso supere os riscos.

Para facilitar o entendimento, podemos dividir a definição de iatrogenia em duas partes:

1. Iatrogenia de ação: aquela que ocorre pela ação médica e/ou da equipe de saúde, desde a relação com o paciente, passando pelo diagnóstico, terapêutica e prevenção. Exemplos:

- Relação com o paciente: equívocos na comunicação, dificuldade de distanciar os sentimentos pessoais da postura profissional;
- Diagnóstico: lesão uretral após passagem de sonda vesical para averiguar débito urinário;
- Tratamento: pneumotórax após venóclise de acesso central com indicação precisa;
- Prevenção: solicitar coleta de PSA para nonagenário ou colonoscopia preventiva para um paciente em cuidados de final de vida.

2. Iatrogenia de omissão: aquela que ocorre pela falta de assistência à saúde, seja no diagnóstico, seja no tratamento.

- Diagnóstico: erros diagnósticos ou doença avançada por falta de assistência;
- Tratamento: automedicação por falta de acesso ao serviço de saúde ou por falta de tratamentos adequados para determinadas doenças.

Iatrogenia em instituições de longa permanência

Existem diversas particularidades no cenário de cuidados em ILPIs.

Mais do que o desafio dos cuidados da saúde de indivíduos extremamente dependentes e frágeis, há também o desafio da construção de relações interpessoais sólidas entre os familiares e responsáveis e os funcionários e a equipe das instituições.

Em nossa cultura, a institucionalização segue como último recurso de tratamento para muitos médicos e familiares, sendo a alternativa apenas quando todas as outras opções de cuidado fracassaram. Muitas vezes o indivíduo chega à ILPI muito debilitado, fato que dificulta uma rápida melhora, como muitos esperam em um primeiro momento.

A ausência de resposta esperada aos cuidados se transforma na falsa impressão de que as condutas tomadas são erradas. Muitas vezes, no entanto, estamos diante de contextos de doenças crônicas em progressão com sinais de finitude irreversíveis.

O primeiro passo para que os equívocos sejam minimizados é construir um canal de comunicação permanente entre os responsáveis pelo paciente e os gestores de sua saúde na ILPI (seja um médico, um enfermeiro, um responsável técnico etc.).

Se a comunicação for bastante utilizada, evita-se uma das grandes causas de iatrogenia nas ILPIs, que é relacionada ao convívio com residentes e/ou seus responsáveis e promove

angústias para todos os envolvidos. Ela pode existir em diversos momentos do convívio:

- Comunicação: antes, durante e após dos cuidados;
- Forma de tratar o paciente: maneira como os cuidados são realizados (no momento da alimentação, banho, transferências, durante o exame físico);
- Relação profissional de saúde/paciente: dificuldade de compreender que a doença de base pode promover alterações de comportamento e, portanto, o paciente não é capaz de julgar os seus atos.

Alterações de comportamento e a dificuldade dos cuidados

Cuidar de um indivíduo dependente, seja ele idoso ou não, é uma tarefa árdua. Banhos, transferências e auxílio na alimentação podem representar momentos de extrema sobrecarga em alguns contextos.

Esse cenário pode ser muito mais difícil se estivermos diante de um paciente com alteração de comportamento.

Deve-se continuamente promover discussões com a equipe assistente para esclarecer a natureza das doenças que acometem os indivíduos e a sua repercussão na capacidade de julgamento. Vale reforçar que perambulação, hiperfagia, hipersexualidade, agressividade, esquecimentos constantes, choro imotivado, entre outros, são manifestações comuns em alguns pacientes com comprometimento cognitivo e não podem ser interpretadas como atos voluntários. Essas informações devem ser continuamente passadas também para as famílias, que por vezes se sentem culpadas ou envergonhadas pelas atitudes de seus parentes.

Quando os funcionários e as famílias se sentem acolhidos e compreendem a natureza das doenças, o cuidado torna-se muito mais efetivo, evitando-se assim conflitos e angústias no dia a dia da assistência.

O manejo da finitude

O cuidado paliativo é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma abordagem multidisciplinar que visa a melhorar a qualidade de vida de pacientes (e de seus familiares) que enfrentam uma doença ameaçadora de vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, com identificação precoce e acesso impecável aos sintomas, bem como tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicológica ou espiritual. A abordagem paliativa deve estar presente desde o diagnóstico da doença, ser concomitante ao tratamento modificador/curativo e crescer em relação ao mesmo ao longo da progressão da doença, até a fase final de

vida, incluindo a assistência ao luto de familiares.

Os cuidados paliativos impõem-se como uma importante abordagem no contexto de idosos institucionalizados. Pacientes institucionalizados geralmente possuem doenças crônicas, progressivas, muitas vezes em associação. É importante, então, que a perspectiva paliativa esteja sempre presente.

Em setembro de 2009, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução 1931, aprovando o novo Código de Ética Médica. Nesse documento fica muito clara a postura a ser adotada pela classe médica no contexto de finitude: “Em casos de doença incurável ou terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis, levando sempre em conta a vontade expressa do paciente e, na impossibilidade, a de seu representante legal”.

Promover um bom cuidado no final da vida, evitando transferências para hospitais quando não há possibilidade de melhora clínica, por exemplo, é fundamental para evitar te-

rapias fúteis, grande causa de iatrogenia no contexto das doenças incuráveis.

Como evitar iatrogenias em ILPIs

A principal estratégia é, portanto, a comunicação constante e sem barreiras ou medos:

- Os funcionários devem ser estimulados a expressar suas angústias e dúvidas;
- Os coordenadores devem promover encontros regularmente para discussões entre a equipe assistencial ;
- Devem-se estimular as decisões clínicas de forma interdisciplinar;
- Um canal de comunicação permanente deve existir para que familiares e responsáveis possam dividir suas preocupações;
- Idealmente, os membros da equipe devem ter formação tanto em geriatria/gerontologia quanto em cuidados paliativos.

Referências bibliográficas

1. Camarano A, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul.* 2010;27(1):233–5.
2. Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology – Seventh Edition.* 2017. Chapter 20 – Nursing Home Care: Josep G. Ouslander, Jill Shutes.
3. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. *Rev Latino-Am Enf.* 2007;15(6). Disponível online em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_13.pdf.
4. Camarano AA. Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – Região Sudeste. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. 2010.
5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução RDC n. 283. Diário Oficial da União 27 de setembro de 2005.

6. UpToDate.com. Medical care in skilled nursing facilities (SNFs) in the United States. Mark Yurkofsky; Kenneth E Schmader; Howard Libman. Consultado em maio de 2017.
7. Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology - Seventh Edition.* 2017.
8. WHO. World Health Organization – Definition of Palliative Care. 2002. Available from: 1. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
9. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care : The World Health Organization's Global Perspective. 2002;24(2):91–6.
10. Geriatria: Guia Prático/ Ana Beatriz Galhardi Di Tommaso [et al.]. – 1 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

Aptare

GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Aproximando o profissional clínico da geriatria e da gerontologia

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



Fratura de fêmur no idoso e seus desafios

Por Juliana Marília Berretta*

A fratura de fêmur em idosos é um tema muito comum entre geriatras e gerontólogos nos diversos cenários de assistência ao idoso, desde o atendimento hospitalar na fase aguda da fratura até o acompanhamento pós-alta desses pacientes, tanto na esfera ambulatorial como na domiciliar e em instituições de longa permanência. Com o envelhecimento da população, espera-se um aumento na incidência de osteoporose, sendo fundamental o preparo dos profissionais de saúde tanto no diagnóstico e tratamento precoce como no manejo interdisciplinar de que o idoso com fratura de fêmur necessita no perioperatório e na reabilitação.

A cada 100 mil internações hospitalares nos Estados Unidos, aproximadamente 290 são secundárias a fraturas de quadril. Além da alta mortalidade, a morbidade e a incapacidade ocasionadas mesmo após a correção cirúrgica são altas, aumentando a taxa de reinternação hospitalar e a dependência funcional. Dados revelam que menos de 50% dos indivíduos que sofreram uma fratura de fêmur caminharão sem auxílio novamente, 60% necessitarão de auxílio nas atividades básicas de vida diária no primeiro ano após a fratura e esse mesmo número sentirá dor no quadril fraturado, sendo que 30% terão impacto no sono pela dor. Em 2002, um estudo que comparou os anos de vida perdidos por incapacidade decorrentes da osteoporose com os de algumas neoplasias mostrou que, na osteoporose, esse índice foi superior ao de câncer de mama e estômago.

A mortalidade também é alta nesse contexto, apesar de as taxas estarem em queda nos últimos anos. Em 2003, 11,5% dos pacientes faleciam nos primeiros 30 dias após a fratura, com uma queda para 8,02% em 2013. Na cidade de São Paulo, em 2012, foi encontrada uma mortalidade de 26,3% nos primeiros seis meses após a fratura, dado condizente com a maior parte da literatura. Há uma diferença entre gênero, e observamos uma mortalidade maior em homens do que em mulheres, em todas as faixas etárias, mesmo no período de um ano após a fratura.

Os desfechos desfavoráveis que permeiam esse cenário nos fazem pensar nos fatores, modificáveis ou não, que devem ser

elencados e estudados para a mudança do paradigma do idoso com fratura de fêmur. O maior e menos mutável é que estamos diante de um indivíduo com uma vulnerabilidade orgânica em uma urgência cirúrgica. A partir desse ponto, o conhecimento e o manejo dos fatores de risco de cada paciente, a decisão sobre o melhor momento e a estratégia cirúrgica, o manejo intra-hospitalar e o plano de cuidados para um pós-alta bem-sucedido nortearão uma melhora nos resultados.

Em 1950, começou-se a falar no Reino Unido sobre a necessidade de uma abordagem diferenciada para esse grupo de pacientes, até que em 1974 surgiu a primeira publicação sobre as chamadas unidades ortogeriátricas, cujo objetivo era cuidar de idosos com fratura de fêmur que eram admitidos nas unidades de emergência. A partir de então, uma série de estudos foi evidenciando que o comanejo médico entre geriatras, ortopedistas e anesthesiologistas melhorava desfechos, que eram mais bem-sucedidos quando geriatras assumiam a gestão dos cuidados e não atuavam apenas como interconsultores. Em 2014, uma metanálise mostrou que os diversos modelos de manejo ortogeriátrico são capazes de reduzir tanto a mortalidade intra-hospitalar como aquela a longo prazo, no pós-alta.

O papel que cada membro da equipe deve desempenhar no perioperatório deve estar claro. O anesthesiologista tem a função de identificar e estratificar os fatores de risco e julgar, com base na cirurgia proposta pelo ortopedista e nas condições clínicas do paciente, a melhor estratégia anestésica para o procedimento. O geriatra, além de identificar os fatores de risco e o status clínico do paciente, tem a função, pelo conhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das síndromes geriátricas, de compensá-lo da melhor forma possível em um tempo pouco elástico, devido à urgência ortopédica, e de atuar na prevenção de complicações. Uma equipe multidisciplinar formada por enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais também atua nas demandas geriátricas e contribui para um perioperatório bem articulado, com chance de redução do tempo de internação hospitalar

e um processo de alta mais bem-sucedido.

A avaliação pré-operatória do idoso engloba riscos não contemplados na avaliação de um adulto. Além da estratificação dos riscos mais conhecidos, como cardiológico, renal, pulmonar e tromboembólico, adicionamos o risco nutricional, risco de delirium, risco medicamentoso, risco de fragilidade, entre outros. Talvez o reconhecimento de condições que justificariam o atraso do procedimento cirúrgico para uma melhora clínica seja um dos maiores desafios para a equipe interdisciplinar. No contexto da fratura de fêmur, são poucos os motivos que levam a retardar ou a contraindicar a cirurgia, uma vez que a imobilidade e a internação prolongada criam um ambiente propício ao surgimento de complicações clínicas que, de fato, tornariam esse paciente menos preparado para a cirurgia. Um estudo nesse grupo de pacientes mostrou que cada dia de delirium no intra-hospitalar aumentava em 17% a mortalidade em um ano pós-alta.

Discute-se muito ainda sobre o melhor momento cirúrgico e as causas que poderiam justificar um atraso do procedimento. Acreditamos que quadros instáveis que impliquem risco de vida e necessidade de terapia intensiva poderiam, dependendo de cada cenário, precisar de um maior tempo de compensação pré-operatória. Além do atraso, a questão de contraindicar a cirurgia pelo risco versus benefício também é pauta de discussão: um paciente em cuidados paliativos com baixo status de performance ou sem potencial de reabilitação teria benefício cirúrgico em prol de um controle algico e de uma mobilidade limitada? Ainda não temos um consenso, e a discussão entre os especialistas é ascendente e produtiva nesse sentido.

Após a cirurgia, mais um grande desafio surge para a equipe, que é o plano de cuidados e o processo de alta hospitalar. A nova realidade que permeia a tríade paciente/família/sistema de saúde pode aumentar reinternações, institucionalizações e mor-

bimortalidade se um elo entre eles não for estipulado ainda na internação hospitalar. Um suporte social fragilizado nesse cenário se manifesta como um marcador de piores desfechos pós-alta, pois as demandas pela dependência funcional do paciente, reabilitação, estrutura domiciliar necessária, além de todo o suporte clínico geriátrico, inferem uma organização que, muitas vezes, no contexto tanto da saúde pública como da suplementar, ainda está fora do ideal em nosso país.

Em países como Estados Unidos e Austrália, a transição de cuidados da esfera hospitalar para a domiciliar é, usualmente, interseccionada pelos Centros de Cuidados Pós-Agudos, que são instituições que recebem esses pacientes por um período de aproximadamente 30 a 40 dias para o processo de reabilitação, com um plano de cuidados seguido por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de reabilitá-lo o mais próximo ao seu estado funcional basal e diminuir reinternações e incapacidades.

Logo, os desafios da fratura de fêmur no idoso são grandes, iniciando no diagnóstico e tratamento precoce da osteoporose, transitando pelo quadro crítico do intra-hospitalar e finalizando com a complexidade do pós-alta e a prevenção secundária de um novo evento. É nesse cenário que geriatras e gerontólogos se destacam como ferramentas fundamentais para a consolidação da ortogeriatra e pelo potencial de mudar desfechos positivamente.

.....

Juliana Marília Berretta Geriatra titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; afiliada da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo na Unidade Hospitalar e Ambulatório de Transição de Cuidados – Coordenadora do Protocolo de Fratura de Fêmur em Idosos

Referências bibliográficas

1. Kanis et al. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporos Int.* 2012 Sep; 23(9): 2239–2256.
2. HCUP Nationwide Inpatient Sample. Healthcare Costland Utilization Project 2011. Agency for Healthcare Research and Quality.
3. Dionysios Giannoulis, Giorgio M. Calori, and Peter V. Giannoudis. Thirty-day mortality after hip fractures: has anything changed? *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2016; 26: 365–370.
4. Hernlund et al Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. *Arch Osteoporos.* 2013; 8(1-2): 136.
5. Konstantin V. Grigoryan, Houman Javedan, and James L. Rudolph. Ortho-Geriatric Care Models and Outcomes in Hip Fracture Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Orthop Trauma.* 2014 Mar; 28(3): e49–e55.
6. Optimal Preoperative Assessment of the Geriatric Surgical Patient – ACS NSQIP /AGS BEST PRACTICE GUIDELINES 2015.
7. Bray-Hall ST. Transitional care: focusing on patient-centered outcomes and simplicity. *Ann Intern Med.* 2012;157(6):448–9.
8. Mary Naylor, Stacen A. Keating. Transitional Care: Moving patients from one care setting to another. *Am J Nurs.* 2008 Sep; 108(9 Suppl): 58–63.
9. Bunin et al. Medicare Spending and Outcomes after Post-Acute Care for Stroke and Hip Fracture. *Med Care.* 2010 September ; 48(9): 776–784.

GERP.17: sucesso de público e crítica

O 10º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, realizado entre 6 e 8 de abril, reuniu quase 2 mil pessoas no Centro de Convenções Frei Caneca. Um recorde de público para um congresso regional,

graças a uma programação científica meticulosamente elaborada e a um apoio significativo da indústria farmacêutica. Confira a seguir alguns destaques do evento.

ATIVIDADE FÍSICA

Envelhecimento saudável e atividade física

A cerimônia de abertura do GERP.17 contou com a presença de representantes da SBGG-SP na figura da presidente Maisa Kairalla, também presidente do Congresso, da presidente de Gerontologia da SBGG-SP, Luciane Soares, dos representantes da SBGG nacional, o presidente José Elias Soares Pinheiro e a vice Claudia Fló, bem como dos presidentes científicos do GERP Marcelo Valente, pela Geriatria, e Naira Dutra Lemos, pela Gerontologia.

Um dos destaques da abertura foi a apresentação do educador físico Marcio Atalla, que falou sobre o tema “Envelhecimento saudável”. O especialista citou que 20% das doenças têm influência genética familiar, mas que a maioria dos problemas crônicos, como diabetes e hipertensão, é determinada por mais de um gene. Para que o gene se manifeste, há uma influência de 50% do estilo de vida. “Se todo mundo sabe disso, por que simplesmente não conseguimos adotar um estilo de vida mais saudável?”, indagou à plateia. Porque, ele explicou, o meio ambiente acaba por determinar o estilo de vida. E a vida nos grandes centros urbanos como São Paulo fez com que o ser humano deixasse de se movimentar.

Com comida em abundância – cada vez mais industrializada – e pouco movimento, o resultado são sobrepeso e doenças crônicas. Se essas consequências são ruins em qualquer faixa etária, são mais sentidas ainda durante o envelhecimento e se expressam por meio de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

Para Atalla, o exercício programado – aquele que é feito em academia ou parques – é excelente, mas é possível colocar um fim ao sedentarismo com atitudes no dia a dia. “Quem trabalha por cinco horas sentado pode levantar a cada uma hora para andar um pouco ou mesmo trabalhar em pé. É possível trocar o elevador e a escada rolante pela escada comum. Para isso é preciso pensar, se conscientizar do movimento, para criar o hábito.”

O especialista reforçou a importância, inclusive econômica, de se investir na promoção de uma melhor qualidade de vida. “Para cada real alocado em prevenção, faz-se uma economia de 4 reais na medicina terciária”, disse. E salientou que o exercício físico é possível mesmo para idosos mais frágeis fisicamente. “A cada hora de TV assistida, o idoso pode se levantar e andar pela sala por seis minutos. Só isso já produzirá um bom impacto em sua condição física.”



Marcio Atalla

Fotos: Lilian Liang

TECNOLOGIA

Tecnologia como auxiliar de cuidados

Ryan Woolrych, professor da área de saúde e bem-estar na Universidade de Heriot-Watt, em Edimburgo, na Escócia, e da área de envelhecimento na Universidade Simon Fraser, em Vancouver, no Canadá, falou via videoconferência sobre gerontecnologia – desafios e oportunidades usando a tecnologia para dar suporte à população.

O especialista ressaltou que atualmente, na “agenda do envelhecimento”, o objetivo é, cada vez mais, dar suporte para idosos em suas próprias casas e na comunidade, onde eles podem ter uma vida mais independente e segura. “A questão é envelhecer no lugar certo e reconhecer que certas abordagens, incluindo aí o uso da tecnologia, podem dar suporte à saúde das pessoas que estão envelhecendo”, afirmou.

Entre essas tecnologias estão sensores ambientais, casas inteligentes, monitores para quedas e redes de comunicação e monitoramento que geram informações em tempo real, tanto para os idosos como para seus cuidadores, profissionais ou familiares. “Os testes realizados com tecnologia assistiva têm sido muito positivos, melhorando as taxas de mortalidade e diminuindo as hospitalizações”, comemorou.

O professor apresentou os resultados de dois projetos implementados na Europa e a opinião de cuidadores e idosos a respeito deles. O primeiro foi o SAPHE (Smart and Aware Pervasive Healthcare Environments), implantado no Reino Unido. Sensores no corpo e espalhados pelo ambiente, bem como redes conectadas, foram colocados em 82 idosos e em suas residências, sob a supervisão de 22 profissionais da saúde. Ao final de seis meses de experimento, foram realizadas pesquisas qualitativas com os participantes.

Do lado dos idosos, os principais benefícios foram a segurança e o monitoramento da saúde, com redução de acidentes e de hospitalização. Por outro lado, eles se disseram ansiosos com o monitoramento constante e se sentiram vigiados. Já os cuidadores se beneficiaram em poder realizar intervenções mais precocemente, mas relataram ter a sensação de estar sempre trabalhando, já que eram avisados a qualquer hora do dia ou da noite sobre possíveis problemas, e de estar sendo substituídos pela tecnologia.

Outro projeto foi o SOPRANO (Service Oriented Programmable Smart Environments for Older Europeans), que, além

do monitoramento, tinha uma interface por meio da qual o idoso era avisado sobre a hora das medicações, sobre a dieta, exercícios e consultas médicas. Quanto a esse projeto, os idosos relataram sentir-se mais seguros e confortáveis com o sistema. Afirmaram que aceitariam abrir mão de privacidade desde que isso os mantivesse por mais tempo vivendo em suas casas. Queixaram-se de um sistema invasivo, porque os familiares eram avisados sobre quantas vezes os idosos iam ao banheiro, por exemplo. Como negativo, disseram que as câmeras dão aos familiares a sensação de estarem por perto – diminuindo a frequência de visitas presenciais.

Apesar de alguns pontos ressaltados como negativos, em geral a tecnologia, na opinião do professor, é positiva no monitoramento da saúde. “Mas é preciso haver mais transdisciplinaridade entre os profissionais da saúde e a indústria para que as tecnologias sejam mais assertivas e levem em conta diferenças culturais e sociais”, concluiu.



Plateia atenta durante todo o evento

SARCOPENIA

Pequenas medidas, grandes resultados

John Morley, professor e diretor da Divisão de Geriatria e da Divisão de Endocrinologia da Escola de Medicina da Universidade de Saint Louis, nos EUA, e um dos grandes expoentes no estudo da sarcopenia no mundo, foi um dos destaques do GERP.17.

Morley enfatizou a importância do diagnóstico precoce de sarcopenia e afirmou que uma das principais dificuldades nessa tarefa é a falta de conhecimento. Segundo ele, já existem questionários simples e facilmente aplicáveis, como o SARC-F, criado por ele, que podem auxiliar nesse diagnóstico. “Mas os profis-

sionais de saúde tendem a focar em ferramentas mais complexas, como recorrer ao DEXA para medição da massa muscular”, explica ele. “Já existem recursos simples, mas os profissionais de saúde precisam saber que eles estão disponíveis.”

Em relação aos medicamentos para sarcopenia, Morley prefere ser cauteloso. Já existem drogas sendo pesquisadas, mas todas elas trazem inúmeros efeitos colaterais. “Acho que ainda devemos esperar pelas drogas, porque as respostas estão em nossas mãos no momento: nos exercícios e nas proteínas de alta qualidade. É preferível investir em programas de atividade física do que em drogas caríssimas que não vão funcionar muito melhor”, alfineta.

Os suplementos não entram nessa categoria. Ele defende que eles são absolutamente necessários em determinadas circunstâncias, mas o ideal é fazer uma boa dieta, com proteínas de qualidade para ajudar na construção dos músculos.

O pesquisador ressalta a importância da conscientização tanto de profissionais de saúde quanto de familiares sobre a sarcopenia. “É fundamental que os pacientes sejam identificados precocemente e sejam encorajados a participar de programas de exercícios de boa qualidade, além de receber tratamento adequado numa fase ainda inicial, para desacelerar a progressão e reverter a sarcopenia tanto quanto possível”, explica. “E também precisamos procurar possíveis causas, como apneia do sono ou depressão, que podem ser tratadas.”

Muito se tem falado sobre a relação entre sarcopenia e déficit cognitivo. Para Morley não existe tanto uma questão de causa e efeito, mas sim de mais denominadores comuns. “Podemos usar como exemplo os distúrbios do sono. Um sono

ruim leva à fadiga. Quem tem fadiga não se exercita – e isso pode levar à sarcopenia. A depressão também produz fadiga, o que impede as pessoas de se exercitar e comer direito – e isso também pode levar à sarcopenia e ao déficit cognitivo. A fadiga, nesse caso, é o denominador comum. Portanto, trata-se de uma combinação de fatores que muitas vezes coincidem, mais do que a sarcopenia ser preditor de déficit cognitivo ou vice-versa”, explicou.

Segundo Morley, é importante diferenciar a sarcopenia da fragilidade, embora na maioria dos casos as duas coincidam. “É possível ter fragilidade relacionada a fadiga, perda de peso, polifarmácia e não haver quadro de sarcopenia”, disse. Ele enfatizou o valor do exercício físico para evitar o processo de sarcopenia. “Com uma boa intervenção é possível fazer uma diferença enorme. Dá para mudar a trajetória de forma a evitar a sarcopenia e a fragilidade”, concluiu.

INFLAMMAGING

Inflamação e envelhecimento

Confira a seguir uma entrevista com Janet Lord, professora de biologia celular e imunologia, diretora do Institute of Inflammation and Ageing na Escola de Medicina da Universidade de Birmingham, na Inglaterra, e diretora do MRC – Arthritis Research UK Center for Musculoskeletal Ageing Research. Sua principal linha de pesquisa é o efeito do envelhecimento na função imunológica e seu impacto na habilidade de idosos resolverem processos inflamatórios, investigando como esse fator pode predispor-los a doenças crônicas inflamatórias.

Imunossenescência e inflammaging são conceitos muito específicos no envelhecimento. Como você diferenciaria esses processos?

Janet Lord – A imunossenescência se refere ao envelhecimento do sistema imunológico. Ele é importante porque, com o envelhecimento, as pessoas ficam mais suscetíveis a infecções. Para piorar, nem podemos tentar preveni-las com vacinas, porque elas não funcionam tão bem em idosos. Minha pesquisa procura entender por que isso acontece, por que o sistema imunológico envelhece e o que podemos fazer a respeito disso.

O inflammaging se refere a um aspecto muito específico. Temos maior inflamação à medida que envelhecemos, e há



John Morley

muitas causas para isso. Uma delas é o fato de estarmos menos ativos fisicamente, o que nos leva a ficar mais inflamados. Outra razão é a mudança no sistema imunológico, que não é tão eficaz no controle da inflamação. Parte da razão também se deve a mudanças hormonais, principalmente em mulheres, que veem uma redução dos hormônios sexuais protetores depois da menopausa. E por que o inflammaging é importante? Porque ele é uma das causas de muitas doenças relacionadas ao envelhecimento, como demência, doença de Alzheimer e doenças cardiovasculares. É preciso tentar combater esse processo.

Que avanços você destacaria nas pesquisas sobre o tema?

Janet Lord – Na área da imunossenescência, publicamos recentemente um estudo sobre uma forma muito simples de melhorar respostas à vacinação. Sabemos que o sistema imune funciona melhor em diferentes períodos do dia, por causa do ritmo circadiano. Pensamos: “E se vacinarmos as pessoas pela manhã ou à tarde? Será que as vacinas funcionariam melhor?”. Fizemos isso com 300 pessoas e vacinamos metade contra influenza pela manhã e metade à tarde. Os que foram vacinados pela manhã tiveram melhor resposta. Portanto, a única coisa necessária é tomar a vacina pela manhã! Não há custo para os serviços de saúde, só uma organização de agendas. Agora estamos pesquisando se esse mecanismo vale para todas as vacinas e testando com a de pneumonia. Se o mesmo for verificado, podemos presumir que funcione para todas as vacinas.

Também fizemos experimentos em que avaliamos se o fato de a pessoa ser fisicamente ativa gera melhora no sistema imunológico, e a resposta é sim. O inflammaging, portanto, é reduzido com exercícios regulares. Essa inflamação, que é tão ruim para cérebro, coração, músculos e ossos, é sempre mais baixa em indivíduos que são ativos.

Também fizemos o mesmo tentando melhorar a função física e garantir que os músculos funcionem melhor. Isso é importante porque ajuda o idoso a não cair ou a levantar de uma cadeira facilmente. Descobrimos que apenas fazendo exercícios resistidos já ajuda. Na verdade, oito semanas de exercício resistido podem ajudar a recuperar 20 anos de músculos perdidos. E não é preciso ir para a academia. Se tiver escadas em sua casa ou perto de onde você mora, basta subir e descer os lances dez vezes ao dia e você já terá benefícios nos ossos, músculos e coração.



Janet Lord

O inflammaging é inevitável?

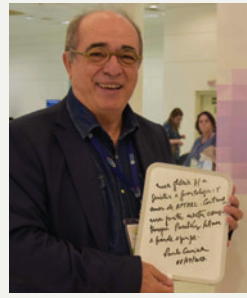
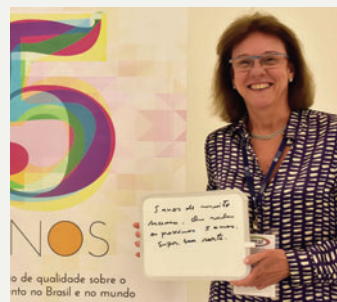
Janet Lord – O inflammaging é algo sério. Mas a boa notícia é que dá para fazer algo a respeito. Existem três fatores principais que contribuem para esse processo: gordura aumentada no corpo, atividade física insuficiente e tabagismo. É necessário evitá-los. Mais exercícios, uma dieta rica em ácidos graxos poli-insaturados, como a dieta mediterrânea, e o não tabagismo ajudam a manter a inflamação sob controle e até mesmo eliminá-la. Portanto, esta é a minha mensagem: nunca é tarde demais.

O que os profissionais de saúde devem saber sobre imunossenescência e inflammaging que pode ajudar no cuidado do paciente?

Janet Lord – Eles têm que saber que o sistema imune não é tão bom à medida que se envelhece, portanto é realmente muito importante estimular os idosos a se vacinar, mesmo que as vacinas não funcionem tão bem nesse público. Outro aspecto é garantir que os idosos sejam tão ativos quanto possível. Em uma das minhas palestras no congresso, falei sobre os perigos de sentar-se por muito tempo. Ficar sentado por longos períodos aumenta a inflamação. Foram conduzidos estudos com pessoas que se exercitam por uma hora durante a manhã, mas depois ficam dez horas sentadas. Elas foram comparadas a pessoas que não fizeram nenhum exercício e o resultado era exatamente o mesmo. Assim, o melhor a fazer é levantar durante o dia e andar um pouco. Mesmo no caso de um idoso com problemas de mobilidade, ele pode levantar por dez minutos a cada hora enquanto vê televisão, por exemplo.

APTARE 5 ANOS

Este ano a *Aptare* completa cinco anos de seu lançamento. São cinco anos de muito trabalho, mas principalmente de conhecimento, propósito e de muitas amizades. Aproveitamos o GERP.17 para convidar nossos leitores e colaboradores a deixar suas mensagens. A seguir, você confere algumas delas.





GERO 2017

SG HCFMUSP

O **Serviço de Geriatria do HCFMUSP** e a Comissão Organizadora elaboraram uma programação científica muito rica em temas, que serão abordados por palestrantes altamente qualificados.

Tema Central:
“Funcionalidade”

22 e 23
Setembro
2017
São Paulo

INSCREVA-SE

WWW.SIMPOSIOSGERO.COM.BR

EM MOVIMENTO :: ideias e recursos para o paciente e para o cuidador

OUTRO RETRATO
EM BRANCO E PRETO

“As características de personalidade mudam ao longo da vida, mas parece que a natureza individual permanece enraizada no abismo do tempo” – é assim que o

fotógrafo Jan Langer enxerga as mudanças por que passamos à medida que envelhecemos.

Formado em antropologia social, ele fala com conhecimento de causa, graças ao seu projeto “Rostos do Século”, que vem desenvolvendo com centenários. Ele saiu em busca de pessoas com 100 anos ou mais e pediu a eles fotos de quando eram jovens. Depois, reencenou as fotos em branco e preto, usando o mesmo cenário simples e as mesmas poses. As imagens foram pareadas com as imagens dos fotografados décadas atrás. O resultado é emocionante e provoca uma importante reflexão sobre como envelhecemos.

Para saber mais: www.janlanger.net

AIRBNB PARA PÚBLICO 50+



A ideia partiu de um irlandês que alugava sua casa de campo para o Airbnb. Como ele morava na capital, Dublin, era seu pai, um viúvo de 70 anos, que recebia os

hóspedes. Ele começou a perceber como o anfitrião se divertia quando os viajantes eram mais velhos e pensou que poderia ser uma boa oportunidade de unir o útil ao agradável: desenvolver um modelo inspirado no Airbnb, mas focado no público idoso. Assim nasceu o The Freebird Club.

Existem, no entanto, algumas diferenças em relação à plataforma americana. A primeira delas é que é preciso pagar uma taxa de adesão de 25 euros, para garantir que a pessoa está de fato interessada em fazer parte do clube. Além disso, o anfitrião que se cadastra só pode oferecer quartos para aluguel, e não a casa toda, como no Airbnb, já que o objetivo da plataforma é criar oportunidade de convivência entre as pessoas.

Para saber mais: www.thefreebirdclub.com.

BANCO DA AMIZADE



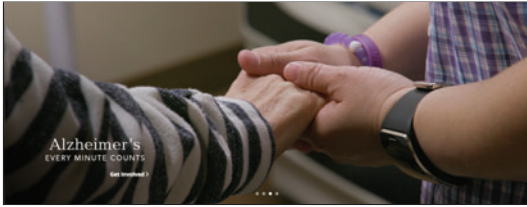
Um em cada quatro habitantes do Zimbábue – um dos países mais pobres da África subsaariana – sofre de alguma forma de doença mental, mas há apenas 13 psiquiatras no país, de cerca de 15,6 milhões de habitantes. Uma solução precisava ser encontrada, e ela veio na forma de um banco e com a tradição de respeito pelas matriarcas africanas.

O Projeto Banco da Amizade vem fazendo uma diferença imensa na vida de quem sofre de depressão no país. A proposta é simples: idosas são treinadas para melhorar a capacidade de pacientes de lidar com estresse mental e ficam sentadas em bancos, prontas para ouvir quem quiser desabafar. Os bancos são um lugar seguro para pessoas que sofrem

de depressão, que na língua shona é chamada de “kufungisisa” – “pensar demais”, na tradução literal.

As clínicas rastreiam os pacientes para doenças mentais através de uma ferramenta desenvolvida localmente chamada Questionário de Sintomas Shona. Ele traz 14 questões, como “Você tem tido dificuldade para dormir?” e “Você tem se preocupado demais?”. Os pacientes que pontuam acima da nota de corte são referenciados para o banco da amizade. Tradicionalmente, idosas fazem o papel de conselheiras para membros mais jovens da comunidade. No banco, no entanto, as avós ouvem mais e dão menos conselhos. Dados preliminares mostram que aqueles que se consultam com as “avós”, como são chamadas as terapeutas idosas, têm cinco vezes menos probabilidade de ter pensamentos suicidas.

O projeto já atingiu cerca de 27 mil pessoas com alguma condição mental desde seu início e será implantado em 60 clínicas no país.

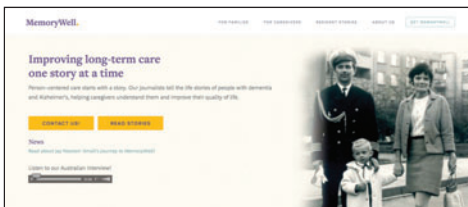


TUDO MINUTO CONTA

Acaba de ser lançado pela PBS o documentário *Alzheimer's: Every Minute Counts* (Alzheimer: todo minuto conta, em tradução livre). Segundo a sinopse, trata-se de “um alarme urgente para chamar a atenção sobre a ameaça nacional que é a doença de Alzheimer”. O filme, de 55 minutos, aborda as consequências eco-

nômicas e sociais para os EUA caso a medicina não encontre uma solução para a doença.

Embora o trabalho tenha sido elogiado por trazer à discussão um tema tão delicado, organizações de pacientes nos EUA se manifestaram contra o filme, destacando que a “narrativa focada na tragédia” apenas aumenta o estigma já associado à doença. “O documentário destaca apenas quão difícil é encontrar parcerias no cuidado, sem ouvir as pessoas vivendo com demência ou discutir como a sociedade causa grande parte desse sofrimento. O filme usa táticas para assustar em nome da segurança, sem respeitar a dignidade de se assumir riscos. [...] O filme fala de gastos médicos crescentes sem mencionar inovações ou capital social. Ele nos alerta sobre as dificuldades das pessoas que vivem com demência de forma isolada sem enfatizar as comunidades que estão se unindo e se ajudando a viver bem, independentemente da habilidade cognitiva”, escreveu Bill Thomas, fundador da ONG Changing Aging. Para assistir ao trailer, acesse: www.pbs.org/tpt/alzheimers-every-minute-counts/home/



CONTANDO HISTÓRIAS

Há três anos, quando Jay Newton-Small colocou seu pai em uma instituição de

longa permanência em Sykesville, no estado de Maryland, ela recebeu um questionário de 20 páginas para responder. Seu pai tinha doença de Alzheimer. A memória comprometida e o comportamento agitado dificultavam o trabalho dos cuidadores de entender suas necessidades. Ao folhear o questionário, Jay percebeu que aquela talvez não fosse a melhor abordagem – ninguém leria 20 páginas descritivas de cada paciente.

Assim, a jornalista resolveu usar suas habilidades para escrever a história de seu pai para a equipe da ILPI, incluindo as partes em que ele havia sido um motorista para Winston Churchill e de como ele gostava de andar pelos campos de lavanda no sul da França, onde ele tinha uma casa. A iniciativa foi um sucesso, pois saber de detalhes pessoais da vida de seu pai ajudou os cuidadores a entender os gatilhos que poderiam aborrecê-lo e as referências que poderiam agradá-lo. “Fazer isso transformou completamente o cuidado que ele recebia”, conta.

A experiência deu tão certo que Jay começou a escrever a história de outros pacientes, primeiro como um favor para amigos, depois como uma startup que fornece para ILPIs perfis online que incluem anedotas, pessoas, fotos, vídeos e gravações das canções favoritas dos pacientes. A procura foi tão grande que a jornalista abandonou o trabalho como repórter e hoje se dedica integralmente à MemoryWell, juntamente com dois sócios e jornalistas freelance, para contar as histórias daqueles que já não podem mais contá-las. Para saber mais, veja: www.memory-well.com/

APRENDENDO SOBRE ENVELHECIMENTO NA ESCOLA

Para ajudar os brasileiros a lidar com a população idosa que aumenta no país, o senador Omar Aziz (PSD-AM) quer que o tema do envelhecimento e do cuidado e respeito aos idosos faça parte do currículo da educação básica.

O Projeto de Lei do Senado (PLS) 501/2015, de sua autoria, modifica a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e determina que profissionais de gerontologia ensinem o conteúdo nas escolas. Para o parlamentar, a escola pode ajudar a sociedade a aprender a lidar com a população idosa. “A escola precisa ser chamada a colaborar na ação educativa das novas gerações para a compreensão das virtudes e vicissitudes da terceira idade, com vistas a permitir uma convivência intergeracional mais harmônica, em benefício de todos”, afirmou. O projeto tramita em decisão terminativa na Comissão de Educação, Cultura e Esporte (CE). (Agência Senado)

Ideias simples, mas revolucionárias

Por Lilian Liang

A Feira Hospitalar, realizada entre 16 e 19 de maio em São Paulo, é o maior evento especializado na área em todo o continente americano. Todos os anos ela apresenta milhares de itens em equipamentos médicos, produtos e serviços, funcionando como palco de novos lançamentos e ponto de encontro de fornecedores e clientes. Em 2017 foram registradas 1,2 mil

marcas expositoras e 90 mil visitas profissionais.

A cada edição, um país é convidado para participar da feira, trazendo o que há de mais novo em diversos setores da saúde. Este ano foi a vez da Holanda, que apresentou iniciativas inovadoras em várias áreas da ciência e da saúde, inclusive no envelhecimento. Confira algumas delas a seguir.

Mais poder aos pacientes

Uma das iniciativas que merecem destaque é Buurtzorg, uma organização pioneira em cuidados de saúde que usa um modelo de cuidados holísticos liderado por enfermeiras. O conceito revolucionou o atendimento comunitário nos Países Baixos. Em dez anos, passou de apenas uma equipe para 850 times e mais de 10 mil enfermeiros.

Gertje van Roessel, chief internacional officer da Buurtzorg Nederland, conta a história da instituição e de que maneira ela vem crescendo nos últimos anos.

Como nasceu o conceito de Buurtzorg?

A saúde domiciliar tem uma longa história na Holanda. No século XIX era muito comum que as enfermeiras comunitárias visitassem e cuidassem das pessoas em casa. Até os anos 1980, a enfermeira comunitária era muito ligada à vizinhança em que atuava, mas nessa época começou a haver uma crescente fragmentação do cuidado. Uma decisão foi tomada e o cuidado se

fragmentou em diversos produtos. As enfermeiras que até os anos 1980 iam até a casa dos pacientes e cuidavam de tudo passaram a ir mais para os escritórios, deixando os cuidados para profissionais com menos formação e que custavam menos, o que resultou em diversos declínios, por exemplo. Passamos a ver muitos profissionais na casa do paciente: um para cuidar do café da manhã, outro para o banho, outro para dar a injeção. Então não era incomum que entre 30 e 40 pessoas visitassem o paciente em um mês.

A ideia é que essa estratégia seria mais barata, mas no final acabou saindo mais cara. Os profissionais tinham que viajar para visitar os clientes. A falta de comunicação entre eles também dificultava, porque um não sabia o que o outro estava fazendo. Foi muito difícil – e mais caro – coordenar esse cuidado e trabalhar em boas soluções para o cliente.

Jos de Blok, nosso CEO, era um enfermeiro comunitário. Ele estudou economia e, quando se tornou diretor de inovação em uma grande organização de saúde, percebeu que as mudanças no cenário da saúde na Holanda – fragmentação, serviços mais caros, resultados ruins, clientes insatisfeitos, profissionais infelizes, queda de qualidade – exigiam que se pensasse em um novo modelo. Isso aconteceu há dez anos.

E como era esse novo modelo de negócio?

A ideia é deixar a liderança para os profissionais. O ponto de partida foi avaliar o cliente e sua rede informal e usar todos os seus recursos antes de entrarmos com os profissionais.

Um exemplo: uma idosa teve alta hospitalar depois de uma cirurgia de quadril e o hospital solicitou ajuda de Buurtzorg



Fotos: divulgação

Gertje van Roessel, CIO da Buurtzorg Nederland

porque ela vive só, os familiares moram longe e ela não tem como se vestir ou tomar banho sozinha. Nós fazemos uma primeira avaliação e investigamos o que é necessário, mas em nenhum momento assumimos a posição “Vamos tomar conta de tudo”. Nosso objetivo é desenvolver o relacionamento e a confiança com a cliente para ouvi-la e avaliar se ela tem recursos para cuidar de si mesma ou a ajuda de algum familiar, vizinho ou outro recurso disponível em sua rede.

Isso leva tempo. Os primeiros encontros demoram, porque queremos desenvolver a relação. O resultado, no entanto, é que depois de algum tempo podemos reduzir a quantidade de cuidado, os momentos de cuidado, porque a cliente está empoderada, com mais autoconfiança, e pode trabalhar mais por si.

Trabalhar na autoconfiança do cliente é muito típico do nosso trabalho em Buurtzorg. Os enfermeiros geralmente tendem a tomar conta de tudo, mas nossa abordagem é completamente diferente. O que se vê são clientes mais empoderados e a rede informal sendo mais usada. Financeiramente, acabamos sendo um serviço mais caro nas primeiras semanas de cuidado, mas depois conseguimos reduzir as intervenções e os custos.

No Brasil seria necessária uma mudança de cultura para que um serviço desse tipo fosse aceito, pois estamos acostumados ao profissional de saúde que se encarrega de tudo.

Na Holanda também é difícil às vezes. Por isso, é preciso muita comunicação com nossos profissionais, porque os clientes dizem “Nós pagamos por isso, pagamos impostos, e quem é você para dizer que minha mãe tem que tomar banho sozinha?”. Por isso eu digo que é preciso desenvolver confiança não apenas com o cliente, mas também com a família, para explicar a filosofia. Acreditamos que, ao empoderar as pessoas para usar os recursos de sua rede informal, trabalhamos em sua autoconfiança e autoestima, e elas se sentem melhores. Elas não são mais apenas pacientes – são pessoas que precisam de um pouco de cuidado. Isso é bom para o bem-estar. Mesmo na Holanda não era tão comum avaliar os recursos e tentar empoderar, porque leva tempo, mas hoje é uma prática muito elogiada. As pessoas se sentem apoiadas por Buurtzorg. Estamos muito felizes, pois é um conceito cada vez mais popular.

Como é o trabalho dos enfermeiros que trabalham em Buurtzorg?

Temos um total de 10 mil profissionais, que trabalham em equipes de 12 pessoas no máximo. Não há gerentes – os próprios enfermeiros assumem a liderança. São equipes auto-organizadas, apoiadas por um sistema de tecnologia de comunicação e informação (ICT, na sigla em inglês) muito inteligente. O que fizemos foi facilitar todas as tarefas burocráticas, como administração, registro, etc., para mantê-las o mais simples e efi-

cientes possível. ICT é muito importante. Os profissionais têm iPads e podem se logar no sistema 24 horas por dia. Eles têm esse apoio, mas toda a estrutura da equipe é montada por eles: eles encontram seu próprio escritório, decoram, contratam e demitem profissionais. Eles são contratados, mas atuam como donos daquele negócio. A maioria deles vem de organizações tradicionais, com muito gerenciamento, onde não podiam fazer o que foram treinados para fazer. Em Buurtzorg eles sentem que têm o trabalho de volta, porque podem trabalhar como enfermeiros. Se quiserem, eles também podem contar com um coach. Temos 18 coaches trabalhando regionalmente – se uma equipe está enfrentando dificuldades ou quer discutir ou refletir sobre determinado assunto, eles podem solicitar a visita do coach.

A maioria de seus clientes são idosos?

Sim, diria que pelo menos 80%. Muitos têm doenças crônicas, demência, Parkinson. Podem estar em transição pós-hospitalar ou em cuidados paliativos. Na Holanda é muito comum morrer em casa, então o cliente recebe os cuidados em casa. Os profissionais de Buurtzorg acompanham até o último momento. Mesmo procedimentos que exigem habilidades técnicas específicas também são feitos em casa. Para o cliente é muito confortável, pois ele pode ficar num ambiente familiar e a família pode acompanhá-lo 24 horas.

Há estudos que mostram que o modelo de Buurtzorg funciona melhor que o tradicional?

Até agora não. Não existe bom benchmark possível, porque na história da Holanda não havia dados suficientes. Toda instituição coletava dados individualmente, mas eles não eram consolidados de uma maneira organizada. Agora começamos a usar um sistema de classificação e já começamos a fazer benchmark, mas ainda é difícil.

De qualquer forma, no começo as pessoas não achavam que o modelo iria dar certo, por ser algo tão disruptivo e diferente. A maioria dava dois anos para que fechássemos as portas.

Mas, mostrando o que estávamos fazendo – resultados, clientes e profissionais felizes, alta qualidade a baixo custo –, começaram a escrever sobre nós, e não apenas na Holanda. Não tínhamos nenhuma intenção de nos tornarmos uma organização internacional, mas hoje já estamos em países como Reino Unido, França, Suécia, Alemanha, Estados Unidos, Japão, China, Coreia do Sul, Taiwan. Temos diferentes modelos, em espécies de franquias, que se adaptam a diferentes realidades. A maioria dos países tem o desafio de pessoas envelhecendo, finanças, alto custo da saúde e todos procurando soluções. O mais impressionante é que é um conceito tão simples, mas com resultados tão incríveis.

Parkinson em rede

Um sistema integrado que envolve a educação de profissionais e pacientes e a construção de uma rede em que possam ser trocados conhecimentos e experiência – esse é o conceito por trás da rede ParkinsonNet, uma iniciativa criada pelo neurologista Bastiaan Bloem, da Radboud University Medical Center.

Mais de 50 mil pessoas nos Países Baixos têm a doença de Parkinson. Ciente de que esses pacientes precisam de cuidados individualizados específicos para a condição, Bloem procurou encontrar soluções para três problemas que considerava principais nesse contexto.

O primeiro deles era a falta de expertise. “A doença de Parkinson é uma doença complexa e é preciso expertise para tratar bem esses indivíduos. No entanto, temos 40 mil pacientes e 20 mil fisioterapeutas na Holanda, portanto, por definição, cada profissional cuida de um ou dois pacientes. Isso não é suficiente para construir habilidades para uma condição tão difícil”, explica Bloem.

O segundo obstáculo citado era o fato de os profissionais não seguirem as diretrizes baseadas em evidência, portanto não havia uma padronização do cuidado. Em terceiro lugar, havia pouca colaboração. “O paciente estava se consultando com um neurologista, mas ele não se comunicava com os outros profissionais de saúde envolvidos no cuidado daquele indivíduo. A comunicação era muito ruim”, afirma.

Por último, Bloem destaca o não envolvimento dos pacientes no próprio cuidado. “Eles eram passivos, apenas o objeto de boas intenções. Não eram cidadãos ativos que contribuíam para uma vida melhor”, diz.

Com essas questões em mente foi construída a ParkinsonNet, baseada em três pilares. Um deles é a educação profissional, em que se investe pesado na formação dos envolvidos no cuidado do paciente através de cursos intensivos, diretrizes atualizadas, que ajudam a reduzir variações no cuidado, e conferências anuais. “Organizamos conferências anuais e dividimos o país em 70 regiões. Os membros de cada região têm que se encontrar pelo menos três vezes por ano, como uma equipe, para discutir casos, fazer acompanhamento educacional. Se você conhece o outro pessoalmente, a colaboração fica mais fácil”, destaca Bloem.

Um outro pilar é a educação do paciente. Uma das ações nesse sentido foi a criação de um canal de TV baseado na web chamado Parkinson TV. A ParkinsonNet tem seu próprio estúdio e uma vez por mês faz transmissões ao vivo, dis-

cutindo temas que os pacientes consideram interessantes. “Temos um painel de pacientes que decidem sobre os tópicos todos os anos. Nós inicialmente achamos que eles gostariam de saber de temas relacionados a tremor, que é o que nós achamos importante, mas eles querem saber sobre sono, sexo, viagem, perda de emprego, etc.”, relata. O canal já contabiliza 25% dos pacientes no país.

Outro exemplo de educação para o paciente foi a criação do ParkinsonConnect, uma espécie de Facebook de cuidados de saúde. A ferramenta permite que os pacientes se encontrem online 24/7 e troquem experiências. Aos poucos, vem sendo feito um movimento de envolver os profissionais nessa rede também, de maneira que as duas pontas se encontrem na web. Bloem cita o caso de um paciente no norte do país que se queixava de não conseguir mexer no mouse do computador – por causa dos tremores, o mouse “pulava” sobre a mesa. Um fisioterapeuta lançou a pergunta no grupo e um terapeuta ocupacional residente no sul da Holanda – portanto alguém em outra região, e de outra especialidade – contou que a indústria de games dispunha de mouses mais pesados. Essa acabou sendo a solução. “Sem o ParkinsonConnect eles não teriam se encontrado, e, se tivessem se falado por telefone, o conhecimento teria se perdido. Com o ParkinsonConnect é possível resgatá-lo. Estamos, dessa forma, construindo uma enciclopédia de informações úteis sobre Parkinson para profissionais e pacientes”, diz.

Resultados animadores

Os resultados de dez anos de trabalho já se fazem sentir. Estudos publicados nas principais revistas científicas mundiais e análises de auditorias e seguradoras mostram que a qualidade do cuidado aumenta, que o uso das diretrizes é melhor e que os terapeutas precisam de menos sessões com o paciente, o que consequentemente reduz o custo da assistência. “Os fisioterapeutas tratavam os pacientes com massagens semanais, o que era pouco eficaz e muito caro, por ser um tratamento contínuo. Com a ParkinsonNet os fisioterapeutas são treinados para ensinar o próprio paciente a fazer a massagem segundo as diretrizes. Com medidas assim, o custo total de saúde caiu em 30 milhões de euros na Holanda, que é cerca de 7% do nosso gasto anual com doença de Parkinson”, comemora.

O conceito da ParkinsonNet ainda não é compulsório no país, então o paciente pode escolher que tipo de abordagem prefere ter para a sua doença. Bloem acredita que isso está

prestes a mudar, graças a resultados positivos na aplicação de sua ideia. Numa análise feita com 4,3 mil pacientes com doença de Parkinson de uma das maiores seguradoras de saúde da Holanda, eles observaram que 50% optaram pela ParkinsonNet e 50% escolheram o caminho regular. Todas as variáveis – idade, gênero, condição socioeconômica, uso de levodopa – eram idênticas. “Era basicamente um estudo clínico randomizado na vida real”, brinca Bloem. Os resultados foram extremamente animadores: menos sessões, custos menores, melhor continuidade de cuidado e risco total 30% menor de desenvolver uma fratura de quadril ou outros problemas ortopédicos. “Agora temos bons resultados para mostrar que esse conceito de bons profissionais, pacientes educados e trabalho em equipe se resume em empoderamento do paciente, dos profissionais e da equipe”, diz.

O especialista destaca que a ParkinsonNet foi uma iniciativa que nasceu de baixo para cima – teve início na Radboud University e passou a ter cobertura nacional com mais de 3 mil profissionais em 70 regiões. Seu custo anual é de 1 milhão de euros, mantido pelas seguradoras. Esse valor inclui organização de conferências, tecnologia, Parkinson TV, novos treinamentos, atualização de diretrizes, entre outros itens.

Expansão

O modelo vem dando tão certo que já está sendo exportado para outros países. Já existe ParkinsonNet na Noruega e em Luxemburgo, mas é seguro dizer que uma das principais conquistas da iniciativa foi a parceria com o grupo Kaiser Permanente, o maior grupo de saúde dos Estados Unidos hoje, com base em Oakland, na Califórnia.

Para apresentar a ParkinsonNet de maneira que a rede atendesse às necessidades do potencial parceiro, Bloem criou o modelo que batizou de Starbucks: usar os mesmos ingredientes – café, leite e copos – para fazer o café do seu jeito. Com os mesmos itens básicos que compõem a ParkinsonNet Holanda, a Kaiser podia desenvolver uma rede que fosse mais adequada às suas próprias demandas. Assim, do pacote com Parkinson TV, diretrizes, treinamento profissional, educação do paciente, Parkinson Connect, entre outros, a Kaiser eliminou a questão de tecnologia, já que estava bem assessorada nesse quesito. “Por isso, quando me perguntam qual o melhor ingrediente da lista, não tenho como responder. A pergunta que faço é: O que, em nosso repertório, pode ajudar a melhorar o seu cuidado?”, afirma. O

grupo Kaiser já adotou o modelo Starbucks para outras condições, como demência e AVC, pois, segundo o neurologista, “o conceito geral de cuidado em rede, educação do paciente e profissional é universal”.

Existem planos de trazer a ParkinsonNet ao Brasil. Durante a visita à Feira Hospitalar, Bloem teve a oportunidade de conversar com profissionais de instituições públicas e privadas, tais como o Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sobre a possibilidade de uma parceria bilateral. Segundo ele, a ênfase para a rede no Brasil estaria na telemedicina e em especial na telerreabilitação, em virtude das grandes distâncias no país. “Existem ótimos profissionais e centros de tratamento no país, mas nem todos os pacientes têm acesso a eles por causa da distância. Meu sonho seria construir uma rede com telefisioterapia, teleterapia ocupacional, telenutrição”, conta. “Acredito que há um grande potencial para isso no Brasil.”

Para ele, entender as necessidades dos parceiros é o que torna a experiência com a ParkinsonNet tão rica. Ao visitar as instituições para ensinar, a própria rede acaba levando conhecimentos novos de volta para a Holanda, melhorando os serviços no país de origem. “Queremos aprender através das diferenças”, finaliza.



Bastiaan Bloem, criador da ParkinsonNet

RADAR :: lançamentos e notícias do mercado de saúde

ÉTICA EM SAÚDE



O **Hospital Israelita Albert Einstein** é o primeiro hospital a se associar ao Instituto Ética Saúde (IES), cujo objetivo prin-

cipal é a autorregulação voltada para o fortalecimento de um ambiente de negócios ético e transparente no setor da saúde. Atualmente o IES conta com 257 associados e entidades de classe que fazem parte do Conselho Consultivo, entre elas a Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp) e a Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (Fehosp).

“Como um hospital de vanguarda, o Einstein está se unindo ao Instituto para participar, mais ativamente, desse movimento que é o combate à corrupção na área da saúde no Brasil. Uma instituição que já tem um importante programa de compliance trará, com certeza, contribuições valiosas. Por outro lado, é o reconhecimento do trabalho sério que estamos fazendo há anos”, afirma o presidente do Conselho Administrativo do Instituto Ética Saúde, Gláucio Pegurin Libório. Ele reafirma a importância de que todos os agentes do setor – fabricantes, distribuidores, hospitais, médicos e planos de saúde – trilhem juntos o caminho para um mercado mais saudável e que garanta a segurança dos pacientes.

UNIDADE DE ORTOGERIATRIA



O **SBA Residencial** criou uma unidade de ortogeriatría para idosos que foram submetidos a procedimentos ortopédicos. O

objetivo é oferecer um modelo de assistência personalizada, focado na reabilitação intensiva de pacientes submetidos a cirurgia ortopédica de prótese de joelho, artroplastia de quadril ou cirurgia de coluna.

A unidade conta com um geriatra que coordena a equipe, composta por fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicóloga, assistente social e enfermagem 24 horas. No momento da admissão, o paciente é avaliado e um plano terapêutico individualizado é elaborado, baseado no procedimento realizado, na sua condição clínica e na necessidade de terapias. O tempo médio de permanência é de um a três meses, e nesse período a equipe mantém contato frequente com o ortopedista responsável pelo caso, trata a dor e oferece suporte psicológico ao paciente, bem como o reabilita para a alta da unidade, treinando-o para diversas atividades do dia a dia.

“Buscamos a reinserção do idoso no seu lar. Para isso propomos, além da melhora física, nutricional e psicológica, mudanças no ambiente onde ele vive, priorizando conforto e segurança, com o objetivo de reduzir quedas e uma nova fratura”, ressalta Daniela Gomez, geriatra da instituição.

NOVO MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DE ARTRITES E TENDINITES



O **Aché** lançou o Oxotron (loxoprofeno sódico), anti-inflamatório da classe dos AINEs (anti-inflamatórios não esteroidais) com diferencial. Com amplo espectro de indicação entre as doenças osteomusculares, como tendinites e osteoartrites, o produto é o primeiro similar do mercado brasileiro do loxoprofeno.

Entre seus diferenciais está sua potente atividade anti-inflamatória, analgésica e antitérmica, tão eficaz quanto a dos principais AINEs do mercado, como celecoxibe, ibuprofeno e naproxeno, na redução da dor e da inflamação em pacientes em pós-operatório e portadores de osteoartrite e

síndrome do ombro congelado.

Além disso, por ser uma pró-droga (que só apresenta ação efetiva após ser metabolizada), o Oxotron é absorvido de forma inalterada por todo o trato digestivo, sendo ativado somente após a metabolização, o que oferece maior proteção gástrica, boa tolerabilidade e rápido início de ação: cerca de 15 minutos após sua administração.



11ª JBEG® JORNADA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

1º Encontro de Residentes de Enfermagem Gerontológica e Saúde do Idoso.

Diferentes Maneiras de Envelhecer:
Experiências e Perspectivas para a Enfermagem

UFMG - BELO HORIZONTE-MG | 12 A 14 DE JULHO DE 2017



PALESTRANTE INTERNACIONAL CONFIRMADA

Dra. Madeline Naegle (USA)

É reconhecida internacionalmente e também no Brasil pelas contribuições na educação e pesquisa na área de enfermagem em saúde mental, especialmente, pelos estudos relacionados ao abuso de drogas e álcool em pessoas idosas. É coordenadora do Centro Colaborador da OMS na área em Enfermagem Geriátrica. É professora efetiva da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Nova York e editora fundadora do "Journal of Addictions Nursing". Como membro das organizações de enfermagem no cenário internacional liderou a criação de políticas de uso e abuso de drogas.

Assuntos que serão abordados pela palestrante:

"A intervenção do enfermeiro no fenômeno da dependência de álcool e drogas em idosos"

"A Enfermagem no contexto da longevidade e o futuro dos idosos: o que nos espera?"

www.abeneventos.com.br/11jbeg

Encontre-nos no 

INSCRIÇÃO

Acesse o site e faça já a sua inscrição online para o 11ª JBEG.

PROGRAMAÇÃO

Confira a programação completa e os palestrantes confirmados no site.



Promoção:
ABEn Nacional

Realização:
ABEn Seção Minas Gerais



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



Apoio:

Organização:

INDICAÇÃO PARA REDUÇÃO DOS NÍVEIS DE COLESTEROL LDL



A **Sanofi** e a **Regeneron** lançaram recentemente Praluent (alirocumabe), um anticorpo monoclonal totalmente humano, administrado com caneta aplicadora por via subcutânea, para o tratamento de pacientes com hipercolesterolemia (elevação do colesterol) primária (familiar heterozigótica e não familiar), que não atingem suas metas de colesterol LDL com o tratamento padrão à base de estatinas e mudanças do estilo de vida.

O alicumabe é um inibidor da PCSK9 (pró-proteína convertase subtilisina/quexina tipo 9) que aumenta o número de receptores de lipoproteína de baixa densidade (LDL), reduzindo assim os níveis do colesterol LDL no sangue. Praluent está disponível nas dosagens de 75 mg e 150 mg, ambas para serem administradas a cada duas semanas, em aplicação única de 1 ml. Ele já é comercializado nos EUA, União Europeia, Canadá, México e Japão. “É uma opção de tratamento importante para um grupo de pacientes que hoje está sob alto risco de ter um infarto, um derrame ou que não tolera o tratamento com estatinas por causa de efeitos adversos”, explica André Faludi, cardiologista e presidente do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

SUPLEMENTO NUTRICIONAL PARA A SAÚDE MUSCULAR



A **Abbott** lançou recentemente o Ensure® Plus Advance, um suplemento nutricional com base científica que contém fórmula especial e exclusiva com nutrientes para reconstruir o músculo e recuperar a força e a energia das pessoas.

A partir dos 40 anos, o indivíduo passa a perder 8% de sua massa muscular a cada década. Essa perda muscular pode intensificar-se ainda mais com a idade, ou em consequência de uma doença ou lesão. Ensure Plus Advance, que foi desenvolvido para ajudar a reconstituir a perda muscular e a recuperar a força e a energia, tem em sua composição 20 gramas de proteína de alta qualidade; 1,5 grama de HMB (β -hidroxi- β -metilbutirato), além de vitamina D, que auxilia na preservação óssea.

O suplemento, disponível no sabor baunilha, em garrafinhas de 220 ml, contém proteínas (24%), carboidratos (45%) e lipídeos (29%), HMB (1,5 grama) e alto teor de vitamina D (500UI).

CERTIFICAÇÃO JCI



Hospital
Santa Catarina

O **Hospital Santa Catarina** anunciou a conquista do selo de acreditação

da Joint Commission International (JCI), líder mundial em certificação de organizações de saúde.

O processo de acreditação avalia as instituições certificadas em diferentes áreas de negócios, incluindo as práticas hospitalares, a estrutura, o gerenciamento de processos, a atenção e os cuidados com o paciente, e assegura que a instituição está em conformidade com os padrões reconhecidos internacionalmente.

“Ser certificado pela JCI demonstra nosso compromisso com a segurança do paciente e nos posiciona cada vez mais no seleto grupo das melhores instituições de saúde do Brasil”, afirma Alline Cezarani, diretora executiva do Hospital Santa Catarina.

A instituição é acreditada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), já teve outra acreditação internacional em seu histórico e decidiu em meados de 2014 buscar o selo da JCI.

FORMAÇÃO EM

OFTALMO GERIATRIA

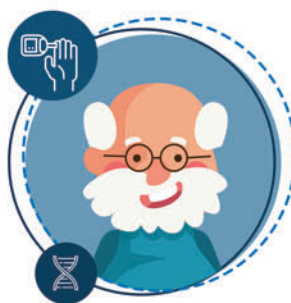


Rumo aos
100 ANOS
E COM **visão!**

O IPEPO - Instituto da Visão da Paulista que busca fomentar de forma sustentável a promoção da saúde ocular, com foco nas unidades de gestão, apoio ao ensino, pesquisa, assistência, e busca de inovação em Oftalmologia, priorizando e complementando as ações do Departamento de Oftalmologia da UNIFESP e do Hospital São Paulo promove curso de Formação em Oftalmogeriatría com início em Maio e término em Novembro.

Serão abordados variados temas da Oftalmologia assim como da Geriatria, Gerontologia, Psiquiatria, Neurologia, Doenças Infecciosas e Oncologia

A catarata senil, perda progressiva de transparência do cristalino. Ocupa o 1º lugar como causa de baixa visual e cegueira na faixa de idade dos 60-75 anos na maioria dos estudos populacionais e é considerada importante causa de cegueira reversível pela OMS.



A idade é o grande fator de risco para a catarata senil, mas fatores como diabetes, uso de corticoide, genética familiar e outras alterações sistêmicas podem acelerar o seu aparecimento.

Na visão da oftalmogeriatría é importante levar em consideração todo o contexto que envolve o idoso com catarata para indicação do melhor momento da intervenção cirúrgica: por exemplo a rotina de atividades do paciente, nível de independência, comorbidades, risco de queda, além dos dados do exame oftalmológico.

Acredito na relação direta entre avanço da idade, intensidade da catarata, menor acuidade visual e maior comprometimento das atividades de vida diárias. Sendo assim a interdisciplinaridade alcança a oftalmologia para também agregar e participar do contexto da geriatria e da gerontologia.

Dra. Marcela Cypel

Coordenação

Dra. Marcela Cypel
Dra. Carmen Luz-Pessuti
Dr. Gabriel Andrade
Dr. João Dias Nascimento
Dra. Heloísa Nascimento
Dr. Rubens Belfort Jr.

Realização



Apoio



Inscrições abertas
VAGAS LIMITADAS!

[institutodavisao.org.br/
oftalmogeriatría](http://institutodavisao.org.br/oftalmogeriatría)

PROGRAMA-SE :: cursos, congressos e simpósios

2017

jun/jul

➔ **World Congress on Brain, Behavior and Emotions**
14 a 17 de junho •
Fiergs – Porto Alegre, RS
www.brain2017.com

➔ **10º Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**
6 a 8 de julho • Bento Gonçalves, RS
www.sulbrasileirosbogg.org.br

➔ **IV Jornada sobre Envelhecimento e I Intensivção de Geriatria**
8 de julho • Volta Redonda – RJ
sbggrj@sbggrj.org.br

➔ **11ª Jornada de Enfermagem Gerontológica**
12 a 14 de julho • Belo Horizonte, MG
www.abeneventos.com.br/11jbeg/

➔ **Alzheimer's Association International Conference**
16 a 20 de julho • Londres, Inglaterra
www.alz.org/aaic

➔ **IAGG 2017**
23 a 27 de julho • Moscone Center – San Francisco, CA, EUA
www.iagg2017.org

➔ **IX Congresso Norte-Nordeste de Geriatria e Gerontologia**
26 a 29 de julho •
Porto de Galinhas, PE
www.gerontoporto.com.br

ago/set/out

➔ **ENAGE**
9 a 11 de agosto • São Paulo, SP
www.crinorte.org.br/arquivos/553

➔ **XXV Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão**
9 a 12 de agosto •
Hotel Samuara – Caxias do Sul, RS
www.hipertensao2017.com.br

➔ **Congresso Brasileiro de Atualização em Endocrinologia e Metabologia**
16 a 19 de agosto • Centro de Convenções do Ceará – Fortaleza, CE
www.cbaem2017.com.br

➔ **IX Congresso de Geriatria e Gerontologia de Minas Gerais**
24 a 26 de agosto • Belo Horizonte, MG
www.congressodegeriatria.com.br

➔ **European Union Geriatric Medicine Society Congress 2017**
20 a 22 de setembro • Nice, França
www.eugms.org/2017.html

➔ **GERO 2017**
22 e 23 de setembro • São Paulo, SP
simposiogerico.com.br

➔ **9º Congresso Centro-Oeste Geriatria e Gerontologia – COGER**
28 a 30 de setembro • Pirenópolis, GO
coger2017.com.br/site/home.html

➔ **GERIATRIO**
26 a 28 de outubro • Rio de Janeiro, RJ
www.geriatrio2017.com.br

➔ **SIGG 2017**
28 de outubro • São Paulo, SP

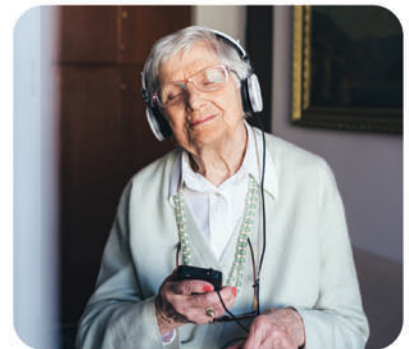


O QUE É MEMORYCARE

Um Residencial especializado na individualização de cuidados para idosos com diversos problemas de memória, inclusive Doença de Alzheimer.

UM LUGAR PARA CHAMAR DE SUA CASA

Um Residencial acolhedor, adaptado para trazer referências marcantes da vida de cada idoso como seus gostos culinários, musicais, visuais e de lazer.



A INOVAÇÃO DO CUIDADO

Nos Estados Unidos, 75% dos idosos em Residenciais MemoryCare apresentam melhoria no desempenho de atividades mentais e locomoção.



Libbs