



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

**FYI**  
NOVOS ESTUDOS E PESQUISAS



**CLÍNICA MÉDICA**  
TABAGISMO NO IDOSO

ano II • edição 9  
fevereiro/março 2014



# Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



## **COLÓQUIO**

Distúrbios do equilíbrio: uma  
conversa com a especialista  
Mônica Perracini

## **CARDIOLOGIA**

Implicações da síndrome metabólica  
em cardiogeriatría

## **SONO NA TERCEIRA IDADE**

Veja o que muda e saiba como  
ajudar seu paciente a dormir melhor

Distribuição exclusiva  
para a classe médica

# NUTREN® SENIOR

## VIDA ATIVA EM QUALQUER IDADE

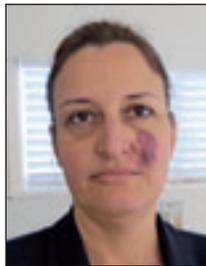


- » Fortalece o músculo e a saúde óssea<sup>1,2,3</sup>
- » Restaura a força e a energia<sup>1,2,3</sup>
- » Auxilia no bom estado nutricional<sup>1,2,3</sup>
- » Contribui na melhora da imunidade<sup>1,2,3</sup>

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

# Aptare

GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



## 7 Colóquio

Distúrbios de equilíbrio no idoso: um papo esclarecedor com a fisioterapeuta **Mônica Perracini**

## 12 FYI

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



## 14 Capa

Sono na terceira idade: veja o que muda depois dos 60 e como garantir uma boa noite de sono ao seu paciente

## 20 Cardiologia

Implicações da síndrome metabólica em cardiogeriatría **Luciana Zimmermann** e **Roberto Dischinger Miranda**

## 26 Fonoaudiologia

Deficiência auditiva: visão geral, impacto na qualidade de vida e reabilitação auditiva

**Margarita Bernal Wieselberg**



## 30 Clínica médica

Tabagismo no idoso: o que precisamos saber **Roberta Lima Amaral da Costa**

## 34 Em movimento

Ideias e recursos para o paciente e o cuidador

## 36 Radar

Lançamentos e notícias do mercado de saúde



## 38 Programe-se

Anote na agenda: simpósios, congressos e workshops

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

### GERIATRIA

Editor clínico:

**João Toniolo Neto**

#### Conselho editorial:

Claudia Burlá

Clineu de Mello Almada Filho

Cybelle Maria Costa Diniz

Eduardo Ferriolli

Elisa Franco de Assis Costa

Elizabeth Viana de Freitas

Emilio Hideyuki Moriguchi

Eurico T. De Carvalho Filho

Fânia Cristina dos Santos

João Carlos Barbosa Machado

João Senger

Julio César Moriguti

Matheus Papaléo Netto

Mauricio de Miranda Ventura

Maysa Seabra Cendoroglo

Milton Luiz Gorzoni

Naira H. Salles de Lima Hojaij

Nereida Kilza da Costa Lima

Omar Jaluul

Paulo Renato Canineu

Renato Maia Guimarães

Renato Moraes Alves Fabbri

Renato Peixoto Veras

Roberto Dischinger Miranda

Sami Liberman

Vitor Last Pintarelli

Wilson Jacob Filho

Yukio Moriguchi

#### Colaboradores:

Alexandre Leopold Busse

Amanda Aranha

André Kayano

André Pernambuco

Bibiana Povinelli

Carlos André Uehara

Eduardo Canteiro Cruz

Felix Martiniano M. Filho

Ianna Lacerda Sampaio Braga

Lara Miguel Quirino Araújo

Lilian Faria

Lilian Schafirovits Morillo

Luciana Farias

Luiz Antonio Gil Jr.

Marcelo Valente

Rodrigo Demarch

Rodrigo Flora

Sumika Mori Lin

Thiago Avelino

Venceslau Coelho

### GERONTOLOGIA

Editora clínica:

**Claudia Fló**

#### Conselho editorial:

Adriana Keller Coelho

Alexandre Leopold Busse

Anita Liberalesso Neri

Elaine Rodrigues da M. Baptista

Eliane Jost Blessmann

Eloisa Adler Scharfstein

Fábio Falcão de Carvalho

Fernanda Varkala Lanuez

João Marcos Domingues Dias

Johannes Doll

Jordelina Schier

Laura Mello Machado

Leani Souza Máximo Pereira

Leila Auxiliadora J. de Sant'Ana

Leonor Campos Mauad

Ligia Py

Maria Angelica S. Sanchez

Maria Claudia M. Borges

Mariela Besse

Marisa Accioly Domingues

Monica Rodrigues Perracini

Myrian Spinola Najas

Naira de Fátima Dutra Lemos

Rita de Cássia Guedes

Sabrina Michels Muchale

Sandra Regina Gomes

Sonia Lima Medeiros

Telma de Almeida B. Mendes

Tereza Bilton

Túlia Fernanda Meira Garcia

Valmari Cristina Aranha

Viviane Lemos Silva Fernandes

Wilson Jacob Filho

Zally P. Vasconcelos Queiroz

**Aptare**  
GERIATRIA E  
GERONTOLOGIA PARA  
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Editorial

**Lilian Liang**

Projeto gráfico e direção de arte

**Luciana Cury**

Revisão

**Patrícia Villas Bôas Cueva**

Comercial

**Debora Alves**

Pré-impressão e impressão

Ipsis Gráfica

e Editora Ltda

Tiragem

12.500 exemplares

ISSN 2316-1434

Jornalista responsável

Lilian Liang (MTb 26.817)

#### Contatos

EDITORIAL:

**Lilian Liang**

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

(11) 2337-8763

(11) 9-8585-8356

COMERCIAL:

**Debora Alves**

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

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição: Christye Cantero, Luciana

Zimmermann, Margarita Bernal Wieselberg, Roberta Lima Amaral da Costa e Roberto Dischinger Miranda

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

 **DÍNAMO EDITORA**

Endereço para correspondência

Rua João Álvares Soares, 1288

Campo Belo – 04609-003 – São Paulo – SP

Tel: (11) 2337-8763

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

## A arte de se reinventar



**A**ssisti recentemente a um ótimo documentário chamado *Fabulous Fashionistas*, transmitido pelo Channel 4 na Inglaterra e ainda não disponível no Brasil. O filme acompanha o dia a dia de seis mulheres extraordinárias, todas beirando os 80 anos, e mostra que envelhecer pode ser bem mais interessante e renovador do que parece. Com seus guarda-roupas recheados, bom humor e uma atitude proativa diante da vida, essas mulheres desafiam os estereótipos de idade.

Uma das personagens, Jean Woods, arrumou um emprego numa loja da rede The Gap após ficar viúva e, aos 70 anos, tornou-se sua funcionária mais antiga. Hoje, com 76 anos, trabalha numa boutique de luxo. Outra entrevistada, Daphne Selfe, aos 85 anos, é a modelo mais velha do mundo e continua na ativa, cheia de vigor e com um guarda-roupa de fazer inveja. Gillian Lynne, que parece 20 anos mais nova do que seus 87 anos, atuou a vida inteira como bailarina e ainda hoje pratica exercícios diariamente, acompanhada de seu marido, 27 anos mais jovem.

A beleza do filme é que em nenhum momento essas senho-

ras querem se fazer passar por mulheres mais jovens. Elas encaram a velhice com um sentimento de acolhimento – cientes de seus obstáculos, mas nem por isso menos engajadas. O que elas fizeram foi transformar suas próprias vidas diante do que as circunstâncias e as limitações lhes apresentaram. No documentário, elas mostram que é possível envelhecer de forma graciosa e produtiva. O mundo visto pelos olhos dessas senhoras é colorido, divertido e inspirador.

Acredito que a lição aqui é a constante reinvenção. E, ao refletir sobre esse conceito, percebo que temos nas mãos uma chance rara como publicação que se propõe a pensar o envelhecimento no Brasil. Por ser um fenômeno ainda tão recente, um processo ainda não consolidado, o envelhecimento nos dá uma oportunidade única: a perspectiva de criar, transformar, melhorar e reinventar nossas opiniões e pontos de vista. O velho nos possibilita o novo.

Aqui na *Aptare*, queremos fazer uso dessa ocasião tão ímpar. Por isso, preparamos para 2014 uma série de projetos, impressos, digitais e presenciais, para levar a você as informações

de que precisa para cuidar de seu paciente idoso cada vez melhor – informações de qualidade, em maior quantidade e em menos tempo.

O primeiro deles, recém-saído do forno, é o nosso site, que entra no ano novo completamente repaginado e muito mais ágil. Para conferir, basta acessar [www.dinamoeditora.com.br](http://www.dinamoeditora.com.br). Com pouco mais de um ano, a *Aptare* quer continuar se reinventando para ser o melhor veículo possível quando o assunto é envelhecimento. Nosso desejo é ser um fórum de discussão em que haja espaço para todos que queiram participar desse futuro que começa a se desenhar.

E esse é só o começo. 2014 promete!

Boa leitura!

**Lilian Liang**  
Editora

## CARTAS



• Parabenizo pela edição set/out 2013 da revista *Aptare*. Tive a oportunidade de receber um exemplar em congresso médico. Sou clínico, assim como meu pai, e gostaríamos de receber as próximas edições para aprimorar nossa assistência aos pacientes e até a nossos familiares.

**Gustavo Camargo Silvério**  
CRM MG 47051

• Sou médica geriatra. Recebi um exemplar da revista *Aptare* no último GERP e gostei imensamente das abordagens. Gostaria muito de continuar recebendo a publicação.

**Carmen del Consuelo Saiz Limoeiro**  
CRM RJ 52 55894-7

• Acabei de conhecer a revista *Aptare* e fiquei encantada. Assuntos modernos, atualizados e pertinentes ao momento atual em que vivemos. Um olhar integral para todos os aspectos do envelhecimento. Parabéns a todos.

**Vera Bifulco**  
Psicóloga

• Gostaria de receber a revista *Aptare*. Conheci a publicação no 12<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Clínica Médica em Porto Alegre (RS) e gostei muito das matérias. O exemplar que aborda a doença de Alzheimer e Parkinson foi bastante útil para meu cotidiano.

**Daniel Francio**  
CREMERS 25974

• Sou médica cardiologista e clínica geral. Gostaria de receber a revista *Aptare*, pois a qualidade das matérias é excelente.

**Maria Goretti Rennó Troiani**  
CRM SP 48.174

• Gostaria de receber a *Aptare*, excelente revista sobre geriatria, da qual tomei conhecimento recentemente.

**Marcos A. M. Ponce**  
CRM RJ 407576

• Recebi a revista *Aptare* ed. 7 no 12<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Clínica Médica e gostei muito. Gostaria de receber a revista de forma constante.

**Luis Afonso Konzen**  
CRM RS 12552

• Sou psicóloga e trabalho em consultório e numa instituição de longa permanência para idosos. Recebi um exemplar da revista *Aptare* e achei bastante interessante, com assuntos atuais e de grande relevância.

**Iracelia Munhoz Moreira**  
Psicóloga

• Gostaria de receber a revista *Aptare*. Recebi a publicação durante o V Congresso de Cuidados Paliativos, em Porto de Galinhas, e gostei muito.

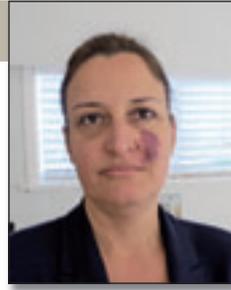
**Rossana A. T. Galvão**  
CRM PE 5931

Agradecemos a todos os que nos enviaram sugestões, observações, críticas e elogios. Ouvir o que você tem a dizer nos ajuda a melhorar constantemente a *Aptare*. As cartas são respondidas diretamente ao remetente. Para falar conosco, mande sua correspondência para: [contato@dinamoeditora.com.br](mailto:contato@dinamoeditora.com.br).

Algumas cartas podem ter sido editadas para fins de clareza. As opiniões aqui expressas não refletem necessariamente a posição da revista.



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



**Mônica Perracini**

Gerontóloga e professora do programa de mestrado e doutorado em fisioterapia da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID)

## Com passos firmes

Por Lilian Liang

Foi uma tarde excepcionalmente produtiva. Enquanto aguardava pela fisioterapeuta Mônica Perracini na sala de espera do Lar Sant'Ana, em Pinheiros, zona oeste de São Paulo, pude conferir de perto parte de sua rotina como uma das principais especialistas brasileiras em distúrbios do equilíbrio em idosos.

Idosos de todas as idades entram e saíam da sala de fisioterapia da instituição, onde se empenhavam em exercícios para recuperar movimentos, fortalecer músculos e melhorar a mobilidade. Muitos atravessavam o espaço que ligava a entrada à sala de fisioterapia, alguns fazendo o percurso em passos miúdos mas firmes, outros com muita dificuldade e a mesma quantidade de esforço.

A cena é um dos retratos do envelhecimento atual. Se há algumas décadas não se vivia o suficiente para apresentar problemas de equilíbrio e mobilidade, hoje a maior expectativa de vida tem levado a um aumento no número desses casos, muitas vezes ocasionando quedas, fraturas e declínio da saúde em pacientes idosos. Por causa disso,

profissionais de saúde enfatizam a importância da prevenção e do tratamento de problemas de mobilidade como uma forma de garantir qualidade de vida.

É nessa nova área de conhecimento que Mônica vem investindo, seja desenvolvendo pesquisas – ela é uma das idealizadoras do primeiro ensaio clínico sobre prevenção de quedas no país, o Prev-Quedas Brasil –, seja como professora do programa de pós-graduação em fisioterapia na Universidade Cidade de São Paulo. Para ela, ainda há muito a evoluir e a aprender, tanto em termos de conhecimento quanto de políticas de saúde pública, mas estamos num bom caminho.

Veja a seguir alguns trechos da entrevista.

**Aptare – Hoje se fala muito de queda em idosos. Eles estão caindo mais?**

**Mônica Perracini** – Não acho que os idosos estão caindo mais. O que acontece é que, com a transição demográfica, há um número maior de idosos vivendo cada vez mais. Antes, vivia-se até os 70 anos e não se chegava a ter grandes complicações ou declínio muito

acentuado da mobilidade ou equilíbrio. Como hoje se vive mais tempo, esses problemas estão aparecendo mais num número maior de pessoas. É uma consequência de um período maior de velhice. Os estudos mostram que entre 30% e 50% dos idosos caem pelo menos uma vez ao ano. A incidência de quedas aumenta com o avançar da idade.

**Aptare – Portanto, todo idoso, em algum momento, vai experimentar uma queda?**

**Mônica** – É importante enfatizar as mudanças que vêm acontecendo. Antes o idoso se aposentava e ficava mais restrito, com um nível de atividade física menor. Ele ficava em casa, no sofá, andando menos, o que diminuía o risco de cair.

Hoje há um grupo de idosos mais ativos, que por fazer mais atividades, em especial fora de casa, fica mais exposto a riscos, ambientais e comportamentais. Hoje uma senhora de 70 anos mantém um nível de atividade considerável: toma conta dos netos, vai à ginástica, circula muito mais e, assim, se expõe mais. Essa maior exposição aumenta a possibilidade de

quedas, em especial numa cidade como São Paulo, com todas as suas iatrogenias.

Então hoje temos dois grupos com risco para cair: o dos menos ativos, mais idosos, já com problemas de locomoção e mobilidade; e o dos muito ativos, que caem porque fazem muita coisa. No grupo com comprometimento funcional maior, as consequências de uma queda são mais graves do ponto de vista físico e funcional. No grupo mais ativo, uma queda única geralmente não tem uma repercussão tão grande sobre a funcionalidade. Esses idosos se recuperam mais facilmente.

Um ponto interessante é que alguns estudos mostram que esses idosos muito ativos também caem bastante por excesso de autoconfiança. Eles acreditam que estão muito bem, que nada vai acontecer. Para eles, o risco comportamental é grande, porque eles se envolvem em atividades mais arriscadas e desafiadoras. Alguns trabalhos classificaram esses idosos como estoicos.

Desses idosos, uma parte pequena tem uma dificuldade de perceber quando o equilíbrio

e a força muscular estão comprometidos. Alguns estudos aplicaram uma escala para medir a autoconfiança e a autoeficácia desses indivíduos e observaram que parte dos idosos com autoeficácia já não apresentavam equilíbrio e força tão bons. Eles têm uma espécie de ruptura entre o que de fato têm de funcionalidade e como eles se percebem. Dentro do grupo dos mais ativos, esses idosos são os de maior risco. Esses não fazer coisas das quais não dão mais conta e acabam caindo. Alguns desses idosos podem eventualmente sofrer uma fratura e esse ser o começo de uma espiral declinante ao longo de muitos anos que vão viver.

#### **Aptare – Como prevenir que isso aconteça?**

**Mônica** – Quando conseguimos identificar esses idosos do ponto de vista preventivo, o que os estudos mostram é que vale a pena investir em mudança de comportamento. Principalmente fora do Brasil, alguns governos investem em pacotes de programas de prevenção de quedas na comunidade. Esses programas são compostos não apenas de exercícios, mas também de um conteúdo educativo. Os idosos recebem uma série de informações e também trabalham em grupo, para se perceber um pouco mais e entender o que acontece no seu dia a dia, inclusive em relação ao risco que correm em determinadas atividades. Isso parece funcionar bem. As experiências de fora parecem ter bom resultado quando se aliam exercícios e educação. Não basta dar a informação, é preciso gerar uma mudança de comportamento. O que se pretende não é que o idoso deixe de fazer as coisas, mas que

“  
É preciso tomar cuidado com o intervencionismo. A gestão do cuidado deve ser bem alinhada.”

ele tome mais cuidado em situações que têm um risco potencial maior. Se está chovendo, por exemplo, é preciso tomar mais cuidado, andar mais devagar.

#### **Aptare – Além das questões ambientais e comportamentais, existem condições de saúde que podem favorecer os distúrbios do equilíbrio?**

**Mônica** – Existem várias. Há um conjunto grande de condições de saúde relacionadas, por exemplo, a disfunções vestibulares, como problemas otoneurológicos, que no idoso tendem a ser um fator importante causador de eventos de queda. São idosos que têm tontura, inclusive crônica, que começaram a desenvolver problemas vestibulares na idade adulta. Como a tontura pode ter várias causas, desde problemas de pressão arterial não controlada até o uso de drogas psicotrópicas, muitas vezes o médico não diagnostica, a não ser que o idoso tenha uma crise vertiginosa. Existem vários trabalhos, no Brasil e no exterior, mostrando que o diagnóstico de problemas vestibulares na atenção primária é muito ruim, porque as causas de tontura são variadas e o clínico não tem treinamento para isso.

Então essa pessoa vem carregando essa tontura, que passa a ser uma sensação de zonzeira, ou mesmo um desequilíbrio, que pode ser pequeno e esporádico, causado por alguns

movimentos da cabeça ou do corpo. Na velhice isso vai se juntar a uma série de outras alterações musculares, articulares, que resultam num quadro mais complicado de equilíbrio. Por isso é importante ressaltar que problemas vestibulares são um rol de condições que deveria ser diagnosticado de uma forma mais precisa. Entre elas estão a vertigem postural paroxística benigna, que é a mais comum, e as disfunções vestibulares de origem metabólica, como diabetes, resistência a insulina e outras disfunções. É preciso que o clínico faça o diagnóstico e encaminhe para o especialista ou o geriatra.

Essa é uma questão importante, pois o geriatra normalmente tem uma visão mais abrangente e vai procurar entender a etiologia da tontura. Para o idoso, simplesmente medicar para ter uma supressão da informação vestibular não funciona. Uma alternativa é tomar a medicação cronicamente, mas sabe-se que isso não é bom. Em termos de tratamento, o que sabemos é que boa parte das alterações vestibulares responde melhor à reabilitação, que é o exercício, do que à medicação.

#### **Aptare – Há outras condições que podem comprometer o equilíbrio?**

**Mônica** – Há as doenças que acometem a visão, como retinopatia diabética, glaucoma

e catarata, que são um grande fator de risco para quedas. Algumas revisões sistemáticas mostram que uma das intervenções isoladas que mais funcionam é a cirurgia de catarata, porque ela resolve o problema visual.

Ainda nessa questão, é importante avaliar a visão binocular do idoso – a noção de profundidade e contraste visual. Às vezes o médico fica preocupado com a acuidade visual, mas no contexto de queda conta muito a percepção de profundidade e de contraste. Só o teste de Snellen não é suficiente para quem tem risco de cair.

Temos também os problemas de sensibilidade periférica, tanto tátil, chamada cutâneo-protetora, principalmente da planta dos pés, quanto a percepção do senso de posição dos segmentos do corpo, chamada de propriocepção. O grande vilão dessa alteração é a neuropatia periférica, de início lento e progressivo no idoso diabético. Às vezes isso pode estar falhando antes de se perceber uma grande repercussão na mobilidade da pessoa. Há também algumas alterações relacionadas a estenose de canal medular e discopatia compressiva. Muitos idosos carregam alterações da coluna vertebral, como dor lombar, decorrente de uma estenose de canal ou uma discopatia, que pode gerar uma repercussão tanto sensitiva quanto sensitiva e motora. E há as doenças articulares de forma geral, como osteoartrose de joelho e quadril, que são sempre disfunções importantes porque alteram a própria articulação, mas também causam dor, levando a uma certa inibição do músculo, o que gera com o tempo um problema de mobilidade.

Já as doenças neurológicas são mais facilmente identificadas. A doença de Parkinson, por exemplo, cursa com muita instabilidade postural nos estágios finais. São idosos que têm muita dificuldade de mobilidade, caem muito, várias vezes na semana, mais de uma vez por dia. Alguns pacientes pós-AVC, dependendo do tipo e da área de lesão, também podem ter questões importantes de equilíbrio.

Por fim, temos as alterações de origem vascular. No rol das cardiopatias de forma geral entram desde hipertensão até outras desautonomias que envolvem a parte cardiovascular. São idosos que têm hipotensão postural e que têm uma categoria a mais relacionada, a que chamamos de síncope: é a queda com escurecimento da visão, perda da consciência. É sempre importante saber se durante a queda houve algum desses eventos para investigar se há algum fator cardiovascular envolvido. Como em geral essas pessoas também tomam vários medicamentos para controlar a pressão arterial e algumas dessas medicações são hipotensoras, elas podem ter problemas relacionados à queda.

#### **Aptare – As quedas podem ter inúmeras causas, então?**

**Mônica** – A grande questão, e acho que por isso a queda é considerada algo muito geriátrico, é que nunca existe apenas uma causa. A queda é multifatorial, então o idoso não caiu porque teve uma hipotensão postural naquele momento. Pode acontecer? Pode. Mas é muito mais comum, principalmente o idoso mais idoso, que ele caia porque tem comprometimento cumulativo em vários sistemas do corpo. Ele tem problemas de visão, tem fraqueza muscular,

uma dor no joelho por causa de um início de osteoartrose, às vezes ele é diabético. Ele pode tomar muitos remédios, e sabemos que a polifarmácia e a ingestão de algumas medicações psicotrópicas podem contribuir para esse quadro. É uma somatória de fatores.

Então, quando se diz que o idoso caiu, é preciso fazer um levantamento. Faz-se um screening de tudo para entender todos os fatores de risco. Já na década de 1980 foi publicado um trabalho que mostrava que, quanto mais fatores de risco, maiores as possibilidades de queda. O estudo chegou a mostrar que, quando há quatro ou mais fatores de risco, a probabilidade de o idoso cair é de cerca de 70%. Então o que se preconiza? Levantar todos os fatores de risco e identificar aqueles que podem ser mudados e como. Fatores como idade ou gênero – as mulheres caem mais que homens – não podem ser mudados. É preciso investir naqueles que podem ser mudados para diminuir o risco de novas quedas no futuro.

Uma grande lacuna no conhecimento é a interação entre esses fatores. Dependendo de quais forem, a interação entre os fatores potencializa ainda mais o risco de quedas. Mas é um conhecimento ainda no começo, porque é difícil em termos de pesquisa conseguir um modelo estatístico para identificar isso. No entanto, parece que existem perfis específicos com combinações de fatores de risco que aumentam as possibilidades de cair.

#### **Aptare – De que maneira a cognição afeta o equilíbrio?**

**Mônica** – Hoje existe uma grande discussão acerca da importância da questão cognitiva

sobre o equilíbrio. Vários trabalhos mostram que o declínio cognitivo associado a atenção e função executiva seriam fatores de risco muito importantes.

Nossa mobilidade é controlada por um processador central que depende da cognição. Para poder sair daqui e ir até ali é preciso planejar. Muitas vezes fazemos movimentos automáticos, mas boa parte dos nossos movimentos são intencionais: fazer uma curva, ultrapassar um obstáculo, atravessar a rua. Parece que a cognição é um fator muito importante nessa questão. Isso já é observado em idosos com demência, que caem bastante. No começo do processo demencial, por exemplo, não há problema motor muito acentuado, mas a cognição, com a alteração da atenção e da função executiva ligada ao planejamento, compromete muito o equilíbrio.

Nesse contexto se estudou o que se chama de paradigma da dupla tarefa: quando se dá a alguém duas tarefas para serem executadas simultaneamente, parece que o cérebro fica com a capacidade “esgotada”. Num determinado momento, ele não consegue mais fazer as duas coisas, então uma das atividades passa a ser desempenhada com menor qualidade. Estudando-se isso, chegou-se à conclusão de que a reserva funcional cognitiva é muito importante.

É um grande universo de intervenções que precisam ser equacionadas. Nós, da fisioterapia, já há algum tempo temos associado treinos funcionais a treinos cognitivos. Idosos que já têm um declínio cognitivo leve poderiam se beneficiar muito de um treinamento cognitivo para prevenção de quedas.

#### **Aptare – Quando o trabalho da equipe multidisciplinar é necessário?**

**Mônica** – Quando o idoso tem múltiplos fatores de risco, porque nesse caso, por mais bem formado que seja o médico, ele não tem treinamento para fazer a avaliação de forma aprofundada. Esse paciente requer outros profissionais, desde a avaliação até a intervenção. Em vários países, como na Inglaterra, foram criadas clínicas para tratamento de idosos caídores, com uma equipe múltipla. Vão para esses locais os idosos mais complexos, mais frágeis, que têm vários fatores de risco e que precisam de uma avaliação mais detalhada. Assim, se houver uma alteração cognitiva, há um neuropsicólogo à disposição. Se o idoso tiver uma depressão ansiosa, o psicólogo poderá cuidar. O fisioterapeuta faz a avaliação física, funcional, de mobilidade. O médico faz o levantamento das doenças e das medicações em uso. A TO faz a avaliação do domicílio para saber se há risco ambiental. É preciso de uma equipe inteira para dar conta desse paciente.

Mas vale enfatizar que, na hora da intervenção, é preciso hierarquizar os problemas, senão todos vão querer fazer tudo e isso não é possível. Não dá para fazer um bombardeio de intervenções, porque muitas vezes a soma delas não traz um bom resultado. Um bom resultado é uma intervenção integrada e articulada. Se o paciente está deprimido, não adianta intervir na casa dele, porque não é isso que vai fazer diferença. O que vai fazer diferença é o médico ajustar a medicação primeiro, esperar fazer efeito para ele se engajar na reabilitação e na fi-

sioterapia e obter uma melhora na atenção e na prontidão.

É preciso tomar cuidado com o intervencionismo. Muitas vezes somos intervencionistas demais para algumas coisas, quando na verdade precisamos ter mais cuidado. Corremos dois riscos com os idosos: intervir demais ou de menos. O de menos é achar que “Faz parte da idade, deixe ele quietinho que é melhor”. O oposto é intervir demais e fazer uma série de ações completamente desarticuladas. A gestão do cuidado precisa ser bem alinhada.

#### **Aptare – Qual o papel do exercício na prevenção de quedas?**

**Mônica** – Hoje sabemos que o exercício para prevenir quedas precisa ser de equilíbrio. Às vezes o idoso vai para a ginástica ou para a fisioterapia e faz um pouco de tudo: condicionamento cardiovascular, fortalecimento e alguns exercícios de equilíbrio. Mas o idoso que está caindo ou tem risco maior de cair precisa investir mais nos exercícios de equilíbrio, na posição de pé, com uma dose adequada, senão ele não melhora. Muitos idosos fazem uma sessão de uma hora de exercícios, com vários exercícios de força, sentados, e só nos últimos 15 minutos fazem alguns exercícios de equilíbrio. Não é suficiente. Estudos mostram que só depois de 50 horas de exercícios de equilíbrio é que há sinais de melhora.

Uma forma interessante de aumentar essa dose de exercícios de equilíbrio é incorporá-los na rotina. Por exemplo, se o idoso está escovando os dentes, ao invés de escovar parado, escova num pé só, depois troca. Se ele vai lavar louça, coloca um pé na frente do outro. É uma maneira

de aumentar a quantidade de exercícios de equilíbrio de uma forma não tão sistemática.

#### **Aptare – Como você vê as iniciativas em saúde pública para prevenção de quedas?**

**Mônica** – A questão de prevenção de quedas sempre dá ibope. Desde que começamos, uma vez por ano, a Campanha Mundial de Prevenção de Quedas, em 2004, vemos que é um tema que tem muito apelo, mas o Brasil ainda está engatinhando nessa área. Embora o Ministério da Saúde tenha lançado uma determinação de que é preciso reduzir em 2% ao ano o número de fraturas por queda, principalmente as de quadril, ainda não foram definidas formas de se cumprir essa meta. Falta articulação.

O que é possível fazer na atenção primária, por exemplo? Todos os profissionais deveriam perguntar se o idoso caiu nos últimos 12 meses. A pergunta está lá, na caderneta do idoso, mas nem todo profissional na UBS faz essa pergunta, porque a prática não foi incorporada na rotina da pessoa.

E se ele caiu, o que fazer? As pessoas precisam estar preparadas para ser resolutivas naquilo que for possível na atenção primária. Se o médico desconfia na atenção primária de que o idoso caiu por causa de uma desregulação na medicação, ele já pode tentar ajustar. Se o paciente está enxergando mal, deve ser encaminhado para um exame oftalmológico. É possível resolver algumas coisas na atenção primária.

Quando há uma multiplicidade de fatores e não é possível resolver na atenção primária, parte-se para a secundária. São os núcleos de assistência, os NASFs (*Núcleo de Apoio à Saúde da*

*Família*), os CRIs (*Centro de Referência do Idoso*), que precisariam estar articulados em termos de equipe para receber esses casos mais difíceis e poder ter intervenção de reabilitação. Hoje, se um idoso cai e precisa de fisioterapia, ele não tem onde fazer pois não há uma rede de assistência de reabilitação extensa. Nosso modelo de saúde está focado na atenção primária ou na hospitalização. A rede ainda é muito desarticulada.

O Brasil tem ações isoladas, mas falta uma política de prevenção com linhas articuladas. Mas aqui sempre acontece assim: primeiro lança, depois sai correndo atrás. Aqui em São Paulo, por exemplo, o governo do Estado lançou o selo Amigo do Idoso, que em sua primeira categoria prevê o Programa de Prevenção de Quedas. Agora é preciso implementar. Daqui a alguns anos teremos programas mais interessantes, mas isso ainda vai demandar tempo, porque é preciso treinar os profissionais para tratar de distúrbios de equilíbrio no idoso.

Outro problema no Brasil é a dificuldade de articular programas realizados dentro da comunidade. A pessoa precisa fazer reabilitação, mas não há nenhum centro perto de sua casa. A prefeitura de São Paulo tem instalado as praças de atividade física, mas elas não dispõem de um profissional qualificado para orientar os usuários. Sabemos que uma das intervenções isoladas que podem potencialmente aumentar a reserva funcional e fazer com que as pessoas caiam menos é a atividade física, mas antes que a pessoa caia ou antes que ela se torne mais frágil. Depois que isso acontece, só a atividade física não resolve. É preciso fazer exer-

cícios específicos de reabilitação do equilíbrio corporal.

Portanto, uma medida drástica para se jogar a curva de risco de uma população inteira seria atividade física – se os idosos tivessem reserva maior, o risco de quedas seria menor. O governo está investindo, mas ainda temos bastante chão pela frente.

#### **Aptare – Como orientar as famílias nesse sentido?**

**Mônica** – A família tem a mesma disfunção perceptual da competência do idoso. Existe a família que força o idoso a diminuir suas atividades, não deixa que ele saia sozinho. E tem a família que quer que ele se movimente mas não vê que ele não tem condições de fazê-lo sem supervisão.

Cuidar é algo muito difícil, porque é preciso receber orientação e aceitar que existem problemas. A queda muitas vezes serve como motivo para cercear a autonomia da pessoa. A primeira coisa que a família fala é “Não pode mais sair sozinho”. Mas é muito difícil para alguém que sempre foi independente não poder mais sair sozinho ou precisar de outra pessoa para tudo. Muitos idosos se deprimem por causa disso. É preciso preparo para lidar com isso, porque, ao mesmo tempo em que se quer evitar que o idoso caia pois ele ou a família acham que ele ainda pode fazer determinadas atividades, não queremos que ele se sinta incapaz ou perca a confiança. Os idosos que têm medo de cair, que têm uma baixa autoconfiança, já começam a comprometer o equilíbrio, porque passam a restringir suas atividades. Precisamos evitar os extremos: nem confiança demais nem confiança de menos.

# 3M Cavilon™ Limpador de Pele sem Enxágue



Higienização mais Rápida,  
Adequada e Barata.

O 3M Cavilon™ Limpador de Pele sem Enxágue é uma solução que remove urina, fezes e outras sujidades de forma gentil e suave sem irritar, além de ser formulado seguindo as recomendações nacionais e internacionais para a Prevenção de Dermatite Associada à Incontinência (DAI).

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

Elimina a necessidade de várias etapas da higienização, diminuindo seu tempo e custo. Pronto para usar, basta apenas um pano macio para remover as sujidades. Tudo isso enquanto promove a integridade da pele.

Água



Bacias



Fricção



Secagem



## JOGAR *SUPER MARIO* INDUZ PLASTICIDADE ESTRUTURAL DO CÉREBRO: MUDANÇAS NA MASSA CINZENTA RESULTANTES DE TREINAMENTO COM UM VIDEOGAME COMERCIAL



Jogar videogame é uma atividade altamente difundida, proporcionando uma variedade de exigências cognitivas e motoras complexas. Essa atividade pode ser vista como um treinamento intenso de várias habilidades. A plasticidade cerebral estrutural induzida associada ainda não foi investigada.

Um estudo publicado online em outubro de 2013 no periódico *Molecular Psychiatry* comparou um grupo controle com um grupo que recebeu treinamento em videogame por pelo menos 30 minutos diários por dois meses com um game de plataforma. No grupo que recebeu treinamento, observou-se um aumento significativo de massa cinzenta (MC) no hipocampo direito, no córtex pré-frontal dorsolateral (CPFDL) do lado direito e no cerebelo bilateral. O aumento do hipocampo estava correlacionado às mudanças de estratégias de navegação egocêntrica para aloecêntrica. Os aumentos da MC no hipocampo e CPFDL foram correlacionados com o desejo dos participantes de jogar videogame, e a evidência sugere um papel preditivo do desejo na mudança de volume. O treino de videogame aumenta a MC em áreas do cérebro cruciais para navegação espacial, planejamento estratégico, memória e desempenho motor, juntamente com evidência de mudanças de comportamento de estratégia de navegação. Diante disso, o treinamento de videogame poderia ser usado para contrabalançar fatores de risco conhecidos para doenças mentais, tais como volume menor do hipocampo e córtex pré-frontal em, por exemplo, estresse pós-traumático, esquizofrenia e doenças neurodegenerativas.

## CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA SARCOPENIA E DESEMPENHO FÍSICO



A massa muscular e a força muscular relativa e absoluta são usadas como critérios diagnósticos para sarcopenia. O objetivo desse estudo, publicado em fevereiro no periódico *Age*, foi avaliar quais critérios diagnósticos são mais associados a desempenho físico em 180 participantes jovens (18 a 30 anos) e em 281 participantes idosos saudáveis (69 a 81 anos) do estudo europeu MYOAGE.

Os critérios diagnósticos incluíram massa muscular relativa (massa total ou massa magra apendicular [MMA] como porcentagem da massa corporal), massa muscular absoluta (MMA dividida pela altura ao quadrado e massa magra total), torque de extensão do joelho e força de preensão manual. O desempenho físico incluía velocidade de marcha, o teste Timed Up and Go (TUG) e, num dos subgrupos, a forma física. Os critérios para sarcopenia e desempenho físico foram padronizados e as associações foram analisadas usando modelos de regressão linear estratificados por categorias de idade,

com ajustes para idade, sexo e país.

Em participantes idosos, a massa muscular relativa foi associada a maior velocidade de marcha, TUG mais rápido e melhor forma física (todos  $p < 0,001$ ). A massa muscular absoluta não foi associada a desempenho físico. O torque de extensão de joelho e a força de preensão manual foram associados a maior velocidade de marcha (ambos  $p \leq 0,003$ ). O torque de extensão de joelho foi associado a TUG ( $p = 0,001$ ). O torque de extensão de joelho e a força de preensão manual não foram associados a forma física.

Em participantes jovens, não houve associações significativas entre critérios diagnósticos para sarcopenia e desempenho físico, exceto para uma associação positiva entre massa muscular relativa e forma física ( $p < 0,001$ ). A massa muscular relativa, identificada como massa magra ou porcentagem de MMA, foi mais associada a desempenho físico. A massa muscular absoluta, incluindo MMA dividida pela altura ao quadrado, não foi associada a desempenho físico. Isso deve ser considerado quando da definição de sarcopenia.

## RISCO AUMENTADO DE DEMÊNCIA EM PACIENTES COM OSTEOPOROSE: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA DE COORTE BASEADA EM EVIDÊNCIA



A osteoporose é uma doença esquelética sistêmica comum que afeta pessoas com mais de 50 anos e comumente ocorre junto com quadro de demência. O objetivo desse estudo, publicado em dezembro de 2013 no periódico *Age*, foi avaliar o risco de demência em pacientes com osteoporose em Taiwan. Usando dados do National Health Insurance Research Database (NHIRD) de Taiwan, os pesquisadores identificaram 23.941 pacientes com osteoporose entre 2000 e 2010 e 47.579 pacientes sem osteoporose como controle, associados segundo idade, gênero, ano de registro, excluindo pacientes com demência no início do estudo. Foram conduzidas análises univariadas e análises do modelo de riscos proporcionais de Cox para calcular a proporção de risco e intervalos de confiança de 95% da associação entre osteoporose e risco para demência. Após ajuste para potenciais fatores de risco, os pacientes com osteoporose apresentaram um risco 1,46 e 1,39 vez maior de demência (95% CI = 1,37–1,56) e doença de Alzheimer (95% CI = 0,95–2,02), respectivamente, comparados com os pacientes sem osteoporose.

Foi observado maior risco de demência tanto em homens quanto em mulheres com osteoporose. Os pacientes com osteoporose em tratamento com bisfosfonato ou suplementação de estrogênio foram associados a um risco de demência significativamente menor comparado a pacientes com osteoporose que não receberam nenhum tratamento. No geral, os resultados mostraram maiores riscos de demência em pacientes com osteoporose do que em pacientes sem osteoporose. A osteoporose pode, portanto, ser considerada um fator de risco precoce para demência. São necessários no futuro estudos clínicos de larga escala, randomizados e duplo-cegos para esclarecer o papel da medicação em demência relacionada a osteoporose.

## MÉTODO PREDIZ TEMPO ENTRE INÍCIO DA DOENÇA DE ALZHEIMER E MORTE



Um grupo de pesquisadores conseguiu validar clinicamente um novo método para prever o período de tempo até que o paciente com doença de Alzheimer (DA) necessite de cuidados integrais, internação numa casa de repouso ou vá a óbito. O método, que usa dados reunidos de uma única visita ao paciente, é baseado num complexo modelo de progressão da DA que pesquisadores desenvolveram ao acompanhar consecutivamente dois grupos de pacientes com DA por dez anos cada um. Os resultados foram publicados online em novembro de 2013 no periódico *Journal of Alzheimer's Disease*.

O método preditivo inclui 16 variáveis, como habilidade para participar de atividades da vida diária, estado mental, habilidades motoras, tempo estimado para instalação de sintomas e duração de tremor, rigidez e outros sintomas neurológicos. Ele também incluía dados após a morte do paciente, como a causa da morte.

Os resultados podem ser apresentados como tempo esperado para uma determinada consequência. Dois pacientes com DA, por exemplo, tinham escores de estado mental parecidos (escores de MEEM 38/54 e 39/54) na visita inicial. O primeiro paciente dependia mais de seu cuidador e tinha sintomas psiquiátricos (alucinações). Essa e outras diferenças sutis na apresentação dos dois pacientes resultaram em diferentes predições de tempo para a morte. O método conseguiu prever precisamente que o primeiro paciente morreria em três anos e que o segundo teria uma sobrevida de dez anos.

O novo método também pode ser usado em estudos clínicos para garantir que coortes de pacientes sejam equilibrados entre aqueles com DA de progressão rápida e aqueles com uma doença de desenvolvimento mais lento.

## SINTOMAS DEPRESSIVOS E DECLÍNIO FUNCIONAL NUMA AMOSTRA DE IDOSO NUM CENTRO URBANO NO NORDESTE DO BRASIL



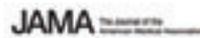
Um estudo publicado online em novembro de 2013 no periódico *Archives of Gerontology and Geriatrics* examinou a associação entre sintomas de depressão e estado funcional em idosos vivendo num centro urbano no Nordeste brasileiro.

Nesse estudo transversal observacional analítico foram avaliados 313 idosos (65 anos ou mais), de ambos os sexos, moradores de uma comunidade em Natal, no Rio Grande do Norte. A versão brasileira da Escala de Depressão do Centro para Estudos Epidemiológicos foi usada para rastrear sintomas de depressão. O desempenho físico foi avaliado por meio da Bateria Curta de Desempenho Físico. Um modelo de regressão linear multivariado ajustado para variáveis clínicas e socioeconômicas foi usado para analisar a associação entre sintomas de depressão e desempenho físico.

Os resultados mostraram que a presença de sintomas depressivos influenciou o desempenho funcional, mesmo quando análises controlaram variáveis como idade, gênero, saúde percebida ruim, estado cognitivo e índice de massa corporal (IMC).

Os resultados desse estudo reforçam a associação entre sintomas depressivos e desempenho funcional numa população idosa num centro urbano no Nordeste do Brasil. Esses achados fornecem informações úteis para a identificação de potenciais alvos para pesquisa e intervenções terapêuticas voltadas para a prevenção de um declínio em mobilidade em indivíduos idosos.

## EFEITO DA VITAMINA E E DA MEMANTINA NO DECLÍNIO FUNCIONAL EM DOENÇA DE ALZHEIMER



Um estudo publicado em janeiro no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) teve por objetivo determinar se a vitamina E (alfa-tocoferol), a memantina ou ambos diminuam a progressão de doença de Alzheimer (DA) suave a moderada em pacientes fazendo uso de inibidor de acetilcolinesterase.

Trata-se de um estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo e de grupos paralelos envolvendo 613 pacientes com DA suave a moderada, iniciado em agosto de 2007 e concluído em setembro de 2012 em 14 centros médicos. Os participantes receberam uma das seguintes alternativas: 2.000 UI/dia de alfa-tocoferol (n=152); 20 mg/dia de memantina (n=155); a combinação de alfa-tocoferol e memantina (n=154); ou placebo (n=152).

Foram analisados os dados de 561 participantes (alfa-tocoferol = 140, memantina = 142, combinação = 139, placebo = 140), com 52 excluídos devido à falta de dados de follow-up. Na média (desvio padrão) de follow-up de 2,27 (1,22) anos, os escores de ADCS-ADL Inventory (inventário de atividades de vida diária) caíram em 3,15 unidades (95% CI, 0,92 para 5,39; P = ,03 ajustado) a menos no grupo alfa-tocoferol que no grupo placebo. No grupo memantina, esses escores caíram 1,98 unidade a menos (95% CI, -0,24 para 4,20; P = ,40 ajustado) que no grupo placebo.

Essa mudança no grupo alfa-tocoferol se traduz num atraso na progressão clínica em 19% por ano comparado ao grupo placebo ou um atraso de aproximadamente 6,2 meses durante o período de follow-up. O tempo de cuidador aumentou menos no grupo de alfa-tocoferol. Uma análise da mortalidade por todas as causas e da segurança mostrou diferença apenas no evento adverso de "infecções e infestações", com maiores frequências nos grupos memantina e combinação se comparado com placebo.

O grupo conclui que, entre os pacientes com DA suave a moderada, 2.000 UI/dia de alfa-tocoferol comparado a placebo resultaram num declínio funcional mais lento. Não houve diferenças significativas em grupos que receberam memantina isolada ou memantina mais alfa-tocoferol. Esses achados sugerem benefício do alfa-tocoferol em DA suave a moderada ao desacelerar o declínio funcional.

# UMA QUESTÃO DE adaptação

Da mesma forma que é verdadeira a afirmação de que o sono não é o mesmo depois dos 60, também é verdade que é possível ter uma boa qualidade de vida dormindo menos

Por **Christye Cantero**

**A**ssim como o organismo passa por uma série de mudanças à medida que as pessoas envelhecem, o padrão de sono também sofre alterações com o decorrer dos anos. O sono é um estado transitório e reversível, que se alterna com a vigília (estado desperto). Trata-se de um processo ativo que envolve mecanismos fisiológicos e comportamentais em vários sistemas e regiões do sistema nervoso central. No sono há dois estados distintos: o profundo, de ondas lentas (conhecido como não REM), que geralmente acontece na primeira fase da noite; e aquele com atividade cerebral mais rápida, ou REM (do inglês, movimentos rápidos dos olhos). O primeiro é dividido em três fases, segundo a progressão da sua profundidade. Já o REM caracteriza-se pela atividade cerebral de baixa amplitude e mais rápida, por episódios de movimentos oculares rápidos e pelo relaxamento muscular máximo. É nessa fase que ocorrem os sonhos.

Em um indivíduo normal, o sono não REM e o REM alternam-se ciclicamente ao longo da noite e repetem-se a cada 70 a 110 minutos, com quatro ciclos por noite. A distribuição dos estágios de sono durante a noite pode ser alterada por vários fatores, como idade, ritmo circadiano, temperatura ambiente, ingestão de drogas ou por determinadas doenças.

As pessoas mais velhas tendem a passar mais tempo no estágio de sono mais leve do que no profundo e apresentam declínio no sono REM (fase também responsável pela fixação da memória). Geraldo Lorenzi Filho, pneumologista e diretor do Laboratório do Sono do Instituto do Coração (Incor), afirma que o sono se altera constantemente durante a vida. Um bebê, por exemplo, tem o ciclo polifásico até que, por volta de 3 anos, consolida o período de sono noturno. “O idoso volta a ter um padrão de sono com característica polifásica e tende a ter um sono mais superficial”, explica. Segundo ele, essa última mudança do sono no decorrer da vida acontece na época da menopausa, para as mulheres, e da andropausa, para os homens, quando a tendência é ter um sono mais fragmentado.

Outra tendência depois dos 60 anos é ter um adiantamento de

fase, ou seja, a pessoa dorme mais cedo e acorda mais cedo. “Muitos percebem isso como insônia, porque despertam às 4 horas e não conseguem mais dormir. Na verdade a pessoa não tem mais sono porque foi para a cama mais cedo e já dormiu o suficiente”, diz Lorenzi.

Além da alteração hormonal, a ansiedade, os efeitos colaterais de remédios e as doenças que antes não existiam podem contribuir para que, depois dos 60 anos, o repouso noturno não seja como antes. O geriatra Einstein Camargos, do Hospital Universitário de Brasília (HUB), aponta que o idoso saudável, que não tem doenças nem dores e não toma remédios, dorme bem. “O fato é que apenas 10% dos idosos são saudáveis. O envelhecimento realmente reduz as horas de sono necessárias, e seis a sete horas por noite são suficientes para uma pessoa acima de 60 anos”, afirma.



O fato de dormir menos não representa, obrigatoriamente, um problema. Se a pessoa dorme menos mas não se sente cansada e está disposta durante o dia, a redução das horas de sono não está interferindo na qualidade de vida. Ligia Lucchesi, médica pesquisadora do Instituto do Sono da Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP), conta que, enquanto estudos epidemiológicos relatam que entre 40% e 50% dos idosos reclamam de distúrbios do sono crônicos e significantes, 50% não se queixam, apesar das claras evidências de mudança no padrão de sono com o avanço da idade. Isso porque se adaptam facilmente a essa nova situação. “Apesar de dormir menos, a qualidade não se altera muito. O idoso pode ficar muito bem dormindo menos. Da mesma forma que existem muitos idosos que se queixam, há muitos que estão satisfeitos”, aponta Ligia.

E, de fato, quantidade não é sinal de qualidade. Um estudo do Centers for Disease Control and Prevention, nos Estados Unidos, publicado em outubro de 2013 no periódico *Sleep* aponta que tanto a falta de sono (seis horas ou menos) como o excesso (10 horas ou mais) podem estar associados a doenças crônicas, incluindo as cardiovasculares, diabetes, ansiedade e obesidade. Algumas das relações entre a duração do sono e as doenças crônicas foram parcialmente explicadas por causa da obesidade e de uma saúde mental abalada. Daí a importância de os médicos monitorarem o peso corporal e a saúde mental, além dos hábitos noturnos de pacientes com doenças crônicas.

A pesquisa foi feita com mais de 54 mil participantes, de 45 anos ou mais, em 14 estados americanos. Quase um terço dos participantes (31%) apontou que dorme pouco; a maioria, cerca de 64%, considerava o sono como normal (entre sete e nove horas); apenas 4% dos entrevistados ficaram entre os que dormem em excesso. Segundo dados da American Academy of Sleep Medicine, é fundamental que os adultos consigam ter entre sete e nove horas de sono por noite para ter uma vida saudável.

### As queixas de sono e os problemas de saúde

Uma pesquisa feita com 77 mil idosos levantou a relação entre os problemas de saúde e as reclamações crônicas de sono. Segundo o levantamento, o que mais interfere no sono do idoso é:

- Dor crônica 48,4%
- Indigestão 21,4%
- BPH (aumento da próstata) 16,8%
- Depressão 16,7%
- Cefaleia 15,5%
- Câncer 14,5%
- Diabetes 7%
- Artrite reumatoide 3,9%

Fonte: Vitiello, et al. Prevalence of Chronic Sleep Complaints and Their Relationship to Medical Conditions in the VITAL Study Cohort. *Sleep* 27, A120, 2004.

### Problemas do sono depois dos 60

Apesar de muitos se adaptarem facilmente a menos horas de sono, se durante o dia o paciente relatar indisposição, sonolência e mau humor, é hora de investigar.

A insônia é uma das doenças relacionadas ao sono mais comuns nos indivíduos mais velhos. Einstein Camargos explica que um em cada três idosos tem insônia – essa maior propensão a apresentar problemas do sono é decorrente de uma baixa reserva funcional, como também ocorre para outras doenças. “Seu limite para desenvolver insônia é mais baixo que para pessoas jovens. Problemas sociais e doenças mentais, sobretudo depressão e ansiedade, são a grande causa de insônia nas pessoas com mais de 60 anos”, diz.

Outra condição que merece atenção quando se trata de idosos é a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Trata-se de uma síndrome em que a pessoa apresenta paradas respiratórias ou redução da frequência respiratória durante o sono, o que provoca dificuldade de oxigenação, despertar várias vezes durante a noite e sonolência durante o dia. A incidência da SAOS costuma aumentar entre as pessoas mais velhas por causa de fatores como a diminuição da função da tireoide, o aumento de peso e o enfraquecimento da musculatura da faringe, que leva ao ronco e a, partir de determinado grau, à apneia.

Apesar de a SAOS estar associada ao ronco alto, muitas pessoas acham que não roncam. “Por isso é preciso ficar atento”, diz Lorenzi. Ele comenta que um estudo realizado pelo Instituto do Sono há cerca de dois anos em São Paulo aponta que 50% dos idosos têm algum grau de apneia.

Também é comum na terceira idade a síndrome das pernas inquietas (SPI), caracterizada pela necessidade involuntária de movimentar as pernas, provocando uma sensação desagradável nos membros inferiores. Isso geralmente acontece à noite, levando à insônia. Quem sofre com essa síndrome também pode ter movimentos periódicos das pernas (MPP). São movimentos geralmente de pequena amplitude, como flexão dos pés e das pernas, duram em média de 0,5 a 5 segundos, e ocorrem com uma frequência de 1 entre 20 a 40 segundos.

Outra condição do sono geralmente observada em pacientes idosos é o distúrbio comportamental do sono REM (DCSR), que se caracteriza por comportamento violento ou desorganizado que aparece durante o sono REM. O DCSR geralmente começa entre os 60 e 70 anos e ocorre com mais frequência em homens.

Os problemas do sono merecem especial atenção também porque podem aumentar o risco para outras doenças, principalmente nos idosos. Camargos, do HUB, explica que a SAOS aumenta significativamente o risco de hipertensão arterial, depressão, diabetes e até mesmo demência, sobretudo demência de origem vascular. “Existem estudos que apontam para essa síndrome como coadjuvante no aparecimento da doença de Alzheimer. O uso do aparelho para correção da síndrome demonstrou inequívoco benefício na melhora da memória nesses pacientes”, revela.

As doenças do sono podem ser diagnosticadas por meio da polissonografia, e o tratamento dependerá de cada doença e de cada paciente. No caso da apneia, por exemplo, o uso de CPAP, uma máscara

que impede que as vias respiratórias fechem durante a noite, já melhora muito a noite de sono do idoso em grande parte dos casos.

“Na maioria das vezes, a higiene do sono resolve o problema. Nos casos em que a intervenção medicamentosa for recomendada, ela deve ser feita com cuidado e de maneira individualizada”, aconselha Camargos.

A higiene do sono envolve atitudes como manter um horário regular para dormir e acordar, ir para a cama somente na hora de dormir, deixar o quarto escuro e silencioso, não comer ou assistir televisão no quarto, evitar pensar em problemas antes de dormir, ter uma alimentação leve e não tomar café à noite.

Outra dica importante para ter uma boa noite de sono é a exposição à luz durante o dia. “Se possível, é importante que o idoso tome sol durante o dia, se exponha à claridade. A luz é um sincronizador do ritmo circadiano e participa na regulação da produção da melatonina, hormônio essencial para o sono, cuja secreção é reduzida no indivíduo idoso”, explica Ligia Lucchesi, do Instituto do Sono.

Lorenzi, do Laboratório do Sono, ressalta ainda a importância de praticar exercícios físicos e manter a mente ativa para garantir uma noite reparadora. “Vale lembrar que o idoso não pode ter a expectativa de dormir como um anjo. Nessa fase, o dia e a noite são complementares, ele tem de estar no jogo – ativo – durante o dia, para conseguir repousar depois. É essencial evitar cochilos durante o dia, porque senão à noite ele não dorme. Outra questão é, obviamente, tratar as comorbidades que podem interagir com a questão do sono”, diz.



## MENTE LIMPA

Estudo financiado pelo National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), nos Estados Unidos, e publicado em outubro na revista *Science* mostra que o sono pode alterar a estrutura celular no cérebro, permitindo eliminar toxinas acumuladas durante as horas de vigília. Isso acontece porque, durante o sono, um sistema de “encanamento”, chamado pelos neurocientistas de glinfático (pois funciona como o linfático, mas é administrado pelas células da glia), é aberto, aumentando o espaço entre as células e permitindo maior fluxo do líquido cefalorraquidiano (LCR), que envolve o cérebro e a medula espinhal. A pesquisa apontou que o LCR tem papel importante na limpeza do tecido cerebral e na eliminação de toxinas.

## A relevância do sono

Segundo os especialistas entrevistados para esta matéria, em geral o sono do idoso tem pior qualidade, o que acaba influenciando sua qualidade de vida. Por isso, é fato que quem dorme melhor também envelhece melhor. Um estudo da Universidade da Califórnia publicado recentemente sugere que mudanças estruturais no cérebro ocorrem naturalmente com o passar do tempo e interferem na qualidade do sono, o que, por sua vez, reduz a capacidade de o cérebro armazenar memórias.

“O sono profundo é o organizador da memória. Ele permite que o cérebro pegue 90% do conhecimento adquirido durante o dia e jogue para a lixeira, deixando apenas os 10% mais importantes para serem gravados. Quando se dorme mal ou não aprofundamos o sono, o cérebro tem dificuldade em fazer essa separação, guardando o que não é importante e dispensando memória de melhor qualidade”, diz Camargos.

“O sono é muito importante porque, da mesma forma que se tem a faculdade de dormir para lembrar, é relevante dormir para esquecer. O sono ajuda a ‘limpar’ as memórias desagradáveis”, aponta Ligia. Segundo a especialista, é importante que, nos consultórios, se faça uma conta rápida para ver como está a noite do idoso. “Para uma pessoa jovem que durma bem, a proporção do sono REM esperada é de 20% a 25%, independentemente do número total das horas de sono. Nos idosos essa proporção diminui – podem-se considerar normais porcentagens entre 15% e 20%”, explica.

Geraldo Lorenzi aponta que, em primeiro lugar, é importante entender para que serve o sono. Por muito tempo, dormir estava relacionado ao bem-estar porque permitia à pessoa descansar. “Hoje sabemos que o sono é ativamente programado pelo cérebro, serve para produzir memória, fixar hormônios, interiorização da consciência, produção de antioxidante, faz parte do processo homeostático”, explica. “O sono é essencial da mesma forma que é a respiração. Sem ele não se sobrevive.”

O diretor do Laboratório do Sono enfatiza também que atualmente existe uma discussão sobre um novo conceito de saúde. Antes

era considerado saudável quem tinha bem-estar físico, mental, social e espiritual. “Não conheço alguém que tenha tudo. O novo conceito é a capacidade que a pessoa tem de se adaptar aos novos desafios. E envelhecer é um desafio, assim como é ter o primeiro filho ou o primeiro emprego”, finaliza Lorenzi.

### O bom sono começa pela boca

O que o paciente ingere durante o dia, principalmente algumas horas antes de dormir, influencia diretamente a qualidade do sono, principalmente depois dos 60 anos. Uma alimentação pesada próxima ao horário de dormir leva a um desconforto digestivo que impede uma noite de sono tranquila.

Salette Brito, nutricionista do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), explica que exceder na quantidade de alimentos e na proporção de açúcares e gorduras sobrecarrega o sistema digestório e pode gerar desconfortos como fermentação, distensão abdominal com formação de gases, refluxo e queimação, sintomas que dificultam um sono tranquilo.

Além disso, produtos que contêm cafeína ou xantina, substâncias presentes no café, chocolate, chás e refrigerantes, são estimulantes, deixam o corpo alerta e dificultam o relaxamento. “Esses alimentos devem ser consumidos até quatro horas antes de o idoso dormir”, alerta. “É importante lembrar também que os idosos tendem, pelo processo natural de envelhecimento, a ter diminuição de enzimas importantes para a digestão e absorção dos alimentos. É muito comum essas pessoas reclamarem de indigestão após o jantar, o que pode acarretar uma noite de sono muito ruim”, afirma Salette.

Por outro lado, existe nos alimentos um nutriente que favorece o trabalho do organismo em restabelecer o equilíbrio durante a noite. É um aminoácido chamado triptofano, precursor da serotonina, considerada o hormônio do bom humor. Segundo Salette, esse nutriente ajuda a regular o relógio biológico e a dormir bem, graças a seu poder sedativo. Além disso, ele colabora para o aumento da concentração da serotonina no sistema nervoso. O triptofano pode ser encontrado em carnes magras, peixes, leites e iogurtes desnatados, queijos brancos e magros, nozes, banana e leguminosas (feijão, ervilha, soja e lentilha).

A vitamina B6 e o magnésio também estão relacionados à produção de serotonina e, por isso, ajudam a ter uma noite restauradora. A vitamina B6 está presente em alimentos como carnes, fígado, gema de ovo, atum, banana, cereais integrais, levedo de cerveja e semente de gergelim. Já o magnésio está em alimentos como vegetais folhosos verde-escuros, legumes, frutas (principalmente figo e maçã), cereais integrais, nozes, amendoim, soja, caju, tomate, salmão e aveia.

A nutricionista dá uma dica final para dormir bem. “Uma alimentação fracionada no decorrer do dia facilita o controle do apetite e o consumo compulsivo à noite. O ideal é optar por uma refeição leve e controlar o consumo de líquidos próximo ao horário de dormir”, diz. “Uma dica para que o sono chegue é uma xícara de leite quente ou mesmo os chazinhos da vovó, como o de camomila, que tem efeito relaxante, ameniza a ansiedade e reduz a depressão”, finaliza.

### PROBLEMAS COMUNS QUE PODEM CAUSAR INSÔNIA NO IDOSO

- Problemas de próstata ou uso de diuréticos que levam a um aumento da diurese noturna, fazendo com que ele acorde várias vezes;
- Artrose e fibromialgia, que atrapalham o sono por causa das dores que provocam;
- Uso de medicamentos antigripais e para desobstrução nasal levam a um sono de má qualidade;
- Refluxo gastroesofágico, que o leva a fazer micro-despertares noturnos, causando significativa fadiga no dia seguinte.

Fonte: Einstein Camargos

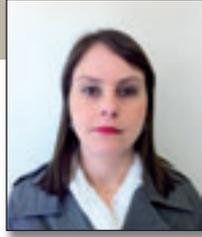
### DICAS PARA OS PACIENTES DORMIREM MELHOR

- Desligue o computador e a televisão pelo menos uma hora antes de dormir.
- Assim como é feito com os bebês, é preciso se preparar para dormir. Isso inclui desacelerar as atividades e manter o ambiente escuro.
- Não é lenda: um bom chá de camomila ajuda a relaxar para uma boa noite de sono.
- Use a cama apenas para dormir. Nada de se alimentar ou ler na cama.
- Estabeleça um horário diário para dormir e acordar.
- Não coma alimentos pesados algumas horas antes de dormir.
- Nada de cafés e bebidas alcoólicas à noite.
- Um cochilo durante o dia é permitido, desde que não atrapalhe a noite de sono.
- A forma como se passa o dia irá refletir na noite de sono. Por isso, é importante manter a mente ativa e fazer alguma atividade física, como caminhada.
- Se não conseguir dormir logo, não enrole na cama. Levante, tente ouvir uma música relaxante e aí sim tente pegar no sono novamente.

Sanofi

Sanofi

## CARDIOLOGIA



**Luciana Zimmermann**

Especialista em geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Médica assistente do Ambulatório de Doenças Cardiovasculares da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp).

**Contato** luciana.zimmermann@institutolongevita.com.br

**Roberto Dischinger Miranda**

Geriatra e cardiologista. Doutor em cardiologia. Chefe do Serviço de Cardiologia da Disciplina de Geriatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp).

**Contato** roberto.miranda@institutolongevita.com.br

# Implicações da síndrome metabólica em cardiogeriatrics



### TAKE HOME MESSAGE

- A síndrome metabólica (SM) é uma entidade complexa, que apresenta maior prevalência com o aumento da idade. É composta por um acúmulo de gordura abdominal, que leva à maior resistência à insulina, associada a alterações da glicemia, da lipemia e da pressão arterial, comuns no envelhecimento.
- A SM aumenta o risco de diabetes, complicações cardiovasculares, como doença arterial coronariana e acidente vascular encefálico, e demência vascular. Independentemente de o risco da SM ser maior que o inerente aos seus componentes, essa combinação de fatores é de alto risco.
- No idoso, deve-se ter atenção especial a quadros frequentes que podem influenciar a abordagem terapêutica, como alterações cognitivas, sarcopenia e comprometimentos da funcionalidade.
- O tratamento deve ser individualizado e baseado em medidas comportamentais com dieta e exercício, sempre com apoio de equipe multidisciplinar, associado, sempre que necessário, ao tratamento farmacológico direcionado a cada um dos componentes da síndrome.

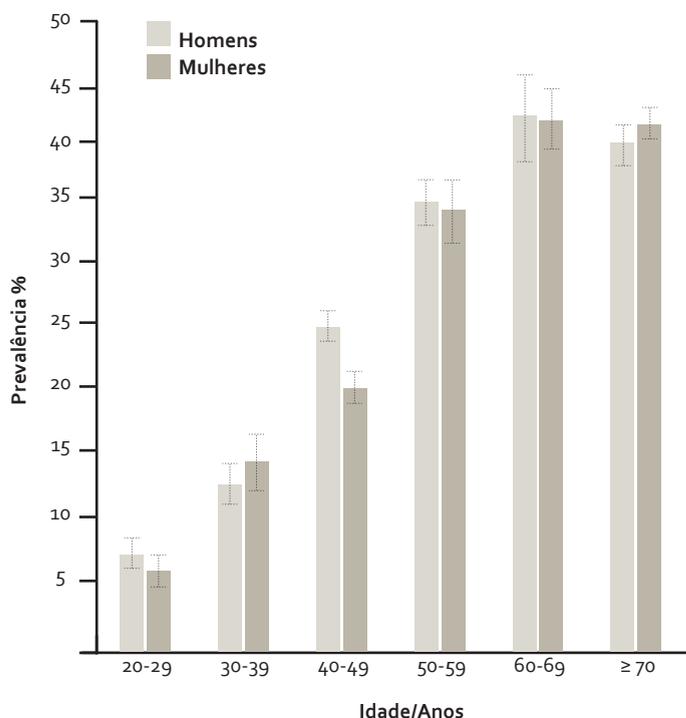
### Introdução

A síndrome metabólica (SM) corresponde a uma associação de anormalidades que inclui obesidade abdominal, alteração do metabolismo da glicose, aumento da pressão arterial e de lípidos. Entre outros nomes já utilizados para caracterizar essa combinação de achados clínico-laboratoriais estão síndrome X, síndrome de resistência à insulina, quarteto fatal e síndrome obesidade dislipidemia.

O envelhecimento é acompanhado de alterações, fisiológicas ou não, que têm importantes implicações na SM, de forma que sua prevalência aumenta gradativamente com a idade (Figura 1).

Vários estudos demonstraram que a SM é um importante fator de risco para o desenvolvimento de diabetes, eventos e mortalidade cardiovascular (CV) e mortalidade global, na população adulta. Cabe ressaltar que ainda persiste certa dúvida se a SM realmente é uma entidade *per se* ou apenas uma soma de fatores de risco conhecidamente perigosos. O mais relevante, porém, é a gravidade das suas consequências.

Discutiremos nesta revisão a influência do envelhecimento sobre os componentes da SM e seu impacto sobre o risco de complicações cardiovasculares, assim como a importância da intervenção, especificamente na população geriátrica.



**Figura 1** Prevalência da síndrome metabólica de acordo com a idade (adaptado de Ford ES, et. al. JAMA. 2002 287(3):356-9)

## Definição

A definição da SM passou por várias modificações ao longo do tempo e pelas diferentes sociedades médicas, sendo que a mais utilizada internacionalmente é a do National Cholesterol Education Program (NCEP) em conjunto com o Adult Treatment Panel III (ATP III), também recomendada pela I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica de 2005, que considera os seguintes critérios:

- Circunferência abdominal  $\geq 102$  cm para homens e  $\geq 88$  cm para mulheres
- Triglicérides  $\geq 150$  mg/dL
- HDL colesterol  $< 40$  mg/dL em homens e  $< 50$  mg/dL em mulheres
- Pressão arterial sistólica  $\geq 130$  mm Hg ou diastólica  $\geq 85$  mm Hg
- Glicemia de jejum  $\geq 100$  mg/dL

Na Tabela 1 (p. 22), pode-se observar uma comparação dos critérios de diferentes sociedades para definir a presença da SM.

## Influência do envelhecimento sobre os componentes da síndrome metabólica

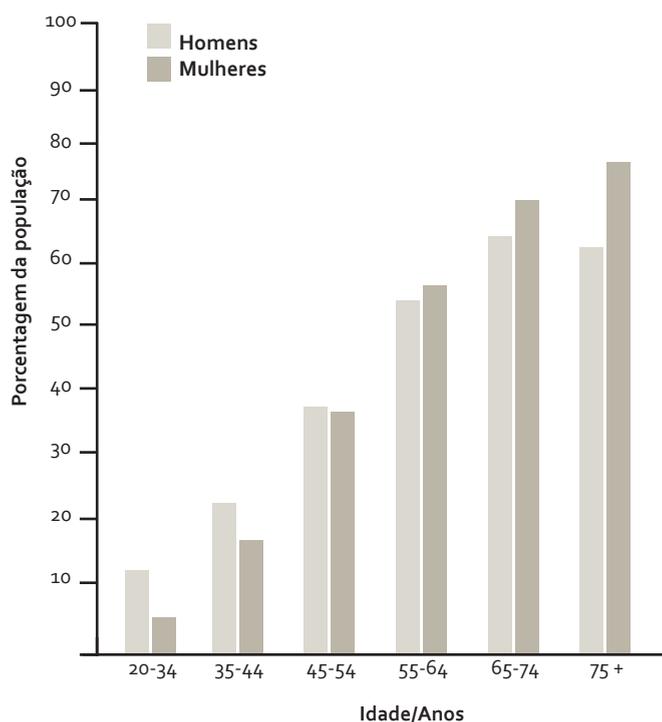
No processo de envelhecimento, há acúmulo de gordura abdominal, alteração no metabolismo de glicose e gorduras, além de enrijecimento arterial com aumento da pressão arterial (PA). Por isso, podemos esperar maior prevalência dessa síndrome na faixa etária mais avançada, conforme se observa na Figura 1, que é baseada em estudo populacional americano. Em outro estudo, realizado na Es-

panha, a SM estava presente em 51% dos indivíduos com idade entre 65 e 74 anos. Ainda não existem dados consistentes sobre a população geriátrica brasileira.

O aumento da gordura visceral tem como consequência uma piora na sensibilidade à insulina e uma alteração no metabolismo da glicose, necessitando-se de maior quantidade de insulina para manter os níveis glicêmicos normais, havendo a tendência ao aumento da glicemia. Associando-se o menor gasto energético basal, observa-se maior propensão ao desenvolvimento do diabetes tipo 2 com a idade.

O envelhecimento fisiológico do sistema arterial provoca o remodelamento dos grandes vasos, com aumento da luz do vaso, rigidez da camada muscular, com desorganização das fibras elásticas, e disfunção endotelial. Essa rigidez maior do vaso leva ao aumento da velocidade da onda de pulso e da PAS, que tende a aumentar progressivamente ao longo da vida. Isso está associado a um aumento progressivo também da prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) com a idade (Figura 2). Um estudo na população da cidade de São Paulo constatou prevalência de 62% de hipertensão em idosos.

Uma pressão arterial mais elevada, mesmo que isolada de outros fatores, tem efeitos deletérios ao sistema cardiovascular, estando diretamente relacionada a doença arterial coronária (DAC), doença cerebrovascular (DCeV), síndromes demenciais, insuficiência cardíaca (IC), doença renal terminal, doença arterial periférica, hipertrofia ventricular esquerda (HVE), entre outras comorbidades. Esse risco é ainda maior quando combinado com os fatores da SM.



**Figura 2** Prevalência da hipertensão arterial sistêmica, conforme a idade (adaptado de Aronow et al. JACC, 2011)

**Tabela 1**

Diferentes definições de síndrome metabólica (adaptado de Meigs J. The metabolic syndrome. UpToDate, 2013)

PARÂMETROS	NCEP ATP III 2005	IDF 2006	EGIR 1999	WHO 1999	AACE 2003
Requeridos		Cintura $\geq 94$ cm (homens) ou $\geq 80$ cm (mulheres) ‡	Resistência a insulina ou glicemia de jejum alterada	Resistência a insulina; glicemia de jejum $\geq 110$ ; ou 2h $\geq 140$ mg/dL	Alto risco de resistência a insulina ou IMC $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> ou cintura $\geq 102$ cm (homens) ou $\geq 88$ cm (mulheres)
Número de anomalias	$\geq 3$ de:	$e \geq 2$ de:	$e \geq 2$ de:	$e \geq 2$ de:	$e \geq 2$ de:
Glicose	$\geq 100$ mg/dL*	$\geq 100$ mg/dL ou diabetes diagnosticado	110-125 mg/dL		Jejum $\geq 110$ mg/dL; $\geq 2$ h 140 mg/dL
HDL colesterol	$< 40$ mg/dL (homens); $< 50$ mg/dL (mulheres) *	$< 40$ mg/dL (homens); 50 mg/dL (mulheres) *	$< 40$ mg/dL	$< 35$ mg/dL (homens); $< 40$ mg/dL (mulheres)	$< 40$ mg/dL (homens); $< 50$ mg/dL (mulheres)
Triglicérides	$\geq 150$ mg/dL*	$\geq 150$ mg/dL *	$\geq 180$ mg/dL *	$\geq 150$ mg/dL	$\geq 150$ mg/dL
Obesidade	cintura $\geq 102$ cm (homens) ou $\geq 88$ cm (mulheres) ‡		cintura $\geq 94$ cm (homens) 80 cm (mulheres)	cintura/quadril $> 0,9$ (homens) $> 0,85$ (mulheres) ou IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup>	
Pressão arterial	$\geq 130/85$ mm Hg *	$\geq 130/85$ mm Hg *	$\geq 140/90$ mm Hg *	$\geq 140/90$ mm Hg	$\geq 130/85$ mm Hg

NCEP: National Cholesterol Education Program; IDF: International Diabetes Federation; EGIR: Group for the Study of Insulin Resistance; WHO: World Health Organization; AACE: American Association of Clinical Endocrinologists.

‡ Em orientais, considerar cintura abdominal  $\geq 90$  cm em homens e  $\geq 80$  cm em mulheres.

\* ou uso de fármaco para essa finalidade

## Implicações clínicas

A idade é fator de risco independente e não modificável para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares. Quando este não é fatal na fase aguda, existe grande probabilidade de comprometimento funcional e limitação da sobrevida em sua evolução.

A presença da SM pode aumentar o risco de sérias complicações, que destacaremos abaixo.

### Diabetes tipo 2

A síndrome metabólica foi comprovadamente associada ao diabetes tipo 2 (DM2) por diversos ensaios clínicos multicêntricos. Estes demonstraram também que, quanto maior o número de componentes da SM presentes em um paciente, maior o risco de desenvolver o DM2.

Conforme já destacamos, o envelhecimento em si está associado a um aumento da resistência à insulina e a um maior risco de desenvolver DM2. Dessa forma, um idoso com suspeita de SM já deve ser abordado de maneira agressiva, principalmente com medidas comportamentais, para evitar seu desenvolvimento.

### Risco cardiovascular

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade na população adulta e idosa, sendo por isso fundamental a identificação de seus fatores de risco e a atuação sobre os fatores de risco modificáveis.

Em uma metanálise com 21 estudos publicada em 2006 pelo *JAMA*, a doença cardiovascular chegou a aumentar 61% nos portadores de SM – com aumento mais significativo na doença arterial coronariana e no acidente vascular encefálico. A prevalência era notadamente maior em mulheres.

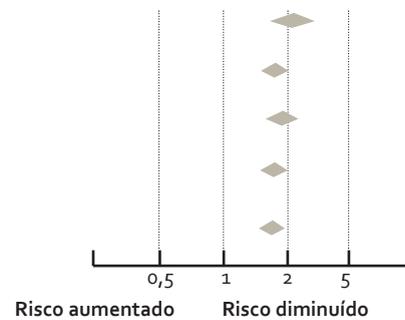
Outra metanálise, de 2007, com 37 estudos publicada no *Journal of the American College of Cardiology* (JACC) também chega a resultados semelhantes, como podemos observar na Figura 3.

Faltam estudos específicos de intervenção sobre a SM para a prevenção cardiovascular, mas existem inúmeros estudos com intervenção sobre cada um dos componentes da SM demonstrando ótimos resultados. Sabe-se também que a abordagem de múltiplos fatores de risco simultaneamente intensifica os resultados preventivos.

Nova Química

Figura 3 SM e risco cardiovascular (adaptado de Gami AS, JACC, 2007)

RESULTADO	ESTUDOS (N)	RR	IC 95%
Evento CV	11	2,18	1,63 - 2,93
Evento DCC	18	1,65	1,37 - 1,99
Morte CV	10	1,91	1,47 - 2,49
Morte DCC	7	1,60	1,28 - 2,01
Morte	12	1,60	1,37 - 1,92



RR e IC 95% para síndrome metabólica e eventos cardiovasculares incidentes e morte, por resultados específicos

Os diamantes representam o risco relativo (RR) e o intervalo de confiança (IC) 95% para estudos que avaliaram cada resultado. Alguns estudos avaliaram mais do que um resultado. DCC = doença cardíaca coronariana; CV = cardiovascular

### Demência

As síndromes demenciais, que se destacam entre as grandes síndromes geriátricas, também apresentam importante aumento de prevalência com o avançar da idade. Apesar da existência de alguns tratamentos específicos, a evolução é muito desfavorável. Além das consequências extremamente danosas para o indivíduo e para a família, existe um enorme custo social associado aos quadros demenciais.

Alguns estudos sugerem a associação da SM com maior risco de evolução com quadro demencial, especialmente a demência do tipo vascular, a mais frequente após a do tipo Alzheimer. Por sua gravidade e ausência de tratamento efetivo, justifica-se um intenso investimento em qualquer possibilidade de prevenção. Vale destacar que, pelo conhecimento atual, para surtir efeito, a prevenção de demência por meio do controle de fatores de risco cardiovascular leva um tempo bem mais longo que o observado para prevenir eventos como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, em torno de 10 a 20 anos.

### Importância da intervenção terapêutica

Ainda não é claro se a SM tem um valor prognóstico acima daquele inerente aos seus componentes alterados. Apesar disso, é inequívoca a importância de identificar e tratar adequadamente cada componente individual da síndrome, de forma a reduzir a morbidade e a mortalidade relacionadas ao DM e às doenças cardiovasculares. Destaca-se ainda mais o fato de ser composta por fatores modificáveis.

A abordagem deve focar em cada um dos componentes da síndrome, pois não existem estudos de desfechos cardiovasculares com tratamento específico da SM, mas sempre tendo em mente o quadro clínico do geronte como um todo, para evitar o risco de iatrogenias.

A avaliação clínica inicial do idoso é mais abrangente que a do adulto jovem, devendo ser sistematizada e conhecida como Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Ela inclui testes funcionais e cognitivos simples e de fácil aplicação, mas de fundamental importância na avaliação inicial e no acompanhamento do desenvolvimento de morbidades como perda de memória, diminuição da capacidade funcional e outras comorbidades que podem estar indiretamente relacionadas ao agravamento da SM.

O exame físico deve incluir duas a três medidas da PA sentado,

checagem de hipotensão ortostática, avaliação do peso, altura, circunferência abdominal e de panturrilha, esta indicativo da massa magra.

Um quadro em idosos que merece atenção especial é o da obesidade sarcopênica, caracterizada por um aumento do peso corporal total porém com diminuição, algumas vezes grave, da massa muscular.

A abordagem terapêutica fundamenta-se na mudança do estilo de vida, baseado em dieta e exercício. Apesar de alguns modelos dietéticos, como a dieta do mediterrâneo e a dieta DASH, apresentarem ótimos resultados no risco cardiovascular, consideramos que a abordagem do idoso com SM deva ser individualizada, pelos motivos já descritos.

A dieta deve fundamentalmente garantir um bom consumo de proteínas, frutas e verduras, e baixa ingestão de gorduras saturadas e carboidratos. Deve-se evitar restrições dietéticas intensas, especialmente naqueles mais propensos a sarcopenia e desnutrição, como os portadores de déficit funcional que limite o acesso aos alimentos.

Para garantir o sucesso e a maior adesão do paciente idoso, é fundamental aplicar essas medidas por meio de equipe multidisciplinar.

A prática diária de atividade física leve a moderada deve ser estimulada para todos os idosos, de acordo com o condicionamento físico do indivíduo. Podem ser realizadas, por exemplo, caminhadas em terreno plano de 30 a 40 minutos de duração, sempre lembrando que a eficácia aumenta com a individualização do exercício.

Não é o objetivo deste artigo descrever o tratamento farmacológico que deve ser direcionado ao controle de cada um dos componentes da SM, quando as medidas comportamentais não foram suficientes, mas cabe destacar alguns pontos importantes relacionados a farmacoterapia em idosos. Devido à presença de várias comorbidades inerentes à faixa etária avançada, torna-se frequente a polifarmácia, ou seja, o uso concomitante de cinco ou mais fármacos.

Além disso, existem diversas alterações na farmacocinética e farmacodinâmica que podem influenciar o efeito terapêutico e aumentar o risco de toxicidade. Para a escolha do tratamento medicamentoso, portanto, deve-se avaliar o paciente como um todo, definir claramente metas terapêuticas individuais, considerar as comorbidades existentes e medicações em uso. Devem-se evitar os medicamentos potencialmente inapropriados para o idoso utilizando os critérios de Beers.

**Referências bibliográficas**

1. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. 2005. Available from: <http://www.sbh.org.br>.
2. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2012. 60(4):616-31.
3. Aronow et al. Hypertension in the Elderly. *JACC.* 2011; 2037-114.
4. Buckland G, Salas-Salvado J, Roure E, et al. Sociodemographic risk factors associated with metabolic syndrome in a Mediterranean population. *Public Health Nutr* 2008; 1372-78.
5. Carroll S, Dudfield M. What is the relationship between exercise and metabolic abnormalities? A review of the metabolic syndrome. *Sports Med.* 2004;34(6):371-418.
6. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA,* 2002; 287(3):356-9.
7. Ford ES, Li C, Sattar N. Metabolic syndrome and incident diabetes: current state of the evidence. *Diabetes Care.* 2008; 31(9):1898-904.
8. Galassi A, Reynolds K, He J. Metabolic syndrome and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. *Am J Med.* 2006; 119(10):812-9.
9. Gami AS, Witt BJ, Howard DE, Erwin PJ, et al. Metabolic syndrome and risk of incident cardiovascular events and death: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Am Coll Cardiol.* 2007; 49(4):403-14.
10. Gravina CF, Grespan SM. Mudanças no Estilo de Vida na Prevenção da Doença Aterosclerótica. *Tratado e Geriatria e Gerontologia.* 3ª. Edição. 2011. p.400-05.
11. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, et. Al; American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation,* 2005; 112(17):2735-52.
12. Miranda RD, Souza JAG, Oliveira LZ. Hipertensão Arterial. *Manual de Cardiogeriatrics.* 3ª. Edição. 2012. Pg. 186-202.
13. Prado CM, Wells JC, Smith SR, Stephan BC, Siervo M. Sarcopenic obesity: A Critical appraisal of the current evidence. *Clin Nutr.* 2012; 31(5):583-601.
14. Ramos LR, Toniolo Neto J, Cendoroglo MS et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública.* 1998. 32(5):397-407.
15. Waters DL, Baumgartner RN. Sarcopenia and obesity. *Clin Geriatr Med.* 2011; 27(3):401-21.



# Genacol®

## UMA REVOLUÇÃO NA SAÚDE OSTEOARTICULAR!

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



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

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

**NATURAL, SEM CONTRA-INDICAÇÃO, SEGURO E EFICAZ.**

**PRESENTE EM MAIS DE 50 PAÍSES E AGORA NO BRASIL**



Múltiplos benefícios e resultados comprovados por Estudos Clínicos publicados.



**AminoLock®**  
Sequence Technology  
Tecnologia patenteada

[www.genacol.com.br](http://www.genacol.com.br)  
[facebook.com/genacol.br](https://facebook.com/genacol.br)



**Margarita Bernal Wieselberg**

Fonoaudióloga com especialização em audiologia. Doutora em ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professora do curso de graduação em fonoaudiologia e do curso de pós-graduação profissional em Saúde da Comunicação Humana da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP)

Contato mbwieselberg@hotmail.com

## Deficiência auditiva: visão geral, impacto na qualidade de vida e reabilitação auditiva

### TAKE HOME MESSAGE

Profissionais da saúde que lidam com idosos que apresentem queixas auditivas e/ou de comunicação desempenham um importante papel:

- no encaminhamento precoce para diagnóstico e reabilitação audiológica;
- na compreensão de que a perda auditiva no idoso tem consequências que vão além da simples diminuição da detecção de sons de fraca intensidade;
- no esclarecimento de que, apesar do avanço tecnológico, a aquisição e a adaptação de aparelhos de amplificação sonora são parte integrante de um processo global de reeducação auditiva.

### O idoso e a audição

A té pouco tempo atrás, a imagem que tínhamos de uma pessoa idosa era bem próxima da personagem Dona Benta, criada por Monteiro Lobato em 1931. Cabeça branca, cuidando dos netos nas férias, vida tranquila e poucas atividades. É considerado idoso no Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso, todas as pessoas acima dos 60 anos – idade estimada de Dona Benta. Em 2013, quem é o idoso ao qual nos referimos?

O conceito cronológico tradicional que se apresenta no século 21 mudou radicalmente. Os “novos idosos” ou “idosos novos” têm necessidades específicas nos campos social, laboral e cultural. Com frequência, atuam fortemente no mercado de trabalho, são financeiramente independentes e transitam em diversas áreas da vida. Representam 7,4% da população brasileira (IBGE, censo 2010), e estudos apontam que em 2020 eles podem representar 13% da nação. O aumento da expectativa de vida proporcionado pelos avanços da medicina, aliado à redução da taxa de natalidade, é um fator que gera

o rápido crescimento dos grupos de pessoas acima de 80 anos e de centenários. Esse quadro, sem precedente na história, leva os profissionais da saúde a deparar com perguntas que ainda carecem de respostas, com limitações em algumas áreas de conhecimento e a constatação de que procedimentos e a visão sobre o envelhecimento precisam ser readequados a essa realidade.

Hoje, chegam aos nossos consultórios pacientes idosos bem informados, que discutem com clareza suas dificuldades de comunicação de vida diária e suas expectativas de resolução desses problemas. O conhecimento não é mais exclusividade do clínico e o paciente é um elemento ativo em todo o seu processo de reabilitação.

O declínio da função auditiva associada ao envelhecimento varia de 30% a 40% na população com idade entre 65 e 74 anos, e sobe para 55% a 80% nos grupos acima de 75 anos (Davis A, Davis K, 2009). Considerada como condição crônica e de alta prevalência na população idosa, a perda auditiva é capaz de gerar um dos mais incapacitantes distúrbios de comunicação e de interação afetivo-social, além de ser responsável por impedir o idoso de desempenhar plena-

mente seu papel na sociedade.

Independentemente da nova contextualização antropológica, a deficiência auditiva gera um impacto psicossocial profundo no indivíduo, que se reflete no declínio da qualidade de vida, no grau de independência, na interação social, no isolamento intelectual e, particularmente, no equilíbrio emocional, frequentemente relacionado a sentimentos de depressão, solidão, inadequação e ansiedade.

A conduta clínica atual na reabilitação audiológica deve estar alinhada com a perspectiva de encaminhamento precoce e de mudanças na percepção de que a perda auditiva no idoso não é apenas um acontecimento próprio da idade e sem grandes consequências. O desconhecimento e o preconceito sobre os benefícios do aparelho de amplificação e da importância da reabilitação audiológica global contribuem para o insucesso do tratamento e a desistência de uso.

Estimativas internacionais alertam que somente um terço da população com perda auditiva usa aparelhos de amplificação, e é provável que somente a metade desses pacientes tenha benefícios aceitáveis (Davis A, Davis KA, 2009). Esse baixo índice de sucesso está frequentemente relacionado a fatores não auditivos, tais como custo, vaidade ou preconceito, assim como à inadequação na sua utilização, no manuseio e ajustes eletroacústicos.

## O envelhecimento do sistema auditivo

A perda auditiva decorrente do processo de envelhecimento, ou presbiacusia, está associada às mudanças degenerativas e fisiológicas do sistema auditivo natural e ao aumento da idade. Esse resultado é cumulativo e está relacionado a fatores de exposição a ruídos ocupacionais e não ocupacionais, nutrição, estresse, uso de medicamentos e predisposição genética.

Nenhuma parte do sistema auditivo escapa dos efeitos do envelhecimento. Na orelha externa, o colapso do meato acústico externo resultante da diminuição da elasticidade e do aumento de cerúmen e pelos pode introduzir uma falsa perda auditiva condutiva. Na orelha média, embora nem sempre leve a alterações audiológicas significativas, observa-se uma redução da mobilidade tímpano-ossicular decorrente da perda da elasticidade e da calcificação dos ligamentos e ossículos. É na orelha interna, sem sombra de dúvida, que ocorrem as mudanças e degenerações que mais contribuem para a diminuição da sensibilidade auditiva e da inteligibilidade de fala.

A presbiacusia é classicamente descrita como uma perda auditiva bilateral e de origem sensorioneural. O caráter progressivo e gradativo do problema faz com que o idoso se acostume, sem perceber, com um mundo artificialmente mais silencioso. A perda auditiva de configuração descendente, com preservação das frequências graves e comprometimento maior nas frequências agudas, torna a percepção dos sons consonantais – que são os responsáveis pela discriminação das palavras – muito difícil, especialmente quando a comunicação ocorre em ambientes ruidosos. A queixa típica dessas pessoas é de que elas ouvem mas não entendem o que lhes é dito. Com frequência, atribuem aos demais a culpa pela má qualidade na expressão de fala.

A intolerância a sons de forte intensidade é outra queixa fre-

quente, indicando a presença do recrutamento, que se manifesta como consequência da lesão das células ciliadas externas da cóclea. A diferença entre o limiar mínimo de detecção do som e o que o idoso tolera em seu limiar máximo de conforto (faixa dinâmica da audição) é bastante reduzida. Isso significa que, quando os outros falam em intensidade fraca, ele não consegue ouvir e compreender a mensagem falada e, por outro lado, se o interlocutor elevar a intensidade de voz, rapidamente o nível de desconforto auditivo será atingido, o que levará o idoso a protestar: “Não grite, pois não sou surdo”.

A audiometria, considerada nosso “padrão ouro” na avaliação e normatização da audição, nos diz muito pouco sobre as reais dificuldades de comunicação enfrentadas pelos idosos, sejam eles usuários ou não de aparelhos de amplificação.

O portador de presbiacusia não apenas ouve menos do que o normal: ouve pior, com distorções e alterações importantes na qualidade do sinal acústico. A discussão quanto ao local da lesão não deve ficar restrita ao órgão periférico. Martin, Jerger (2005) atribuem “essa dificuldade na compreensão de fala que não pode ser explicada com base na perda da sensibilidade periférica” a um importante declínio do processamento auditivo central. Além da elevação do limiar de audibilidade, observa-se redução qualitativa na seletividade de frequências, na resolução temporal, na velocidade e na transferência inter-hemisférica do sinal de fala. Também podem ser observados prejuízos importantes nas habilidades de atenção seletiva, fundo e análise-síntese que afetam a discriminação da fala, principalmente na presença de ruído de fundo.

É comum o idoso trazer queixas claras e pontuais de dificuldade de compreensão da fala em situações de ruído ou na presença de diversos interlocutores, mas diante da constatação de limiares audiométricos “normais” ele é rapidamente “tranquilizado”. Em se tratando de avaliação audiológica do idoso, é imprescindível uma avaliação audiológica global, que vá além do órgão periférico.

Quando falamos em “audição”, nos referimos essencialmente à função passiva na percepção do estímulo sonoro e, nesse caso, os limiares mínimos de audibilidade são eficientemente estimados pela audiometria. No entanto, clara diferença deve ser realizada em face de processos mais ativos e complexos como na “escuta com intenção”, na “compreensão” e na “comunicação” (Kiessling et al., 2003).

Portanto, o diagnóstico e a reabilitação da audição em pessoas idosas devem levar em consideração não somente a avaliação do funcionamento periférico, mas também testes especiais de integridade do sistema auditivo central.

Ainda que já pareça longa a lista de problemas associados ao declínio da função auditiva, podemos ainda acrescentar o declínio cognitivo e a dificuldade no armazenamento de memória das informações linguísticas.

Em um estudo que pretendeu relacionar a deficiência auditiva com o declínio cognitivo, Lin et al. (2013) avaliaram 1.984 participantes idosos. Segundo os autores, idosos com perda auditiva podem apresentar declínio cognitivo de incidência 40% mais rápida quando comparados àqueles com audição normal. Embora o mecanismo de

associação entre a perda auditiva e o declínio cognitivo não tenha sido conclusivamente esclarecido, foram oferecidas algumas prováveis explicações de inter-relação. Uma delas se baseia no conceito de “sobrecarga cognitiva”, na qual, na presença de perda auditiva, grandes recursos são disponibilizados para o processamento auditivo em detrimento de outros processos cognitivos. Alternativamente, sugeriram também que a diminuição do estímulo sensorial auditivo poderia ser responsável por mudanças funcionais no córtex e reforçaram o seu impacto no isolamento social. De uma forma geral, os autores acreditam em uma relação multifatorial e causal entre a perda auditiva e a incidência da demência. Embora não tenha sido possível afirmar de forma conclusiva que o uso de próteses auditivas tenha uma relação significativa com a baixa incidência de declínio cognitivo, os autores acreditam que possa, sim, haver entre elas uma importante associação protetora.

Se levarmos em consideração que apenas a amplificação do sinal sonoro pode ser satisfatoriamente corrigida pela prótese auditiva, um longo e complexo trabalho ainda precisa ser devidamente endereçado, para que a reabilitação e a adequação auditiva do idoso possam ser realizadas de forma aceitável e efetiva. O diagnóstico e a intervenção precoce, mesmo nas perdas auditivas de grau leve, são fundamentais para a manutenção da qualidade de vida do idoso.

### A reabilitação e o processo de adaptação de prótese auditiva

Um dos desafios na reabilitação audiológica do idoso é a seleção adequada dos sistemas ou aparelhos de amplificação sonora. Esses equipamentos melhoraram consideravelmente nos últimos anos em termos de tecnologia, miniaturização, automaticidade, controles, versatilidade e qualidade sonora. Por anos, acreditou-se que a solução estaria em investimentos voltados ao aperfeiçoamento e à sofisticação desses equipamentos. Sem dúvida, o salto foi grandioso e beneficiou a todos os envolvidos. Todavia, apesar do avanço e da excelência tec-

nológica alcançada pela indústria nos últimos anos, ainda são grandes a desistência e a resistência ao uso de aparelhos auditivos.

Surpreendemo-nos quando nos deparmos com portadores de perdas auditivas sem grandes complicações clínicas e que não respondem satisfatoriamente ao uso de amplificação. Também nos causa surpresa observar que pessoas com perdas idênticas têm desempenho ou percepções totalmente diferentes sobre o seu problema ou sobre as dificuldades enfrentadas. Os pacientes se surpreendem ao adquirir um equipamento tão sofisticado e de tão alto custo e que não atende plenamente às suas necessidades ou exigências. Não menos surpreendente é a complexidade que envolve a perda auditiva no idoso e que evoca necessidades amplas de reabilitação e aconselhamento que vão muito além da simples aquisição de um equipamento eletrônico. Não perceber a dimensão do problema pode trazer frustração para todos os envolvidos.

Uma das razões para o fracasso na adesão da reabilitação audiológica pode ser encontrada no fato de que muitas das mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento ao longo da via auditiva, em especial na cóclea e córtex, não são adequadamente compensadas pelos aparelhos de amplificação sonora. Portanto, o encaminhamento desses pacientes para a aquisição de aparelhos sem o apoio de um trabalho integrado contribui, com frequência, para o seu abandono.

Para prosperar, um programa de reabilitação audiológica precisa ser individualizado e atender às diferentes necessidades de comunicação. Sendo a deficiência auditiva uma condição crônica e progressiva, deve haver uma relação de confiança entre o fonoaudiólogo, o paciente, sua família e os demais profissionais envolvidos. Esse programa deve servir de referência para reavaliações, acompanhamento e implementação de ajustes eletroacústicos necessários.

A detecção precoce e o encaminhamento para uma reabilitação audiológica adequada são uma pré-condição na preservação do bem-estar físico, mental, cognitivo e social do paciente idoso portador de uma deficiência auditiva e que faz parte desta nova geração, longa e ativa, de cidadãos do mundo. Os tempos de Dona Benta ficaram para trás.

### Referências bibliográficas

1. Davis A, Davis KA (2009). Epidemiology of aging and hearing loss related to other chronic illnesses. In: Hickson L. (2009). Proceedings of the Second International Adult Conference. Second International Adult Conference Hearing Care for Adults 2009 – The Challenge of Aging, Chicago, IL, USA (23-32).
2. Kiessling J, Pichora-Fuller MK, Gatehouse S, Stephens D, Arlinger S, Chisolm T, Davos AC, Erber, NP, Hickson, L, Holmes A, Rosenhall U & van Wedel H (2003). Candidature for and delivery of audiological services: special needs of older people. *International Journal of Audiology*, 42 (Suppl.2), 92-101.
3. Lemke U (2009). The challenge of Aging – Sensory, Cognitive, Socio-Emotional and Health Changes in Old Age. In: Hickson L. (2009). Proceedings of the Second International Adult Conference. Second International Adult Conference Hearing Care for Adults 2009 – The Challenge of Aging, Chicago, IL, USA (33-43).
4. Lin FR, Yaffe K, Xia J, Qian-Li X, Harris TB, Purchase-Helzner E, Satterfield S, Ayonayon HN, Ferrucci L, Simonsick EM (2013). Hearing Loss and Cognitive Decline in Older Adults. *JAMA Intern Med.* 173(4): 293-299.
5. Martin JS, Jerger JF (2005) Some effects of aging on central auditory processing. *J Rehabil Res Dev* 42:25–44.
6. Pichora-Fuller MK, Singh G (2006). Effects of age on auditory and cognitive processing: Implications for hearing aid fitting and audiological rehabilitations. *Trends in Amplifications*, 10(1), 29-59.
7. Russo ICP (1999). Distúrbios da audição: A Presbiacusia. In: Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade, Iêda Chaves Pacheco Russo, Rio de Janeiro:Revinter, ( 51-82).
8. Veras RP, Mattos LC (2007). Audiologia do envelhecimento: revisão da literatura e perspectivas atuais. *Rev Bras Otorrinolaringol.*;73(1):128-34.



**Audium**   
Audição é a nossa paixão

Audição Ativa  
Vida Ativa

A Phonak, uma empresa suíça líder no segmento de soluções auditivas, trouxe para o Brasil a rede de atendimento Audium. Uma rede mundial reconhecida pelo profissionalismo nos processos de atendimento e aconselhamento, a fim de oferecer a melhor solução auditiva com todo o conforto e segurança que seus pacientes merecem.

Aqui os seus pacientes encontram o que há de mais avançado em tecnologia auditiva: os produtos **Phonak!**

Agregado a tecnologia **Phonak**, a Audium é composta por profissionais apaixonados por Audição. Tudo o que fazemos para a construção de um bom relacionamento e atendimento com os nossos pacientes, somado ao trabalho e à busca por uma solução que ofereça melhor qualidade de vida, é baseado nesta **paixão**.

Fotos: Audium Itaim | SP



Na Audium você tem o melhor:

- Lyric - aparelho auditivo invisível, que pode ser usado no banho e ao dormir, por meses, 24h por dia, sem trocar as pilhas.
- 30 pontos de atendimento e mais de 100 parceiros.
- Tecnologia suíça.
- Garantia Audium Plus\* (perda, roubo e danos).
- Completa linha de acessórios e sistema FM.
- Produção digital de aparelhos intra-aurais e moldes.

Na Audium você pode confiar: Tranquilidade para você e seus pacientes. Certeza de uma solução auditiva e atendimento de qualidade!

Acesse nosso site ou ligue!

**0800 701 8105** ou [www.audiumbrasil.com.br](http://www.audiumbrasil.com.br)

**Audium**   
Audição é a nossa paixão



**Roberta Lima Amaral da Costa**

Médica graduada pela Universidade de Santo Amaro; título de especialista de clínica; médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Especialização em pneumologia pela Universidade Federal de São Paulo; especialização em medicina do sono pelo Instituto do Sono

**Contato** roberta.pneumoesono@gmail.com

# Tabagismo no idoso: o que precisamos saber

## TAKE HOME MESSAGE

- O tabagismo é uma doença crônica multissistêmica que afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes geriátricos, dificultando o controle de outras comorbidades e aumentando a mortalidade nessa população.
- Os benefícios relacionados à cessação podem ser observados minutos após o início da abstinência e se prolongam por toda a vida.
- O tratamento para a população geriátrica pouco se altera em relação às demais faixas etárias, com taxas de abstinência equiparáveis.

## Introdução

O ato de fumar causa uma doença crônica conhecida como tabagismo, relacionada à dependência da nicotina e reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como grave problema de saúde pública, com evidências científicas concretas de que é a principal causa evitável de 55 doenças relacionadas ao tabaco, que figuram entre as primeiras causas de morte no mundo. O tabagismo representa um poderoso acelerador do envelhecimento, tanto diretamente, através de mecanismos mediados em grande parte por radicais livres, quanto indiretamente, através de condições patológicas correlacionadas. Consideramos fumante o indivíduo que consumiu pelo menos 100 cigarros na vida e que fumou pelo menos um cigarro no último mês.

No mundo há 1,3 bilhão de fumantes, com queda da prevalência

nos países mais desenvolvidos e entre a população mais escolarizada. O tabagismo, tanto ativo quanto passivo, é responsável por 6 milhões de mortes prematuras a cada ano, ou seja, 1/6 de todas as mortes no mundo, especialmente por câncer, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias. A previsão, caso medidas efetivas não sejam tomadas, é de que haverá 8 milhões de óbitos relacionados a doenças por consumo de tabaco em 2030, totalizando 1 bilhão de óbitos no século 21.

No Brasil, a prevalência do tabagismo encontra-se em queda, havendo hoje 24 milhões de fumantes e 26 milhões de ex-fumantes no país. Pesquisas realizadas mostraram que a prevalência de fumantes idosos está em queda – de 26,04% em 1989 para 15,4% em 2003. Os homens idosos, nos dois períodos avaliados, fumavam mais que as mulheres idosas. Em 2008, 13% das mortes foram relacionadas

ao ato de fumar. Estudos recentes concluíram que o custo total ao Sistema Único de Saúde em 2011 relacionado ao tabagismo foi de cerca de 21 bilhões de reais. Anualmente, o cigarro compromete cerca de 15% do orçamento de mais da metade dos fumantes com renda mensal de até dois salários mínimos.

### Efeitos do tabagismo

De todas as doenças documentadas no período de 2011, tanto agudas quanto crônicas, 34% relacionavam-se ao ato de fumar. Indivíduos não fumantes com 70 anos têm 41% de probabilidade de alcançar os 85 anos de idade, ao passo que fumantes com a mesma idade têm apenas 21% de probabilidade. Ainda se observa que a prevalência de fumantes saudáveis é mais baixa entre os indivíduos idosos. Os idosos que param de fumar aos 70 anos têm um aumento da sobrevida em aproximadamente 20%.

Estudos epidemiológicos desenvolvidos em grandes populações idosas no Canadá e nos Estados Unidos evidenciaram associações entre o hábito de fumar e um pior prognóstico da saúde. Esses indivíduos apresentaram mais sintomas como tosse, dor no peito, nas pernas, sintomas depressivos, além de uma redução da função física (como caminhar e subir escadas) e aumento do uso de medicamentos (analgésicos, medicamentos para o sistema nervoso central, para o aparelho gastrointestinal, entre outros).

A nicotina é uma das 4,7 mil substâncias tóxicas presentes na fumaça do cigarro e em outras formas do uso do tabaco, como charuto, cachimbo, rapé, narguilé e cigarro eletrônico. Em cerca de 90% dos casos, o primeiro contato com o cigarro é na adolescência (antes dos 20 anos de idade), mas isso pode ocorrer em qualquer faixa etária, desde que estejam presentes fatores que levem à dependência química de nicotina.

Fumar leva a uma inflamação crônica difusa por todo o organismo, semelhante aos efeitos da hipercolesterolemia e da hiperglicemia no sangue, ambos derivados da má alimentação. Essa inflamação promove disfunção, principalmente dos pulmões (asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar e câncer de pulmão), do coração (infarto do miocárdio, angina de peito, doença coronariana crônica), do cérebro (acidente vascular encefálico e infarto cerebral) e dos vasos sanguíneos (doença vascular periférica). Ainda pode levar a impotência sexual, infertilidade, catarata, osteoporose e menopausa precoces, além de acelerar o processo de envelhecimento, como citado anteriormente.

Vale ressaltar que o risco de adquirir essas doenças também se estende aos fumantes passivos, caracterizados por estarem expostos à fumaça do cigarro. Atualmente um terço dos adultos está exposto com frequência e regularidade ao fumo passivo. Calcula-se que no mundo ocorram aproximadamente 600 mil mortes prematuras ao ano por tal exposição.

O fumo é a maior fonte de poluição em ambientes fechados e não existem níveis seguros de exposição. A fumaça liberada no ambiente

pela ponta do cigarro é cerca de quatro vezes mais tóxica que a fumaça aspirada pelo fumante, contendo, em média, três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas. A prevenção ao fumo passivo se dá através da instituição de ambientes livres de tabaco. A separação de ambientes para fumantes e sistemas modernos de ventilação não são eficazes para evitar a exposição ao fumo passivo.

### Benefícios da cessação

Muitos fumantes têm vontade de largar o cigarro, mas sentem dificuldade de atingir esse objetivo. Após o início do hábito de fumar, instala-se um processo de dependência múltipla, envolvendo aspectos físicos, psicológicos e comportamentais. O cigarro serve como amortecedor e regulador das emoções e passa a fazer parte de rotinas que se tornam automáticas, como fumar e tomar um cafezinho preto. A dependência física é considerada alta quando o paciente apresenta 6 ou mais pontos na escala de dependência de Fagerström, e também quando o paciente fuma 20 ou mais cigarros ao dia e/ou fuma o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar, independentemente da pontuação na escala de dependência anteriormente citada.

Ressaltamos que inúmeros fatores incentivam o tabagismo nessa população: convivência com outro fumante no domicílio, estar desempregado ou procurando emprego, alcoolismo, depressão, baixa participação em atividades religiosas, maior risco de baixo grau de satisfação nos relacionamentos sociais e outros achados negativos relacionados à qualidade de vida.

Os benefícios ao parar de fumar são listados abaixo:

- normalização da pressão arterial após 20 minutos;
- queda de 50% dos níveis de nicotina e monóxido de carbono no sangue, com normalização da oxigenação do sangue após 8 horas;
- melhora do olfato e do paladar após 48 horas;
- melhora da capacidade de andar e correr após 2 a 12 semanas;
- redução do risco de derrame e de infarto semelhante a quem nunca fumou após 5 a 15 anos.

Entre os benefícios obtidos com a cessação em idosos, destacam-se redução do risco de adoecer, melhor controle da evolução de doença preexistente, melhora na qualidade de vida e aumento da expectativa de vida. As taxas de sucesso do tratamento em idosos não diferem das de outras faixas etárias, oscilando entre 23% e 32% após um ano de cessação. Os preditores de sucesso para essa população incluem presença de companheiro não fumante, internação recente por doença tabaco-relacionada e alto grau de motivação para parar de fumar.

Entende-se por abstinência o ato de se privar de alguma coisa em prol de algum objetivo (no caso, o ato de fumar). Entre os sintomas de abstinência da nicotina, os mais frequentemente observados incluem sentir uma vontade muito grande de fumar (fissura), começar a tossir ou ter uma piora da tosse por algumas semanas, boca seca, dor de garganta, dores de cabeça, tontura e tremores, ficar nervoso, ansioso ou

se irritar facilmente, ter fome ou adquirir novos hábitos (para substituir o ato de levar o cigarro à boca), ganho de peso, dificuldades para dormir e prisão de ventre. Nesses casos é fundamental procurar ajuda médica para correta orientação e medicação, caso necessário.

Atualmente, há uma série de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para auxílio na cessação do tabagismo, válidas também para a população idosa. No Brasil, existe uma demanda reprimida em relação a vagas para tratamento da dependência da nicotina. Visando atenuar esse panorama, foi assinada em agosto de 2002 uma portaria do Ministério da Saúde, que incluiu o tratamento contra o fumo nos serviços do sistema público de saúde através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Esse programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país e a consequente morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco. Para isso, utiliza as seguintes estratégias: prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promoção e apoio ao abandono do hábito de fumar, mediante a sensibilização e capacitação de profissionais de saúde, regulação dos produtos de tabaco por meio de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas. Mesmo com essas medidas, a dificuldade em conseguir acompanhamento especializado e em dispor dos tratamentos nos centros de referência é evidente.

A abordagem terapêutica deve ser adaptada às características dessa população. Por exemplo, os idosos costumam ter maior autoestima (ao contrário do que acredita a maioria dos profissionais de saúde) e menor exigência social (expectativas baixas do círculo de convivência). O desejo de parar de fumar é maior entre aqueles que reconhecem esse hábito como algo prejudicial à saúde. Tal fato, quando reconhecido, deve fazer parte da estratégia motivacional.

Embora os idosos se considerem mais aptos do que os jovens, falta a eles “a entrega” aos novos desafios, pois têm grande dificuldade de romper barreiras e promover mudanças. Soma-se a isso o aprendizado mais lento, que requer reforço e detalhamento das intervenções e treinamento de habilidades em conjunto.

A abordagem em grupo deve ser incentivada, proporcionando aos idosos aumento da rede de relacionamentos, os vínculos afetivos e as relações de interdependência, sabidamente tão frágeis nessa população. Deve-se apoiar a participação de outras faixas etárias, favorecendo a dinâmica e enriquecendo o repertório temático.

## Medicamentos

Os medicamentos que fazem parte de programas específicos do Ministério da Saúde são adesivos transdérmicos de nicotina (21, 14 e 7 mg), goma de mascar de nicotina (2 mg) e bupropiona (150 mg).

A terapia de reposição nicotínica (TRN) através de adesivos transdérmicos não aumenta a incidência de efeitos adversos, tampouco o risco de complicações cardíacas, inclusive nos portadores de doença coronariana crônica. O rodízio do local de aplicação de adesivos deve ser reforçado pelo relato mais comum de lesões cutâneas. Em relação às gomas, é importante lembrar que o uso de próteses dentárias pode dificultar seu uso, interferindo na aderência ao tratamento.

A bupropiona tem demonstrado boa eficácia, tanto como monoterapia quanto em associação com os adesivos de nicotina ou goma de mascar de nicotina. A eficácia desse medicamento tem sido amplamente documentada em uma série de estudos, junto com as contraindicações e efeitos colaterais, assim como as interações farmacológicas, até mesmo para indivíduos idosos. Seus efeitos adversos mais comuns são insônia, boca seca, tontura e elevação dos níveis pressóricos. A droga é contraindicada a portadores de epilepsia, traumatismo craniano, neoplasia de SNC, convulsão febril na infância, anormalidades no EEG e nos pacientes que usaram inibidores da MAO nos últimos 15 dias.

A vareniclina estimula os receptores da nicotina no cérebro, reduzindo a necessidade quando o paciente parar de fumar, removendo o prazer que se tem ao fumar. A vareniclina é uma excelente terapia, porém de alto custo, não sendo disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Como efeitos adversos, podemos citar: aumento do apetite, sonolência, tontura, fadiga, sintomas do trato gastrointestinal, boca seca e dispneia.

A farmacodinâmica da nicotina não difere nos idosos saudáveis, porém sua eliminação é prejudicada em pacientes com insuficiência renal. Nesses pacientes, recomenda-se ajuste da dose da bupropiona para 150 mg/dia. No caso da vareniclina, a insuficiência renal grave contraindica sua prescrição. As drogas de segunda linha, como nortriptilina e clonidina, têm efeitos indesejáveis mais frequentes em idosos.

Deve-se lembrar que a motivação do idoso fumante para deixar de fumar pode reforçar a conscientização da sociedade contemporânea sobre a importância do seu papel saudável na família, levando-o a assumir a função de modelo de conduta para futuros adultos.

## Referências bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – [www.sbpt.org.br](http://www.sbpt.org.br)
2. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – [www.sbgg.org.br](http://www.sbgg.org.br)
3. Aliança de Controle ao Tabagismo – <http://actbr.org.br/>
4. Instituto Nacional de Câncer – [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)
5. Diretrizes para Cessação do Tabagismo – [www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n10/v34n10a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n10/v34n10a14.pdf)
6. Global Smokefree Partnership – [www.globalSmokefreePartnership.org](http://www.globalSmokefreePartnership.org)



## ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

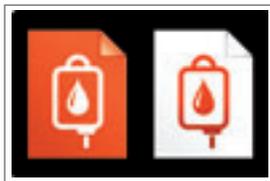


A **APAE de São Paulo** lançou no fim de 2013 a segunda edição do livro *Envelhecimento e Deficiência Intelectual: Uma Emergência Silenciosa*, organizado pela primeira vez em 2004. A nova edição tem por objetivo promover uma discussão atual

sobre a deficiência intelectual e sobre como hoje as pessoas com funcionamento intelectual inferior à média também têm a possibilidade de envelhecer com saúde.

Como evoluem? Que limitações adicionais o envelhecimento lhes confere? Adquirem aptidões com o tempo adicional? Essas são algumas perguntas respondidas ao longo de 18 capítulos que trabalham, entre outros temas, a deficiência intelectual e o envelhecimento, os aspectos sociais e legais, e os aspectos da saúde, da atuação multidisciplinar e da família no envelhecimento da pessoa com deficiência intelectual.

## DOAÇÃO DE SANGUE



O **Ministério da Saúde** aumentou no fim de 2013 para 69 anos a idade máxima para doação de sangue no Brasil, o que amplia em 2 milhões o público potencial de doadores. A atual faixa etária

para doação é de 16 a 67 anos. Países como EUA, França e Espanha já trabalham com a faixa etária de até 69 anos.

Atualmente, são coletados no Brasil 3,6 milhões de bolsas por ano, o que corresponde ao índice de 1,8%. Embora o percentual esteja dentro dos parâmetros da OMS, o Ministério da Saúde trabalha para chegar ao índice de 3%. Em 2012, o Ministério da Saúde reduziu a idade mínima para doação de 18 para 16 anos (com autorização do responsável). Com a expansão das idades mínima e máxima dos doadores, houve a abertura para 8,7 milhões de novos voluntários.

## PROJETO CUIDADOR



O **Grupo IPC Saúde** promoverá nos dias 15 e 22 de março o curso intitulado Projeto Cuidador, cujo objetivo é “aprimorar a essência do cuidar e o sentimento do cuidador por meio de conhecimento que pode ser aplicado em pacientes

que requerem cuidado”.

Coordenado pela psicóloga Vera Bifulco, o curso se destina a cuidadores formais e informais e abordará temas como “Quem é o cuidador, sentimentos que norteiam o cuidador e cuidados paliativos”, “Como ajudar o médico”, “Cuidados de enfermagem em pacientes crônicos” e “Nutrição no envelhecimento”, entre outros. O curso completo tem custo de R\$ 150,00 e os participantes que o concluírem receberão certificados.

**Para mais informações:** (11) 5525-6565



## PROJETO TITIAS

A artista plástica norte-americana Aleah Chapin deu um novo sentido à palavra “nu”. As obras que compõem o **Aunties Project** (Projeto Titias, em tradução livre) revelam

não a intimidade de corpos jovens e perfeitos, como geralmente se imagina quando se pensa em “nu”. Elas trazem retratos hiper-realistas de mulheres idosas com suas rugas, pele flácida, celulite, cicatrizes e cabelos brancos.

Nessa série de pinturas a óleo, pelo qual ela recebeu o prestigioso BP Portrait Award, Aleah captura a essência dos corpos envelhecidos de suas modelos e muito mais: alegria, cuidado, apoio, humor e uma atitude positiva diante da passagem do tempo. Segundo ela, o Aunties Project é “menos sobre idade e mais sobre fazer pinturas que abracem completamente o corpo humano, esse vaso fascinante que nos carrega através de nossas experiências”.

**Para ver mais imagens, visite:** [www.aleahchapin.com](http://www.aleahchapin.com)

## UMA EPIDEMIA QUE ENVELHECE



Dados de um recém-publicado relatório do **Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS)** revelaram um envelheci-

mento da epidemia: hoje, do total de 35,3 milhões de soropositivos no mundo, 3,6 milhões têm 50 anos ou mais. A maioria dessa população – 2,9 milhões – vive em países de média e baixa renda.

Essa mudança demográfica na epidemia de aids é consequência de alguns fatores, entre eles: o avanço da medicina e a criação de terapias antirretrovirais capazes de prolongar significativamente a vida de soropositivos; a queda da incidência de HIV entre jovens adultos, transferindo o peso da doença para idades mais avançadas; e o comportamento de risco de pessoas com 50 anos ou mais, como sexo desprotegido e uso de drogas injetáveis.

O relatório conclui que as iniciativas de prevenção e tratamento devem levar em conta essa mudança na epidemia, de preferência em conjunto com serviços de rastreamento e tratamento de doenças não comunicáveis, bem como outros serviços de saúde voltados para esse público.

## UNESP OFERECERÁ ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO



A partir de março, a **Universidade Estadual Paulista (Unesp)** oferecerá a profissionais de saúde o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do

Idoso. A iniciativa contempla profissionais de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e farmácia. Os residentes selecionados contarão com uma bolsa de auxílio financeiro do Ministério da Saúde.

A finalidade do programa é auxiliar os profissionais na aquisição de competência técnica, humanística e ética, necessárias à promoção da saúde, prevenção, intervenção clínica e reabilitação, com foco no contexto do SUS e de sua complexidade. O projeto terá duração de dois anos e terá 18 vagas disponíveis: 5 vagas para enfermeiros, 4 para farmacêuticos, 3 para nutricionistas, 3 para psicólogos e 3 para fisioterapeutas.



## NOVAS FORMAS DE MORADIA

Aos 41 anos, o arquiteto alemão Matthias Hollwich ainda está longe de ser idoso, mas já há algum tempo vem se dedicando ao movimento **New Aging** (Novo Envelhecimento, em tradução livre), pensando em novas opções de moradia para pessoas a partir dos 40 anos. Ele é um dos fundadores do HWKN, escritório de arquitetura e design conceitual baseado em NY, e professor da Universidade da Pensilvânia, onde vem trabalhando para reinventar o conceito de asilos.

Segundo ele, “existem 17 mil instituições de longa permanência para idosos certificadas nos EUA e 17 mil razões para não morar nelas”. Hollwich propõe modelos inovadores, como BOOM, uma comunidade voltada para o público LGBT, com propostas de construção na Califórnia, nos EUA, e na Costa do Sol, na Espanha; Gerópolis, da Fundação Bauhaus na Alemanha; e Aging in Africa, uma comunidade para padres aposentados na Costa do Marfim. Todos os seus projetos valorizam o espaço físico, mas vão muito além disso. Eles procuram incluir autonomia, individualidade, raízes, trocas sociais e ligação com a comunidade.

**Para conhecer mais sobre seu trabalho, visite:** <http://hwkn.com/NEW-AGING>

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

### LANÇAMENTOS DA NOVA QUÍMICA



O laboratório **Nova Química** tem dois lançamentos previstos para março.

O primeiro deles é o Indafix 1,5 mg, indicado no tratamento da hipertensão arterial essencial. A droga é recomendada preferencialmente em situações clínicas específicas, como idosos e hipertensos sal-sensíveis (negros e obesos), além de em determinadas comorbidades, como doença cerebrovascular e insuficiência cardíaca.

Seu princípio ativo é a indapamida de 1,5 mg de liberação prolongada, com ação anti-hipertensiva por 32 horas. Indafix, disponível em caixas com 60 comprimidos revestidos de liberação prolongada, é administrado sempre em dose única diária, preferencialmente pela manhã.

O segundo lançamento é o Neulox, cujo princípio ativo é o cloridrato de duloxetine. O medicamento é recomendado para o tratamento de depressão, transtorno de ansiedade generalizada e dores físicas associadas ou não aos estados depressivos (dor neuropática, fibromialgia, osteoartrite e lombalgia).

Trata-se de um antidepressivo com ação dual por inibir a recaptação de serotonina e noradrenalina. Disponível em versões de 30 mg e 60 mg, Neulox deve ser administrado em dose única diária de 60 mg. Na primeira semana, recomenda-se iniciar com 30 mg/dia. A dose máxima é de 120 mg/dia. O tempo para início dos efeitos terapêuticos é de uma a duas semanas.



### MEDICAMENTO PARA REPOSIÇÃO HORMONAL APLICADO NA PELE



A farmacêutica **Eli Lilly** lançou recentemente no Brasil o Axeron, primeiro medicamento de uso transdérmico disponível para reposição hormonal masculina. A terapia é indicada para tratar o hipogonadismo, doença crônica que atinge aproximadamente 20% dos homens entre 24 a 87 anos, segundo estudo brasileiro realizado no Rio de Janeiro em 2009 no Instituto de Biologia do Exército. Entre seus principais sintomas estão perda de libido, disfunção erétil, cansaço físico e alterações de humor, como irritabilidade e desânimo.

As vantagens desse medicamento são a praticidade e, principalmente, o fato de ser indolor – 99% das terapias disponíveis são realizadas por medicamentos injetáveis. O medicamento chega ao mercado como uma solução simplificada de aplicação na axila, permitindo que o médico faça o gerenciamento correto da dose de testosterona para cada paciente.

### TRICAMPEÃO EM PERFORMANCE EMPRESARIAL

**achē**

Pelo terceiro ano consecutivo a indústria farmacêutica **Aché** conquistou o primeiro lugar na categoria melhor performance empresarial. O prêmio foi recebido durante a 37ª edição do Prêmio Lupa de Ouro, o mais importante prêmio para os profissionais de marketing da indústria farmacêutica brasileira.

O Aché também venceu a categoria Prescrição Sistema Musculoesquelético com a campanha do medicamento Nisulid D. Além dos Lupas de Ouro, o laboratório conquistou o Lupa de Prata com Alenia, da franquia Respiratória, Remilev, da franquia Sistema Nervoso Central, e Fisioton, produto da franquia Saúde Feminina. Já a campanha de Prolive, da franquia Gastro, recebeu o Lupa de Bronze.

## MELHOR VISUALIZAÇÃO DE VEIAS



A **Becton, Dickinson & Company (BD)** disponibilizou recentemente no mercado o **AccuVein (AV300)**, um dispositivo que auxilia na visualização de veias. A novidade é indicada para facilitar a coleta de sangue e infusão intravenosa de medicamentos ou qualquer procedimento

que necessite de uma punção venosa.

Entre as características do dispositivo destacam-se fácil manuseio, segurança e efetividade na iluminação. A difícil localização venosa é um dos fatores que mais atingem pacientes idosos e afrodescendentes, cujas veias são de difícil localização.

“Realizar esse tipo de procedimento pode ser desafiador até mesmo aos profissionais mais experientes. Com o **AccuVein**, é possível localizar a veia abaixo da pele, aumentando a eficácia dos procedimentos que requerem acesso venoso, além de garantir maior segurança e conforto durante as coletas de sangue e infusões”, diz **Fernando Moresco**, gerente de produto.

## NOVO APARELHO DE ANGIOGRAFIA DIGITAL



O **Hospital Santa Cruz** de São Paulo dispõe de novo aparelho de angiografia digital da **Toshiba Medical** de última geração no setor de hemodinâmica, radiologia vascular e neurorradiologia intervencionista, onde são realizados procedimentos para diagnosticar e tratar doenças cardíacas, neurológicas e vasculares periféricas.

Com a nova tecnologia, patologias como infarto do miocárdio, AVC isquêmico ou hemorrágico, arritmias cardíacas complexas, hemorragias internas graves, obstruções das vias biliares, trombozes vasculares e aneurismas arteriais, que até recentemente só podiam ser abordadas por meio de cirurgias de grande porte, hoje podem ser tratadas de maneira menos invasiva através da inserção de delicados dispositivos e cateteres, orientados pela angiografia.

O novo aparelho, **INFX 8000V**, com características “Flat Panel”, 3D **Angio** e “CT like”, oferece uma importante redução da exposição dos pacientes à radiação ionizante, altíssima resolução de imagens fluoroscópicas e adquiridas, angiografia rotacional com software de reconstrução tridimensional e tomografia computadorizada acoplada ao dispositivo “**OneShot/SNRF**” de aquisição de imagens para perfeita visualização de stents implantados.

## PLANEJANDO O PÓS-CARREIRA



A **Angatu IDH**, empresa especializada em desenvolvimento de soluções de recursos humanos e marketing para empresas que atuam no mercado da longevidade, deu início em janeiro ao seu Programa Pós-Carreira.

O objetivo é construir, de forma parceira, programas que atendam executivos e profissionais liberais no planejamento do seu projeto de pós-carreira. Para os participantes, entre as principais razões para aderir a um programa de preparação para o pós-carreira estão a inevitabilidade do envelhecimento e da aposentadoria, bem como as decorrências psicológicas, sociais, econômicas, profissionais, familiares e biológicas dessa nova fase.

O objetivo é construir, de forma parceira, programas que atendam executivos e profissionais liberais no planejamento do seu projeto de pós-carreira. Para os participantes, entre as principais razões para aderir a um programa de preparação para o pós-carreira estão a inevitabilidade do envelhecimento e da aposentadoria, bem como as decorrências psicológicas, sociais, econômicas, profissionais, familiares e biológicas dessa nova fase.

“Já iniciamos a construção do programa em empresas preocupadas com a qualidade de vida de seus colaboradores. Nossa intenção para o segundo trimestre de 2014 é chegar a entidades de classe de profissionais liberais, pois estes, diferentemente dos empregados em empresas, constroem, além de sua carreira, seu pós-carreira sozinhos”, diz **Denise Mazzaferro**, sócia-fundadora da **Angatu**.

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

mar/abr

➡ **International Research Conference on Frailty & Sarcopenia (IAGG)**  
13 e 14 de março • Barcelona, Espanha • [www.frailty-sarcopenia.com](http://www.frailty-sarcopenia.com)

➡ **American Association for Geriatric Psychiatry Annual Meeting**  
14 a 17 de março • Orlando, Flórida, EUA • [www.aagponline.org](http://www.aagponline.org)

➡ **XVIII Simpósio Internacional de Atualização em Psiquiatria Geriátrica**  
21 e 22 de março • São Paulo, SP • [www.blcongressoseventos.com.br](http://www.blcongressoseventos.com.br)

➡ **XXXV Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**  
21 a 23 de março • Transamérica Expo Center • São Paulo, SP • [www.socesp2014.com.br](http://www.socesp2014.com.br)

➡ **13<sup>th</sup> International Geneva/Springfield Symposium on Advances in Alzheimer Therapy**  
26 a 29 de março • Genebra, Suíça • [www.siumed.edu/cme/alzheimer](http://www.siumed.edu/cme/alzheimer)

➡ **5<sup>o</sup> Congresso Pan-Americano de Gerontologia e Geriatria**  
27 a 29 de março • Cartagena de Índias, Colômbia • [administrativo@acgg.org.com](mailto:administrativo@acgg.org.com)

➡ **Congresso Internacional de Humanidades e Humanização em Saúde**  
31 de março e 1 de abril • Centro de Convenções Rebouças • São Paulo, SP • [www.congressohumaniza.com.br](http://www.congressohumaniza.com.br)

abr/mai

➡ **XIX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**  
29 de abril a 3 de maio • Centro de Convenções Hangar, Belém, PA • [www.cbgg2014.com.br](http://www.cbgg2014.com.br)

➡ **29<sup>th</sup> International Conference of Alzheimer's Disease (ADI 2014)**  
1 a 4 de maio • San Juan, Porto Rico • [www.adi2014.org](http://www.adi2014.org)

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

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

➡ **VI Congresso Uruguaio de Gerontologia e Geriatria**  
25 a 27 de maio • Centro de Convenciones Intendencia de Montevideo • Uruguai • [www.geriatria2014.org.uy](http://www.geriatria2014.org.uy)

➡ **4<sup>th</sup> Congress of the Clinical Section IAGG – European Region 2014 & 7<sup>th</sup> Academic Geriatric Congress 2014**  
28 a 31 de maio • Antalya, Turquia • [www.iaggantalya2014.org](http://www.iaggantalya2014.org)

jun/set

➡ **12<sup>th</sup> International Federation of Ageing Global Conference**  
10 a 13 de junho • Hyderabad, Índia • [www.ifa2014.in](http://www.ifa2014.in)

➡ **9<sup>th</sup> World Conference of Gerontechnology (ISG 2014)**  
18 a 21 de junho • Taipei, Taiwan • [isg2014.org](http://isg2014.org)

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

3º Congresso Internacional de Prevenção de Lesões de Pele

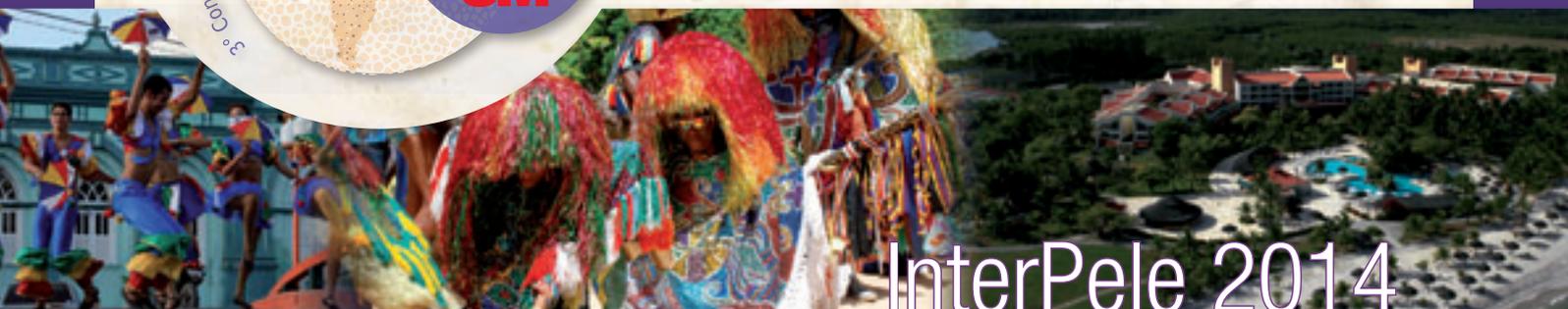


InterPele  
3M

3º Congresso Internacional de  
Prevenção de Lesões de Pele

“PREVENÇÃO É PARA TODOS”

De 14 a 17 de Abril de 2014. Recife - PE  
Local: Vila Galé Eco Resort do Cabo



InterPele 2014

## Programação

**14 de abril** (Segunda-feira)

### Conferência de Abertura

#### Panel:

A pele, entendendo e cuidando do maior órgão do corpo humano.

### Coquetel de Abertura

**15 de abril** (Terça-feira)

#### Panel:

Úlcera por Pressão: Iniciativas de impacto para prevenção

#### Conferência:

O consenso MARSÍ (*Medical Adhesive-Related Skin Injuries*)  
Lesões de Pele Relacionadas à Adesivos Médicos

#### Hot Topics na Prevenção de Lesões de Pele:

- \* Prevenção de Úlcera por Pressão por dispositivos de uso médico
- \* Radiodermites
- \* Lesão por Fricção (*Skin Tears*)

**16 de abril** (Quarta-feira)

#### Conferência:

MASD (*Moisture Associated Skin Damage*) – Lesões de Pele Associadas à Umidade

#### Palestra:

Limpadores de pele: Ciência, tecnologia e prática clínica

#### Palestra:

Hidratantes: Ciência, tecnologia e prática clínica

#### Jantar de Encerramento

Informações e inscrições:  
[www.interpele2014.com.br](http://www.interpele2014.com.br)



Organização:

terramar  
EVENTOS

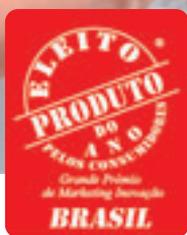
Realização:

3M

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

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

*Elizete Cristina Oliveira da Silva*  
Enfermeira  
COREN 58978



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



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

 [tenabrasil](https://www.facebook.com/tenabrasil)

 [tenabrasil](https://www.youtube.com/tenabrasil)

**Líder Mundial**  
em produtos para  
Incontinência Urinária

