CLÍNICA MÉDICA
Infecções no idoso

EM MOVIMENTO
Ideias e recursos para o paciente e o cuidador

FYI
Seleção de estudos em periódicos nacionais e internacionais

ano I • edição 5
maio/junho 2013
ISSN 2316-1434

Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

DIFERENÇA
Antes contraindicados, transplantes são mais uma opção no tratamento do idoso

ENTREVISTA
Instituições de longa permanência: um papo esclarecedor com a psicóloga Cleofa TonioloZenatti

SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE
Entenda o que mudou e como abordar esse assunto delicado com seu paciente

Distribuição exclusiva para a classe médica

NOVO NUTREN® SENIOR

VIDA ATIVA EM QUALQUER IDADE

ACT-3 Cálcio Proteína Vitamina D

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

Sem Sabor

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

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

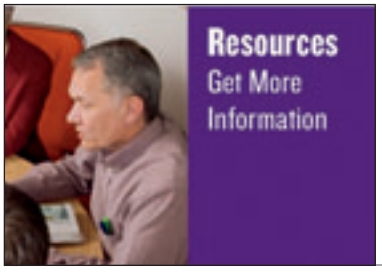
Referências bibliográficas: 1. Price R, Daly F, Pennington CR, McMurdo ME. Nutritional supplementation of very old people at hospital discharge increases muscle strength: A randomised controlled trial. Gerontology. 2005;51:179-185. **2.** Fabian E, Bogner M, Kickinger A, Wagner KH, Elmadfa I. Vitamin 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.

Para mais informações, acesse:
www.nestlehealthscience.com.br
Serviço de Atendimento ao Profissional de Saúde **0800-7702461 - SMS 25770**
Para solucionar dúvidas, entre em contato com seu Representante

NestléHealthScience

SUMÁRIO

Aptare
GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS



7 Colóquio
Instituições de longa permanência para idosos: uma conversa franca e esclarecedora com a psicóloga **Cleofa Toniolo Zenatti**

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

12 Capa
Sexualidade na terceira idade: saiba o que mudou e como tratar do tema com seu paciente

18 Clínica médica
Infecções no idoso **Paulo José Fortes Villas Bôas, Edison Iglesias de Oliveira Vidal, Adriana Polachini do Valle, Fernanda Bono Fukushima**

24 Clínica médica
À beira do leito do idoso **Vitor Last Pintarelli**

28 Endocrinologia
Andropausa **Sami Liberman, Yolanda Maria Garcia, José Luiz Figueira**

32 Em movimento
Ideias e recursos para o paciente e o cuidador

36 Diferença
Transplantes: mais um recurso no tratamento do paciente idoso

40 Radar
Lançamentos e notícias do mercado de saúde

42 Programe-se
Anote na agenda: simpósios, congressos e workshops

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

GERIATRIA
Editor clínico:
João Toniolo Neto

Conselho editorial:
Claudia Burlá
Clineu de Mello Almada Filho
Cybelle Maria Costa Diniz
Eduardo Ferriolli
Elisa Franco de Assis Costa
Elizabete 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
Thelma Guimarães

Pré-impressão e impressão
Ipsis Gráfica e Editora

Tiragem
12.500 exemplares

ISSN 2316-1434
Jornalista responsável
Lilian Liang (MTb 26.817)

Contatos
EDITORIAL:
Lilian Liang
lilian@dinamoeditora.com.br
(11) 2337-8763
(11) 9-8585-8356

COMERCIAL:
Debora Alves
debora@dinamoeditora.com.br

Thelma Guimarães
thelma@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição: Adriana Polachini do Valle, Christye Cantero, Edison Iglesias de Oliveira Vidal, Fernanda Bono Fukushima, José Luiz Figueira, Marina Pecoraro, Paulo José Fortes Villas Bôas, Sami Liberman, Vitor Last Pintarelli e Yolanda Maria Garcia

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

Um mundo de possibilidades

Quanto mais nos enveredamos pelo universo do envelhecimento, mais encantados ficamos com as oportunidades que se apresentam nessa fase da vida.

Sempre batemos na tecla de que a *Aptare* é um veículo concebido com uma única missão: ajudar o profissional de especialidades clínicas a entender melhor o paciente idoso. Para isso, estamos presentes nos principais eventos científicos da área. Conversamos com os profissionais envolvidos no cuidado do idoso, ficamos sabendo das novidades que a medicina traz para pacientes com mais de 60 anos.

Mas, nos últimos dois meses, nos propusemos um exercício aqui na redação: saber quem são os idosos sobre quem tanto falamos e que se tornam presença cada vez mais constante nos consultórios médicos. Afinal, uma coisa é falar do idoso como alguém construído com base em ideias de terceiros. Outra coisa é conhecer e falar sobre o idoso a partir do contato direto com ele – a conversa, o olho no olho.

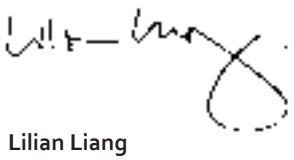
Nossa primeira parada foi um baile da terceira idade, que aconteceu num salão na Avenida Paulista, numa tarde ensolarada de terça-feira. Quase mil idosos dançavam ao som de uma animadíssima banda, que tocava de clássicos do rei Roberto Carlos até o hit de verão de Michel Teló. Senhores e senhoras enchiam a pista com visuais caprichados, de várias épocas, e o clima de paquera era inegável.

Numa outra ocasião, fomos convidados a conhecer o espaço social mantido por uma rede de farmácias paulistana. Um lugar caprichado, que proporcionava ao idoso uma área de convivência e atividades. *Quick massage*, alongamento, capoeira, dança circular, palestras, passeios e até viagens: tudo gratuito para o idoso, que vê o centro como uma extensão de sua própria casa.

Essas experiências nos permitiram conferir em primeira mão o que mídia e especialistas alardeiam: o perfil do idoso realmente mudou. A palavra que o define hoje é autonomia. Passamos pela transição de um modelo em que a velhice era um peso para ser uma fase em que é possível aproveitar um mundo de possibilidades.

São esses idosos que estarão cada vez mais presentes nas salas de espera: indivíduos com controle de sua própria vida, de sua própria saúde. Cabe aos profissionais de saúde se preparar para estender pelo maior tempo possível essa fase, que pode ser de inúmeras possibilidades e alegrias se bem conduzida. Para isso, podem contar com a *Aptare*.

Boa leitura!



Lilian Liang
Editora

CARTAS

• Sou geriatra e conheci a revista *Aptare* há pouco tempo. Gostei muito do formato e do conteúdo, que é de excelente qualidade.

Priscila Gaeta
CRM-SP 133871

• Tive o primeiro contato com a revista *Aptare – Geriatria e Gerontologia para Especialidades Clínicas*. Achei os artigos muito esclarecedores e de grande interesse. Sou cirugião-dentista e atuo na área de odontogeriatria.

Paulo Olices Dinamarco
CRO-SP 0478

• Fui apresentado à revista *Aptare* e a achei muito interessante. Gostaria de recebê-la.

Marco Antônio Gonçalves
CREMESP 51.902

• Gostaria de receber a revista *Aptare*. Achei de muito boa qualidade. Parabéns!

Virgílio Moraes Ferreira
CRM 109796

• Tomei conhecimento da revista *Aptare* e gostei muito dos temas abordados e da forma como são escritos. Estão de parabéns!

José Francisco Batista Lage
CRM 5262473-0

• Faço residência em geriatria na Unicamp. Recebi um exemplar da revista *Aptare* e gostei muito dos artigos. Gostaria de recebê-la periodicamente.

Vívian Bespo de Souza
CRM-SP 140588

• Sou R3 de geriatria no Hospital de Base de São José do Rio Preto. Recebi um exemplar da revista *Aptare* e gostei muito do conteúdo. Gostaria de recebê-la bimestralmente.

Eduardo De Conti Fochi
CRM-SP 140.980

• Foi com satisfação que recebi a edição 1 da revista *Aptare*. Fiquei bastante entusiasmada com a proposta dessa revista informativa, de qualidade e com alcance a profissionais de variadas áreas de conhecimento.

Margarita Bernal Wieselberg
Fonoaudióloga
CRFa 4745/SP

• Parabéns pela qualidade da revista.

Marise Nunes Pitta
CRM 5248700-3

• Recebo a revista *Aptare* e aprecio muito, pois ela divulga assuntos do cotidiano que não são vistos em outras literaturas.

Homero Eduardo Tocchetto
CRM-RS 12529

• Tenho recebido a *Aptare*, uma excelente revista. Gostei muito da entrevista do último número, com o professor Ricardo Komatsu .

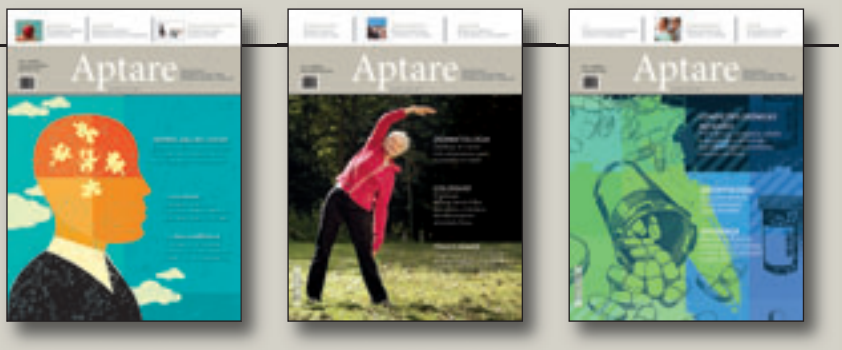
Elisa Franco de Assis Costa
CRM-GO 5001

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**.

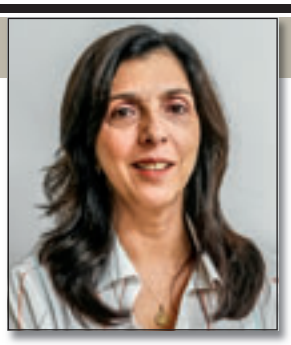
Algumas cartas podem ter sido editadas para fins de clareza. As opiniões aqui expressas não refletem necessariamente a posição da revista.

Aptare GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Aproximando o profissional clínico da geriatria e da gerontologia



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



Cleofa Toniolo Zenatti Diretora de atenção ao cliente do Residencial Toniolo e psicóloga do Ambulatório de Cuidadores da disciplina de Geriatria e Gerontologia da Unifesp

Caminhos para o futuro

Por **Lilian Liang**

A fachada bonita e bem cuidada do prédio amarelo destoa da dos outros da Rua Tamandaré, no bairro paulistano da Liberdade. Lá dentro, os quatro andares são decorados com toques pessoais e detalhes delicados: fotos, objetos e cartas contam a história do casal que plantou o que seriam as primeiras sementes da instituição.

É nesse prédio que a psicóloga Cleofa Toniolo Zenatti dá continuidade ao trabalho iniciado por seus pais na década de 1970. Em pouco menos de 40 anos, a casa de repouso inicialmente erguida em Higienópolis, num tempo em que o envelhecimento populacional era ainda uma realidade remota no Brasil, cresceu para se tornar uma clínica geriátrica com ares de hotel boutique na Liberdade.

Formada psicóloga, Cleo, como é conhecida, iniciou sua carreira trabalhando com crianças. Não por muito tempo: em busca de alguém com quem pudesse dividir as tarefas da clínica deixada pelos pais, o irmão geriatra [*João Toniolo Neto, professor de geriatria da Universidade Federal de São Paulo e editor clínico da* Aptare] a convidou para trabalhar com ele. Cleo não hesitou: abandonou a criançada e se enveredou pelos caminhos do envelhecimento. Já se vão mais de 20 anos.

Cleo acompanha de perto as mudanças graduais por que passam as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) no Brasil. A elaboração de leis específicas pela Anvisa que regulamentem as instituições e organizem o setor é vista com bons olhos, por garantir o melhor atendimento do idoso. Já o preconceito em relação às ILPIs ainda existe, mas essa situação já dá sinais de transformação. "Hoje começa a haver uma maior aceitação das ILPIs, que estão crescendo junto com a geriatria e vão se aperfeiçoando à medida que a população envelhece", comemora.

Hoje no cargo de diretora de atenção ao cliente do Residencial Toniolo, Cleo atua como os ouvidos da instituição, entre inúmeras outras responsabilidades. É ela quem recebe o idoso e seus familiares e identifica as mudanças necessárias. E foi nessa função que percebeu uma oportunidade de melhoria para a instituição que administra: usar conceitos de hotelaria para tornar a casa mais acolhedora.

Para se preparar para a tarefa, fez um curso de especialização em hotelaria hospitalar no Hospital Israelita Albert Einstein e provou por A mais B o que já desconfiava: é possível transferir para as ILPIs os conceitos da hotelaria hospitalar. Para Cleo, quando se implementam medidas voltadas para a hospitalidade, o resultado é um só: idosos e familiares se sentem mais acolhidos. E estudos comprovam: o idoso que se sente acolhido apresenta melhora no estado de saúde. "Muita gente me diz: 'minha mãe se sente tão bem aqui que acho que ela vai chegar aos 100 anos'", conta.

Porém, se de um lado Cleo tem à sua disposição um laboratório para identificar e implementar melhorias, com idosos e familiares que podem arcar com os custos de uma instituição desse calibre, de outro se depara com a dura realidade do resto da população. Uma das criadoras do ambulatório de cuidadores da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), atende cuidadores idosos que não têm alternativa a não ser cuidar de seu idoso doente, por falta de opções viáveis de ILPIs proporcionadas pelo poder público.

"Existem ILPIs beneficentes, mas elas não são suficientes para atender a demanda. Não existe lugar para esse idoso e o que acontece muitas vezes é que a família se desestrutura inteira para poder cuidar dele", diz. "Precisa haver uma conscientização política, governamental."

Confira a seguir os principais trechos da entrevista.

Aptare – **Atualmente, termos como "abrigo", "asilo", "casa de repouso" e "clínica geriátrica" são usados como sinônimos de ILPIs. Essa utilização é correta?**

Cleo Toniolo – O termo "instituições de longa permanência para idosos" é o guarda-chuva sob o qual estão todas as moda-

lidades de instituições. Existe uma diferenciação feita pela Vigilância Sanitária, regulamentada pela COVISA [*Coordenação de Vigilância em Saúde*], entre as várias categorias. Dessa forma, as instituições se adaptam ao que é permitido: uma casa de repouso pode atuar de uma determinada maneira; já um asilo segue outros pré-requisitos.

Isso acontece porque, embora as ILPIs sejam um lugar onde os idosos vão morar, não se trata apenas de uma casa. Em muitos casos, os residentes precisam de cuidados médicos, quase hospitalares, então o simples enfoque doméstico não basta. Os critérios de adequação para cada modalidade de instituição dependem do grau de complexidade dos serviços prestados. Dessa forma, uma casa de repouso que pode funcionar com uma equipe reduzida, sem tanta especialização, tem exigências diferentes das de uma clínica geriátrica em que a equipe tem que ser especializada, por exemplo.

Aptare – Hoje, cada vez mais famílias se veem às voltas com seu idoso, mas não têm coragem de colocá-lo numa ILPI. Por que isso acontece?

Cleo – Essa é uma característica do povo latino-americano, que é mais emotivo. Não estamos preparados para institucionalizar, porque existe a ideia de que você tem que cuidar de seu idoso. É uma decisão difícil, e os familiares estão geralmente fragilizados ao trazer o paciente para uma ILPI.

Além disso, faltam lugares adequados para receber esse paciente – um lugar onde o familiar se sinta seguro de deixá-lo, que seja uma alternativa à própria casa.

> “Hoje começa a haver uma maior aceitação das ILPIs, que estão crescendo junto com a geriatria e vão se aperfeiçoando à medida que a população envelhece.”

Colocar o idoso numa ILPI não é uma recomendação que fazemos para todos. Nós, profissionais que trabalhamos com isso, também achamos que o idoso deve ser cuidado em casa, desde que dê certo para os dois lados. É preciso que o idoso seja bem cuidado e que o responsável pelo cuidado esteja bem.

Muitas vezes o idoso está bem assistido, mas a pessoa que cuida está sob estresse extremo, por inúmeros fatores: o funcionário que falta, o folguista que não vem, o transporte público que entra em greve, o remédio que precisa ser comprado. E, muitas vezes, o próprio cuidador é idoso. Ou não, às vezes é o neto, que é recém-casado, tem um bebê pequeno e precisa cuidar do avô doente. Ele não dá conta da responsabilidade. E a mulher, que geralmente era quem ficava em casa para fazer as vezes de cuidadora, está saindo para trabalhar. Houve uma mudança na dinâmica das relações. As ILPIs existem como alternativa para as famílias que não estão preparadas para cuidar do idoso.

Aptare – As famílias não estão preparadas para cuidar, mas também não estão preparadas para institucionalizar. Qual o caminho?

Cleo – Elas não estão preparadas para institucionalizar porque ao longo dos anos foi construído um modelo em que as ILPIs eram sinônimo de abandono, em grande parte porque as estruturas não eram adequadas. Hoje isso já é diferente. Muita gente que encontra boas ILPIs diz: “Se eu soubesse que era assim, já teria trazido meu pai há muito tempo”.

A insegurança ao institucionalizar um idoso é natural e há formas de ajudar o familiar nisso. Por exemplo: qual a primeira coisa que se vê quando se entra numa instituição? É o ambiente. Imagine um hotel: se você entra e está tudo limpo, organizado, se a cama está bem-arrumada, o hóspede se encanta com a acolhida. Da mesma forma, se o familiar entra numa ILPI e o ambiente é acolhedor, a higiene é adequada, a primeira impressão é boa e ele se sente mais seguro para institucionalizar. Com a estadia do idoso na ILPI e a consequente melhora – porque ele está recebendo cuidados apropriados, num ambiente acolhedor –, muitos familiares se sentem mais confortados com a decisão. Quando a família cria o vínculo e entende o trabalho, ela passa a ter confiança. Muita gente diz que, depois que deixou o idoso numa boa ILPI, conseguiu voltar a dormir.

Aptare – Você concluiu recentemente um trabalho sobre adaptação da hotelaria hospitalar em ILPIs. Quais foram os principais achados?

Cleo – Durante todos esses anos, além de trabalhar com o residente de ILPI, que é o nosso público principal, venho atuando também com um segundo público-alvo, que é o familiar ou responsável, para dar a ele suporte na decisão de colocar seu parente numa instituição. É um trabalho que envolve o acolhimento.

Por isso, minha ideia foi trabalhar com a hotelaria em sua essência, que é um diferencial que se cria para acolher. A especialização no Einstein foi em hotelaria hospitalar e o trabalho de conclusão de curso aborda a hospitalidade como fator de acolhimento aos idosos e seus familiares numa ILPI. O objetivo é adaptar a hotelaria hospitalar para uma ILPI, e o trabalho provou que é possível moldar todos os itens da hotelaria hospitalar para uma instituição de longa permanência.

Foi um trabalho pioneiro, para o qual entrevistei dez familia-

res a respeito de itens relacionados a hotelaria, desde ambientação e serviço de copa até religiosidade e eventos comemorativos. O que ficou claro foi o seguinte: a partir do momento em que se faz algo bom para o idoso, o familiar automaticamente se sente bem.

Se falarmos de ambientação, por exemplo: aqui organizamos os ambientes de forma a contar uma história, que é a história de meus pais, da nossa família. Dessa mesma forma, orientamos o idoso que se muda para cá a trazer porta-retratos e outros objetos pessoais, para que ele se sinta em casa e tenha por perto um pouco de sua história. Esse tipo de cuidado se aplica a outras áreas, como governança: manter a roupa bem cuidada, a casa sempre limpa. Quando o idoso se sente acolhido, a família se sente acolhida também.

Aptare – **Você fala de religiosidade. Como ela melhora a hospitalidade numa ILPI?**

Cleo – Para a população idosa atual, a religiosidade ainda é muito importante: eles vão à missa, ao culto, à sinagoga. Por isso, decidimos trazer a religiosidade para dentro da casa, porque ela traz conforto espiritual. Uma das filhas entrevistadas para o trabalho menciona esse fato como um diferencial: "A geração da minha mãe sempre foi muito religiosa, mais do que a minha geração e a dos meus filhos. É muito confortante saber que ela tem momentos religiosos aqui dentro".

Aptare – **De que maneira o profissional clínico pode orientar uma família em busca de uma ILPI?**

Cleo – O ideal, sempre, é ter uma referência do local. Outro ponto importante é ter conhecimento da condição socioeconômica da família, porque as alternativas precisam ser apresentadas dentro de um valor que se encaixe no que ela pode pagar. O problema é que existe um limite de valor: abaixo dele, torna-se praticamente impossível ter um bom serviço. Isso precisa ficar claro.

Quanto a profissionais, no mundo ideal a equipe multidisciplinar incluiria, além do médico, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos, psicólogos, nutricionistas, dentistas – a lista é longa.

Já no quesito estrutura, a instituição precisa ter as adaptações exigidas pela Vigilância Sanitária: preocupação com a alimentação, com o controle de medicações, adaptações de banheiro, de quarto, rampas de acesso, campainhas. Esses são alguns pontos que devem ser observados na hora de selecionar uma ILPI.

Aptare – **As ILPIs serão a solução para a mudança demográfica no Brasil?**

Cleo – Por trabalhar há mais de duas décadas com isso, vejo claramente essa transição. Hoje começa a haver uma maior aceitação das ILPIs, que estão crescendo junto com a geriatria e vão se aperfeiçoando à medida que a população envelhece. Elas vêm como uma opção positiva enquanto cuidado. Mas é preciso enfatizar que existem instituições e instituições, como em qualquer outra área. Ter essa consciência é importantíssimo.

Aptare – **Nos EUA existem muitas instituições cujo público são os idosos saudáveis. São espécies de condomínios, onde eles moram e desenvolvem atividades, mas com assistência médica. Esse modelo tem espaço por aqui?**

Cleo – Nos EUA e na Europa, quando o idoso vê que não dá mais conta de estar sozinho, ele mesmo vai à instituição. Mas a realidade dessas instituições é outra.

Nós não temos essa cultura no Brasil. Talvez um dia cheguemos lá, mas ainda existe um preconceito, principalmente pelo modo como as instituições se formaram. Hoje já existe um diferencial, instituições que vêm quebrando essa má impressão. Muita gente me diz: "Se eu soubesse que era assim, não teria esperado tanto para trazer meu familiar".

O que é interessante perceber é que, no Brasil, a pessoa que vem para uma instituição é em geral uma pessoa com algum grau de dependência. O idoso que é independente, saudável, fica em casa. Já houve tentativas de criar lugares para esse público, mas não deram certo, porque o idoso saudável ainda prefere ficar em casa e conviver com pessoas mais jovens e outros idosos saudáveis.

Talvez com a nova legislação das empregadas domésticas essa questão mude, porque muitos idosos terão dificuldades de arcar com o custo de ter vários profissionais dedicados ao seu cuidado.

Aptare – **Como você avalia os centros-dia para idosos?**

Cleo – Eles vêm como uma alternativa interessante. Eles contam com cuidadores, embora não para cuidados especializados, e uma estrutura adaptada para esse público. É uma boa opção, porque o idoso pode ficar num lugar onde recebe atenção e é mantido ocupado, e a família fica sossegada durante o dia.

Acredito que os centros-dia são uma alternativa para o idoso que ainda não precisa ser institucionalizado. Ele não está completamente saudável, precisa de atenção e cuidados, mas ainda consegue estar em casa por algumas horas, sem um grau de dependência tão alto. Eles também podem ajudar aquela família que ainda tem uma estrutura em casa para cuidar do idoso, mas não durante o dia todo.

Aptare – **Hoje, quem não pode pagar uma ILPI privada conta com que opções?**

Cleo – Existem ILPIs beneficentes, mas elas não são suficientes para atender a demanda. Não existe lugar para ele, e o que acontece muitas vezes é que a família se desestrutura inteira para poder cuidar desse idoso. Precisa haver uma conscientização política, governamental. Existem órgãos que estão pensando nisso, porque a população está envelhecendo, mas hoje ainda não existem ILPIs públicas. No ambulatório de cuidadores da Unifesp, trabalhamos muito com o cuidador que não tem condição de institucionalizar.

SUPLEMENTAÇÃO DE CÁLCIO E RISCO DE CÁLCULO RENAL EM OSTEOPOROSE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Pesquisadores publicaram na edição de novembro/dezembro 2012 do periódico *Clinical and Experimental Rheumatology* um estudo que examinou o risco de nefrolitíase em pacientes com osteoporose recebendo suplementação de cálcio.

O trabalho baseou-se na revisão sistemática de estudos obtidos por uma estratégia de pesquisa de alta sensibilidade na Medline e Embase (1991-2010) e no Registro Central de Ensaios Clínicos da Cochrane (CENTRAL) até 2010. Os sumários das reuniões anuais científicas do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) e da Liga Europeia contra o Reumatismo (EULAR) (2008-2010) também foram avaliados. Os critérios de seleção foram: pacientes com osteoporose, em suplementação de cálcio exclusiva ou associada a outros tratamentos para osteoporose. Os pesquisadores mediram probabilidade de desenvolver cálculos renais, cólica nefrética, mudanças no sedimento urinário e parâmetros sanguíneos. Foram selecionados revisões sistemáticas da literatura, ensaios clínicos randomizados (ECR) e estudos de coorte.

Os pesquisadores incluíram dez estudos, oito ECR e dois coortes de qualidade moderada. Todos os pacientes tiveram osteoporose (> 8.000 pacientes) e eram principalmente mulheres com idade média de 50-70 anos. As doses diárias de cálcio variaram de 120 mg até 1.500 mg e a duração do tratamento foi de 3 dias a 3 anos. Mudanças no sedimento urinário foram encontradas, mas, em geral, não eram clinicamente relevantes. Não foram encontrados casos de nefrolitíase em mais da metade dos estudos inclusos. No total, houve 3 casos de cálculo renal, 2 calcificações de trato urinário, 16 casos de nefrolitíase ou urolitíase, 4 de hematúria e 5 pacientes relatando cólica nefrética.

O estudo conclui que suplementos de cálcio no tratamento da osteoporose, em uso exclusivo ou associados a outro tipo de tratamento, não aumenta significativamente o risco de nefrolitíase ou cólica nefrética.

CO-OCORRÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOMETABÓLICAS E FRAGILIDADE EM IDOSOS CHINESES NO BEIJING LONGITUDINAL STUDY OF AGEING

Todas as doenças cardiometabólicas se tornam mais comuns com a idade. Fragilidade e maior vulnerabilidade a resultados adversos também são comuns com a idade. Mesmo assim, ainda não se sabe quão comumente idosos afetados por doenças cardiometabólicas também são frágeis.

Um estudo publicado em março no periódico *Age and Ageing* avaliou a prevalência de doenças cardiometabólicas em relação à fragilidade e estimou a extensão em que elas afetam a mortalidade quando comparadas à fragilidade.

Trata-se de uma análise secundária do Beijing Longitudinal Study of Ageing, um estudo de coorte representativo baseado na população (n = 3,257) iniciado em 1992 e concluído em 2007. O índice de fragilidade (IF) de base considerou 35 déficits de saúde potenciais. Pessoas com um IF >0,22 eram consideradas frágeis. As relações entre fragilidade e doenças cardiometabólicas e resultados de mortalidade foram avaliadas usando o Modelo de Risco Proporcional de Cox, ajustado para idade na base, sexo e educação.

O IF mediano foi de 0,11 em homens (DP = 0,10) e 0,14 (DP = 0,11) em mulheres. Na média, o IF aumentou com cada doença cardiometabólica (em homens, por exemplo, média ± DP = 0,16 ± 0,11 com hipertensão, 0,23 ± 0,14 com AVC). Conforme o número de doenças aumentava, aumentava também o IF médio, e a proporção com IF >0,22. Para cada condição, pessoas com IF>0,22 tinham mortalidade mais alta, mesmo depois de ajustados para sexo, idade e educação.

O estudo conclui que doenças cardiometabólicas não ocorrem isoladamente e comumente aumentam não apenas juntas, mas na presença de outros déficits de saúde. Profissionais de saúde que trabalham com tais problemas devem desenvolver métodos para adaptar seus tratamentos às necessidades de idosos frágeis.

A RELAÇÃO ENTRE DOR E COMPORTAMENTOS DISRUPTIVOS EM PACIENTES COM DEMÊNCIA RESIDENTES DE CASAS DE REPOUSO

Residentes de casas de repouso portadores de demência gradualmente perdem sua habilidade de processar informações, por isso têm menos probabilidade de expressar dor nas formas típicas. Esses pacientes podem expressar dor através de comportamentos disruptivos porque não conseguem verbalizar a experiência da dor de maneira apropriada. O objetivo desse estudo, publicado em fevereiro no periódico *BMC Geriatrics*, é investigar o efeito da dor em comportamentos disruptivos em residentes de casas de repouso demenciados.

Trata-se de uma análise secundária dos dados de avaliação do Minimum Data Set (MDS 2.0) sobre cuidados de longo prazo no estado da Flórida, nos EUA. Os dados usados nesse estudo foram os primeiros dados de uma avaliação geral de residentes de casas de repouso com demência com 65 anos ou mais (N = 56,577) em instituições certificadas pelos órgãos competentes entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2009. As variáveis examinadas foram dor, vagar, agressividade, agitação, comprometimento cognitivo, comprometimento de atividades diárias e características demográficas. Foi usada regressão logística ordenada para avaliar o efeito da dor em comportamentos disruptivos.

Os resultados mostraram que residentes com dor mais severa têm menos propensão a demonstrar comportamentos como vagar (OR = .77, 95% CI for OR = [0.73, 0.81]), mas têm mais propensão a demonstrar comportamentos agressivos ou agitados (OR = 1.04, 95% CI para OR = [1.01, 1.08]; OR = 1.17, 95% CI para OR = [1.13, 1.20]).

Os pesquisadores concluíram que a relação entre dor e comportamentos disruptivos dependem do tipo de comportamento. A dor é positivamente correlacionada com comportamentos disruptivos que não envolvem locomoção, como agressividade e agitação, mas negativamente relacionada a comportamentos disruptivos acompanhados de locomoção, como vagar. Esses achados indicam que um gerenciamento eficaz da dor pode ajudar a reduzir a agressividade e a agitação e promover mobilidade entre pessoas com demência.

DERMATOMIOSITE RECÉM-DIAGNOSTICADA EM IDOSOS COMO PREDITIVA DE MALIGNIDADE

Os sintomas da dermatomiosite (DM) podem ser um indício da existência de um câncer oculto. Melhorar a detecção precoce é essencial, porém não há estudos avaliando em curto prazo os fatores preditivos para a doença.

A *Revista Brasileira de Reumatologia* publicou em sua edição de novembro/dezembro de 2012 um estudo retrospectivo, monocêntrico, incluindo pacientes com DM definida (pelo menos quatro dos cinco critérios de Bohan e Peter, 1975), no período entre 1991 e 2011. A presença de malignidade foi limitada a um período de até 12 meses após o diagnóstico da doença.

Houve 12 casos de neoplasias em 139 pacientes (pele, trato gastrointestinal, próstata, tireoide, mama, pulmão e trato geniturinário). Os pacientes com neoplasia tiveram maior média de idade que os controles (56,8 ± 15,7 vs. 40,3 ± 13,1 anos, respectivamente, P = 0,004; odds ratio 1,09; intervalo de confiança de 95%: 1,04-1,14). Não foram observadas diferenças estatísticas em relação a gênero, etnia, frequência de sintomas constitucionais, envolvimento de órgãos e sistemas e/ou alterações laboratoriais.

Os pesquisadores concluíram que, na DM recém-diagnosticada, a idade tardia ao diagnóstico foi um fator preditivo de malignidade.

DIFERENÇAS DE GÊNERO NO IMPACTO DA DIABETES NO RISCO DE CONDIÇÕES GERIÁTRICAS

O objetivo do estudo publicado na edição de janeiro do periódico *Geriatrics and Gerontology International* é examinar se existem diferenças de gênero na relação entre diabetes e condições geriátricas.

Trata-se de uma análise transversal de 2.629 adultos moradores de comunidade, tirados do grupo de 2003 do "Survey of Health and Living Status of the Elderly in Taiwan". Condições geriátricas selecionadas incluíam comprometimento cognitivo, depressão, quedas e incontinência urinária (IU). Diabetes e condições de comorbidade (doenças cardiovasculares, hipertensão, doença pulmonar crônica, AVC, fratura de quadril, artrite, doença renal crônica e câncer) foram avaliados durante o questionário.

Os resultados mostraram que uma maior proporção de mulheres idosas, comparada a de homens idosos, apresentava comprometimento cognitivo (15,8% vs 7,3%), depressão (22,6% vs 10,4%), quedas (26,7% vs 16,3%) e IU (20,9% vs 15,1%). Após ajuste para demografia básica e condições de comorbidade, o diabetes foi associado a um maior risco de comprometimento cognitivo (RR 1,85 [CI 1,12–3,05], P = 0,017), depressão (RR 2,03 [CI 1,39–2,97], P = 0,0003) e quedas (RR 1,72 [CI 1,2–2,48], P = 0,003), mas não IU (RR 1,4 [CI 0,9–2,1], P = 0,067) em mulheres idosas. No entanto, não foram encontradas associações em homens.

O trabalho conclui que o diabetes foi associado com risco excessivo de condições geriátricas entre mulheres idosas, mas não em homens idosos. O efeito do gênero na relação entre diabetes e condições geriátricas precisa de mais estudos.

ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSFUSÕES DE SANGUE INTRAOPERATÓRIAS E DELIRIUM NO PÓS-OPERATÓRIO EM IDOSOS

Publicado em março no *Journal of the American Geriatrics Society*, o objetivo desse estudo é determinar se a transfusão de sangue intraoperatória, conhecida desencadeadora e amplificadora de inflamações, é um fator de risco independente para delirium pós-operatório, um estado de confusão aguda com consciência flutuante e falta de atenção após a cirurgia, em idosos submetidos ao procedimento.

O estudo é uma análise secundária usando uma base de dados criada para um estudo prospectivo de resultados cognitivos e foi conduzido num hospital universitário. Participaram da pesquisa 472 indivíduos com 65 anos ou mais que seriam submetidos a uma cirurgia não cardíaca.

Os dados perioperatórios foram examinados para associação com delirium pós-operatório no primeiro dia após a cirurgia. Foi conduzida uma análise multivariável de regressão logística para determinar se a transfusão de sangue intraoperatória prediz independentemente o delirium pós-operatório depois de ajustadas as covariáveis que se sabem ser associadas com o aparecimento de delirium e transfusões de sangue.

Do total, 137 indivíduos (29%) desenvolveram delirium no primeiro dia pós-operatório. O modelo de regressão logística multivariável identificou idade, sexo, história de doença do SNC, disfunção cognitiva pré-operatória e dor, além de transfusões de sangue, como fatores de risco independentes para delirium pós-operatório.

A administração intraoperatória de mais de 1.000 mL de glóbulos vermelhos foi o preditor mais forte de delirium pós-operatório no primeiro dia após a cirurgia (odds ratio = 3,68; 95% intervalo de confiança = 1,32–10,94; P < ,001).

Os pesquisadores concluíram que a transfusão intraoperatória de mais de 1.000 mL de glóbulos vermelhos aumenta o risco de delirium no primeiro dia de pós-operatório em idosos submetidos a cirurgia não cardíaca.

MELHOR IDADE, MELHOR SEXO?

Apesar de vários fatores terem contribuído para a continuidade da vida sexual na velhice, discutir sexualidade nos consultórios ainda é uma barreira para pacientes e profissionais da saúde

Por **Christye Cantero**

"Nós não temos mais idade para isso", diz Isaura, personagem de Miriam Pires, a seu parceiro Afonso, vivido por Jofre Soares, numa das cenas de *Chuvas de Verão*. O filme de Cacá Diegues, de 1977, fala de amor e sexo na velhice e retrata exatamente como a maioria dos idosos encarava o sexo na época: como algo que não lhes pertencia. Até pouco tempo atrás, ato sexual e velhice não combinavam, e isso era um assunto do qual raramente se falava.

Isso mudou bastante de alguns anos para cá e por vários motivos. Na década de 60, o surgimento da pílula anticoncepcional e o movimento feminista proporcionaram à mulher a liberdade de decidir quando engravidar e abriram espaço para sua entrada definitiva no mercado de trabalho. O prazer sexual da mulher foi desvinculado da ideia de procriação. Além disso, em 1998, o lançamento de medicamento para disfunção erétil deu ao homem a oportunidade de atingir a penetração no ato sexual, prolongando a atividade no idoso.

Com o tempo, a imagem da senhora tricotando na cadeira de balanço e do idoso jogando dominó com os amigos na praça deu lugar à de pessoas que envelhecem praticando esportes, cuidando do corpo e com uma vida sexual ativa. Se por um lado os tabus foram quebrados, por outro aumentou a cobrança de que o idoso deve ter as atitudes de uma pessoa jovem, o que inclui o desempenho e a frequência sexual.

O fato é que hoje se fala muito mais em sexo na maturidade, embora ainda exista o preconceito em relação a isso – tanto por parte dos próprios idosos quanto da sociedade. O surgimento de um arsenal de medicamentos melhorou a vida daqueles que queriam, e não conseguiam, ter vida sexual ativa. A idade, portanto, deixou de ser uma desculpa para a ausência de sexo.

O que não quer dizer que todo idoso necessariamente queira uma vida sexual ativa. Essa vertente da discussão é desconhecida para muita gente: para muitos indivíduos na terceira idade, o ato sexual em si não é determinante de uma boa relação amorosa na idade mais avançada. A psicóloga e gerontóloga Eloísa Adler comenta que abordar o assunto apenas do ponto de vista do "corpo físico mecânico" não é suficiente, e ressalta que o desejo está além da idade cronológica.

"Existem encontros amorosos muito intensos sem o ato sexual. O primeiro equívoco quando se fala em sexo na velhice é associar sexualidade à genitalidade", diz. Ela revela ainda que não é necessariamente verdade que, conforme se envelhece, a atividade sexual diminui. "Na velhice, o complicado é querer ter o desempenho dos mais jovens. Isso não quer dizer que a sexualidade não existe. Há outros prazeres. Da mesma forma que o corpo muda, a relação com o prazer também se altera", explica.

Eloísa lembra que Sigmund Freud, o pai da psicanálise, fala da sexualidade dentro de uma perspectiva do binômio prazer-desprazer, criando um grande impacto na época quando defendeu a existência da sexualidade infantil. Para o recém-nascido, a sexualidade se realiza em torno da zona erógena da boca e é no ato da amamentação que esse prazer se realiza predominantemente. "Por isso é equivocado reduzir a sexualidade à relação sexual genital. O prazer acontece de forma mais ampla e envolve outras formas de atividade sexual, como a oral. As pessoas podem namorar, se beijar, se tocar, ter outras situações de afeto e prazer na idade avançada, apesar de um corpo físico que decai", comenta. "Para algumas pessoas, envelhecer é uma forma de se libertar da obrigação de fazer sexo."

Outro ponto que deve ser observado é que, com o aumento da expectativa de vida, hoje a velhice abrange uma faixa etária que vai dos 60 anos aos 100. Por isso, a psicóloga comenta que, quando se trata de sexualidade na velhice, é importante identificar a época em que a pessoa nasceu. "Na década de 20, as mulheres se casavam virgens e não lhes era permitido desfrutar do prazer sexual. Já para os homens, sexo bom era aquele vivenciado fora de casa. Quem nasceu na década de 60 viveu a juventude em outro momento. Depois do surgimento da pílula anticoncepcional e do movimento feminista, a relação com o corpo e com o prazer ficou completamente diferente. Por isso, os idosos na casa dos 80 anos ou mais podem responder ao sexo de forma diferente dos de 60 anos", explica.

Os desafios do sexo na velhice

Algumas coisas, porém, independem da época em que a pessoa nasceu e das mudanças culturais que aconteceram no decorrer do tempo. Uma delas é o fato de que a velhice é uma etapa do ciclo vital e traz, além de mudanças psíquicas, alterações fisiológicas que podem atrapalhar a manutenção de uma vida sexual ativa.

Nas mulheres, a chegada da menopausa tem importante influência. Nesse período, uma das principais queixas é o ressecamento vaginal, que provoca dor e desconforto durante o ato sexual, e que pode ser resolvido com a indicação de um lubrificante à base de água.

A principal alteração, no entanto, acontece na questão do desejo sexual feminino, diretamente relacionado à alteração hormonal. Um estudo feito por pesquisadores da Escola de Medicina da Universidade da Califórnia, San Diego, e do Veterans Affairs San Diego Healthcare System, publicado na edição de janeiro de 2012 do *American Journal of Medicine*, aponta que muitas mulheres idosas, mesmo que sexualmente ativas, têm baixo desejo sexual. O levantamento foi feito com 806 mulheres com média de idade de 67 anos. Quase metade das entrevistadas disse que nunca, ou quase nunca, sentia desejo sexual, e um terço das mulheres sexualmente ativas afirmavam ter baixa libido. Daquelas com vida sexual ativa, 67,1% afirmaram chegar ao orgasmo na maioria das vezes em que praticavam sexo.

"Após a menopausa o índice de estrogênio cai sensivelmente, e as que não querem fazer reposição hormonal têm dificuldade em manter o desejo sexual", explica o urologista Celso Gromatzky, assistente da disciplina de urologia da Faculdade de Medicina do ABC e membro do Núcleo Avançado de Urologia do Hospital Sírio-Libanês. Enquanto todas as mulheres passarão pelo processo de queda hormonal, apenas 15% dos homens têm as taxas de hormônios abaixo do normal ao longo da vida, ou seja, a libido não sofre perda por causa disso.

Isso ajuda a explicar por que homens idosos, aparentemente, dão mais preferência ao ato sexual do que mulheres idosas, fato que se alia à cultura em que estão inseridos. "O homem, em qualquer faixa

etária, pensa mais em sexo do que a mulher. E quando fica viúvo é mais fácil reconstruir a vida afetiva sexual do que a mulher, até pela forma mais rígida com que elas foram educadas", acrescenta Venceslau Coelho, médico colaborador do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas e geriatra do Serviço de Gerontologia do Hospital Sírio-Libanês.

De acordo com um artigo publicado no *British Medical Journal* em março de 2010, de autoria de Stacy Tessler Lindau e Natalia Gavrilova, da University of Chicago, 67% dos homens entre 65 e 74 anos disseram ter sido sexualmente ativos no último ano, contra 40% das mulheres. Entre os mais velhos a informação se confirmou: um terço dos homens com idade entre 75 e 85 anos afirmou ter tido atividade sexual nos últimos 12 meses. Entre as mulheres, o índice foi de 17%.

Assim como as mulheres, os homens idosos também sofrem o efeito do tempo no corpo. Para eles, há o aumento do período refratário – tempo necessário para que ele consiga ter nova relação sexual com penetração. O avançar da idade também contribui para aumentar a incidência de disfunção erétil. "As medicações, tanto para reposição hormonal como para disfunção erétil, propiciaram às pessoas ter vida sexual ativa até mais tarde. O idoso pode ter relação sexual até a idade em que quiser", ressalta Coelho.

Essas alterações são comuns e consideradas como parte do envelhecimento saudável. Mas há outros fatores que podem interferir negativamente para a vida sexual na terceira idade, como hipertensão, alcoolismo, sedentarismo, tabagismo (fatores que podem levar à dificuldade de ereção), artrite (por causa das dores), colesterol e triglicérides alterados (os altos índices dessas gorduras prejudicam a circulação sanguínea e, consequentemente, a ereção), insuficiência respiratória (que pode provocar cansaço) e diabetes. "No caso de diabetes crônica, por exemplo, pode ocorrer o entupimento de artérias que vão para o órgão sexual, interferindo na relação principalmente masculina, cuja ereção depende do bom funcionamento da parte vascular", explica Alexandre Leopold Busse, geriatra do Serviço de Gerontologia do Hospital Sírio-Libanês.

> "Existem encontros amorosos muito intensos sem o ato sexual. O primeiro equívoco quando se fala em sexo na velhice é associar sexualidade à genitalidade."

O geriatra comenta ainda que há medicamentos para hipertensão ou depressão que diminuem a libido, tanto no homem quanto na mulher – caso de anti-hipertensivos betabloqueadores e inibidores da enzima conversora da angiotensina. "Com o envelhecimento, os idosos tendem a demorar para ter o orgasmo. O uso de antidepressivos, como os de fluoxetina, pode retardar ainda mais esse processo, fazendo com que, muitas vezes, a pessoa chegue à exaustão", explica. Nesses casos, o médico deve fazer o ajuste de medicamentos.

Além dos fatores fisiológicos relacionados à idade e da influência de medicamentos e doenças, alguns idosos ainda têm outra barreira a enfrentar quando o assunto é sexo: a falta de privacidade. Muitos passam a morar com os filhos ou se mudam para casas de repouso, diminuindo significativamente a chance de ter a privacidade desejada. Em países como os Estados Unidos, outras configurações de casas de repouso permitem tal tipo de interação, como aquelas que recebem idosos saudáveis mas que por alguma razão já não podem ficar sozinhos. Já no Brasil, as instituições de longa permanência recebem idosos mais frágeis, que apresentam mais dificuldades para

O CORPO NA VELHICE

Eliane Jost Blessman, especialista em gerontologia e com mestrado em Ciências do Movimento Humano pela Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ESEF/UFRGS), é autora do artigo "Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice". O trabalho é fruto de uma pesquisa feita com o grupo de idosos do Projeto de Extensão da UFRGS.

Ela aponta que é possível identificar três grandes dimensões de velhice e corpo. Segundo o artigo, na biológica, a velhice se apresenta como uma dura realidade, vivida num corpo que se transforma e se torna feio ao se desviar do padrão de beleza vigente na sociedade. Na psico-lógica, a velhice é ainda mais temida diante da ameaça de declínio das capacidades mentais. E na dimensão social o significado do corpo na velhice não está no que ele é, mas no que ele representa: ele exalta a vida e suas inúmeras possibilidades, mas ao mesmo tempo proclama a sua finitude existencial.

Numa conversa com a *Aptare*, Eliane conta como os idosos lidam com o corpo.

Como os idosos lidam com o próprio corpo?

Até bem pouco tempo atrás, o corpo era tido como expressão do pecado, fruto da educação pautada em preceitos religiosos que enfocavam a elevação do poder espiritual e mental. Hoje, é liberado por meio do movimento de negação dos tabus repressivos. Imagens do corpo são amplamente disseminadas em jornais, revistas, televisão e anúncios, embora sejam jovens e se apresentem como o ideal a ser alcançado.

manter uma vida sexual ativa.

A convivência de muitos anos também pode atrapalhar. "É preciso considerar ainda que relacionamentos de longa data tendem a diminuir o desejo", lembra Gromatzky.

Os benefícios...

Para as pessoas que valorizam a atividade sexual, poder praticá-la na velhice é algo extremamente positivo e que pode inclusive mantê-las saudáveis – tanto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu o sexo frequente, prazeroso e seguro entre os quatro parâmetros utilizados para definir a qualidade de vida de um indivíduo (os outros são poder trabalhar, não depender de ninguém para as tarefas do dia a dia e manter um convívio familiar e social satisfatório).

"A sexualidade é reflexo de como a pessoa viveu. Para quem sempre a valorizou, na terceira idade é importante manter-se sexualmente ativo para não interferir na qualidade de vida", comenta Coelho. Seu colega Busse concorda. "A sexualidade é um aspecto muito importante para o ser humano, e abandoná-la pode trazer consequências. A pessoa não se sentirá com vigor, completa. E o contrário também ocorre, aqueles que vão ficando doentes perdem o interesse por sexo", diz.

O urologista Gromatzky completa que o indivíduo que quer se manter sexualmente ativo e está incapaz por motivo de doença pode vir a ter depressão. "Isso fará cair a imunidade e deixa o paciente exposto a diversos agravos", enfatiza. Ele cita um estudo publicado há alguns anos na Europa que mostrava idosos que moravam num asilo, separados em casas para homens e mulheres, e numa época foram acomodados na mesma casa. "Essa convivência diária com pessoas do sexo oposto fez diminuir a mortalidade e as comorbidades. Conforme os idosos voltaram a morar em casas separadas, aumentaram novamente os índices de doenças e mortes. Isso mostra que existe componente de saúde na manutenção sexual com o avanço da idade", diz.

Para a psicóloga e gerontóloga Eloísa Adler, viver com plenitude é excelente tanto para a saúde física quanto para a psíquica. "Isso significa otimizar a capacidade funcional, emocional e ter autonomia. A solução é buscar o caminho da reinvenção. As pessoas têm de se preparar para envelhecer", enfatiza.

... e os riscos do sexo na terceira idade

À medida que os tratamentos para disfunção erétil e a terapia de reposição hormonal proporcionaram aos idosos o prolongamento de uma vida sexual ativa, o número de pessoas na terceira idade infectadas pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como

A mais evidente mudança nos idosos é a alteração na imagem, que pode ser percebida pela forma como se vestem e se comportam. Encontramos idosos em parques, academias e bailes com roupas semelhantes às dos jovens.

Qual o significado do corpo?

O corpo como construção cultural tem significados diferentes para homens e mulheres. As mulheres detêm-se na aparência e na liberdade; os homens falam abertamente das suas experiências sexuais.

De que forma o envelhecimento do corpo influencia na atividade sexual do idoso?

A ruptura com tabus, mitos e preconceitos presentes na história do corpo, da sexualidade e da própria velhice tem mais influência na atividade sexual do que o envelhecimento físico sob o ponto de vista biológico.

No que diz respeito à mulher, destacamos a ideologia da inferioridade feminina evidenciada pelos estudos da antropóloga americana Margareth Mead, que tem origem na sociedade patriarcal, que estigmatizou a mulher com o papel de reprodutora e mantenedora da infraestrutura doméstica, atribuindo ao homem o papel de caçador e guerreiro.

A mulher, que até então cuidava das tarefas domésticas, conquistou a liberdade e dela quer continuar usufruindo. Seu corpo sexuado também é liberado; agora ela pode sair e está aberta a novas experiências. Aí estão os bailes de terceira idade que, segundo Andréa Moraes Alves, no livro *A Dama e o Cavalheiro – Um Estudo Antropológico sobre Envelhecimento, Gênero e Sociabilidade* (2004), são explicitamente procurados pela possibilidade de iniciar uma relação amorosa.

> “Para algumas pessoas, envelhecer é uma forma de se libertar da obrigação de fazer sexo.”

sífilis, gonorreia e clamídia, aumentou. De acordo com o Boletim Epidemiológico do Departamento de DST e Aids, do Ministério da Saúde, de 1980 até junho de 2012 foram notificados 18.712 casos de aids no Brasil em pessoas com 60 anos ou mais. De 1980 a 1999 foram 3.868 casos. Entre 2000 e 2011, o número de infectados nessa faixa etária aumentou a cada ano. Em 2000 foram notificados 682 novos casos, enquanto em 2011 esse número atingiu seu ápice e chegou a 1.620.

Mas por que o número de infectados cresce significativamente entre os idosos? Além de não ter a preocupação em evitar a gravidez e não ter informações sobre DSTs e aids, os indivíduos dessa faixa etária fazem parte de uma geração que não usou preservativo. Por isso, resistem em usá-lo, porque acham que sua utilização causará desconforto e diminuirá o prazer – um hábito que pode ter consequências devastadoras, já que muitos idosos casados mantêm relações extraconjugais, sem preservativo, e acabam infectando suas parceiras. O contrário também existe, embora seja menos frequente.

“A proteção vai do esclarecimento, de entender que aids e DSTs não têm cara”, comenta Coelho. O geriatra diz que, rotineiramente, não se pede o teste de HIV. Porém, se durante a consulta o paciente apresentar alguma queixa, ou alguma situação de risco, o exame deve ser solicitado.

Gromatzky aponta que é preciso considerar que antes as pessoas com mais de 60 não eram infectadas por DSTs porque tinham também outro empecilho: a disfunção erétil. “O caminho é educar a população, tanto o idoso quanto o jovem, que faz parte da geração que irá envelhecer”, explica.

Em muitos subgrupos, o preconceito em falar sobre sexualidade na velhice é um fator que dificulta essa educação sexual. O geriatra Venceslau Coelho observa que em São Paulo, por exemplo, as pessoas com mais de 60 anos discutem sobre sexo, o que já não ocorre em cidades do Norte e do Nordeste. “As pessoas de regiões diferentes também envelhecem de maneira diferente.” Outro exemplo são os idosos homossexuais, que acabam oprimindo sua opção sexual por causa do preconceito. “Há o caso de uma senhora que morava numa casa de repouso e, ao comentar que era lésbica, passou a sofrer preconceito dos colegas. Por isso, hoje já há asilos só para homossexuais”, conta.

Uma questão de tato

Os especialistas entrevistados para esta reportagem deram algumas dicas de como abordar a sexualidade com os pacientes nos consultórios. Para começar, o preconceito de tratar o assunto com os idosos deve ser deixado de lado, até para que o paciente se sinta à vontade para falar sobre sua vida sexual. “Muitos acham comum ver o filho e a namorada trocarem carícias no sofá, mas ao encontrar um casal de idosos se beijando torce o nariz. É preciso entender que a sexualidade é saudável, é um processo longo e cultural de quebrar tabu”, comenta Coelho.

O geriatra aconselha que num primeiro contato a pergunta deva ser generalizada. “Como o paciente pode não se sentir à vontade, é interessante perguntar como estão as coisas em casa, se a esposa (ou o marido) está bem. O médico que atende o idoso tem de saber que o preconceito pode ser dele mesmo, não do idoso. A sexualidade faz parte da natureza humana”, diz.

Alexandre Busse recomenda que, se possível, o bate-papo sobre a vida sexual deve acontecer quando o paciente estiver sozinho no consultório, sem o cônjuge, cuidador ou filhos. Segundo ele, esse é o momento oportuno de perguntar se o paciente está satisfeito com a sexualidade. “Se houver algum problema, o médico deve tentar descobrir se há alguma doença ou motivo emocional para a dificuldade de sexualidade e, posteriormente, verificar as medicações introduzidas recentemente que podem prejudicar a atividade sexual”, revela.

Vale questionar também o uso de bebida alcoólica e cigarro. “Às vezes um pequeno abuso de álcool pode trazer dificuldade de ereção”, diz Busse. Ele ressalta ainda que, da mesma forma que antidepressivos podem interferir na sexualidade, a depressão não tratada reduz a libido. “Em casos de alterações emocionais, muitas vezes só o tratamento psicoterápico já ajuda. E é importante que o psicoterapeuta trabalhe alinhado ao clínico para identificar as dificuldades do casal”, explica.

Busse comenta que, ao prescrever medicações voltadas para a disfunção erétil, é fundamental que o médico oriente corretamente o paciente quanto à dosagem e ao período em que deve ser estimulado para a ereção. “É preciso haver estímulo sexual uma hora após a medicação ser ingerida”, enfatiza.

O urologista Celso Gromatzky alerta para o fato de que a disfunção erétil é considerada um marcador de doença cardiovascular e o paciente que a apresenta tem maior risco de ter infarto do miorcárdio. “Todo paciente de idade com disfunção erétil deve ser avaliado do ponto de vista cardiocirculatório para investigar a situação das coronárias e descartar o risco de uma doença coronária não aparente”, explica. Ele aconselha também que, se o clínico se sentir inseguro para prescrever um tratamento para melhorar a vida sexual do paciente, vale encaminhá-lo a um especialista.

Apesar de certos tabus terem caído em relação ao sexo na terceira idade, de a atividade sexual ser mantida por mais tempo graças a drogas inovadoras e de uma discussão maior e mais aberta do assunto, o profissional da saúde tem de avaliar se é desejo do paciente continuar tendo relações sexuais.

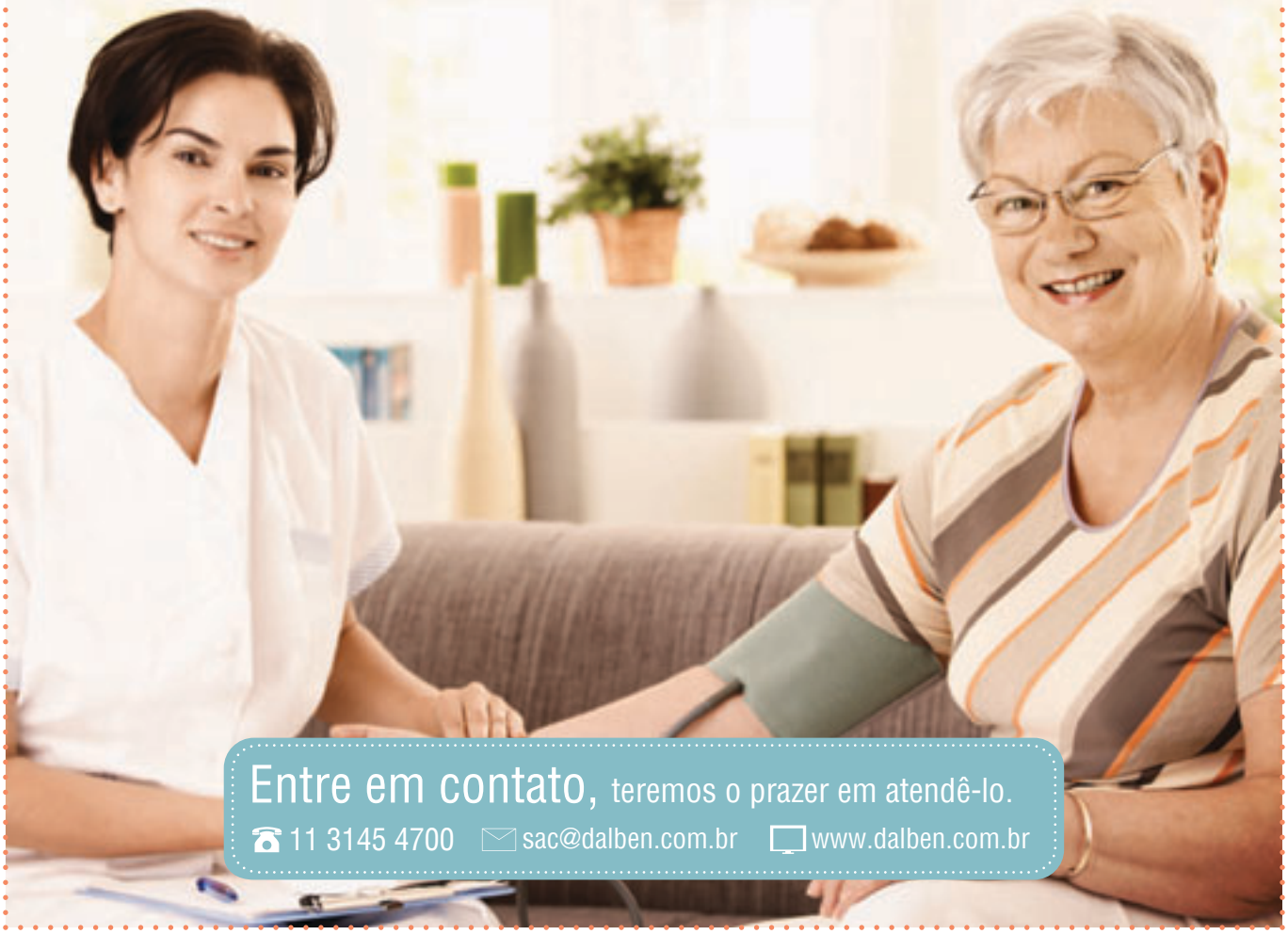
“Da mesma forma que há casais que desejam manter a atividade sexual na velhice, e a medicina tem condições de auxiliá-los nessa questão por meio de medicamentos, há aqueles que vivem bem sem ter relações sexuais. O profissional tem de respeitar o desejo de cada casal”, finaliza Gromatzky.

Exclusive Domiciliar Dal Ben

Dal Ben HOME CARE
O cuidado que faz toda a diferença

Realização de procedimentos em domicílio, de forma segura e qualificada, com supervisão **24 horas**.

- Medicação
  Via oral, subcutânea, intramuscular e intravenosa.
- Curativos
- Banhos
- Mudança de decúbito
- Mobilização



Entre em contato, teremos o prazer em atendê-lo.

☎ 11 3145 4700 ✉ sac@dalben.com.br 🖵 www.dalben.com.br

CLÍNICA MÉDICA

Paulo José Fortes Villas Bôas
Professor doutor do Departamento de Clínica Médica – Disciplina de Geriatria – Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp
Contato pvboas@fmb.unesp.br

Edison Iglesias de Oliveira Vidal
Professor doutor do Departamento de Clínica Médica – Disciplina de Geriatria – Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp

Adriana Polachini do Valle
Professora doutora do Departamento de Clínica Médica – Disciplina de Patologia Clínica – Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp

Fernanda Bono Fukushima
Professora doutora do Departamento de Anestesiologia – Serviço de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos – Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp

Infecções no idoso

TAKE HOME MESSAGE

- Em cerca de 50% dos casos graves de infecção o idoso não apresenta febre.
- A clínica dos processos infecciosos neste grupo pode ser atípica, manifestando-se somente com sintomas e sinais gerais como letargia, anorexia, tonturas, quedas e alteração mental (delirium ou deteriorização do estado cognitivo prévio).
- No tratamento das infecções do idoso deve-se avaliar o local do tratamento (domicílio ou hospital), os fatores de risco de gravidade e mortalidade. É importante a instituição precoce da terapia antimicrobiana, pois o início tardio aumenta a mortalidade.

As infecções são importantes causas de morbidade nos idosos, agravando as doenças presentes. Elas podem ser causa de internação e participam em quase 50% das mortes nessa faixa etária.

Entre as topografias do processo infeccioso que acometem o idoso com maior morbimortalidade estão: pneumonia adquirida na comunidade (PAC), infecção do trato urinário (ITU) e diarreia infecciosa.

Febre

Em geral, não se aplicam para os idosos os limites tradicionalmente aceitos para febre. Isso ocorre devido à alteração na resposta à infecção.

Diversos mecanismos alteram a termorregulação nos idosos: imunossenescência com resposta deprimida de células T e macrófagos e redução da temperatura corporal basal.

A febre, recurso mais facilmente reconhecido da infecção, pode estar ausente em 30% a 50% dos idosos com infecções graves, como na pneumonia.

Tem-se sugerido uma redefinição da febre para essa faixa etária. Dada a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos positivos e negativos em residentes de instituições de longa permanência (ILP), a febre pode ser definida como um aumento da temperatura em 1,1°C em relação a um referencial anterior, ou temperatura oral >37,2°C ou temperatura retal >37,5°C em mensurações repetidas.

Apresentação clínica das infecções

A resistência às infecções é comprometida em idosos por diversos fa-

tores, como senescência do sistema imunológico e comorbidades presentes, sendo estas talvez as mais importantes.

Os idosos muitas vezes não apresentam sinais e sintomas típicos, mesmo nos casos de infecção grave. A ausência de febre não é a única a apresentar-se atipicamente. Pode ocorrer declínio do estado funcional, piora de déficit cognitivo, confusão, queda, anorexia, diminuição da ingestão oral ou exacerbação de uma doença subjacente, como fibrilação atrial.

Síndromes infecciosas prevalentes

Pneumonia adquirida na comunidade (PAC)

De todos os casos de PAC, 50% ocorrem nos idosos, sendo a sexta principal causa de morte na população idosa brasileira. A incidência de PAC que requer hospitalização é estimada em 962 casos/100.000 na população idosa.

A mortalidade causada por pneumonia em idosos é de três a cinco vezes maior que em adultos jovens.

Fatores de risco para a mortalidade por PAC incluem idade ≥85 anos, síndrome da fragilidade, creatinina sérica >1,5 mg/dL, temperatura menor que 36,1°C, hipotensão arterial (sistólica <90mmHg) e taquicardia (>110bpm) na admissão e comorbidades presentes.

Etiologia

Os agentes etiológicos mais frequentes na comunidade são: *Streptococcus pneumonia*, *Legionella spp*, vírus respiratórios (Influenza), *Haemophilus influenza*, bactérias gram-negativas, *Chlamydia pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* e *M tuberculosis*.

Em instituições de longa permanência (ILP) são bactérias gram-negativas, *Staphylococcus aureus* (*S. aureus* meticilino-resistente), *Strep. pneumonia*, anaeróbios, *H. influenzae*, *Chlamydia pneumonia*.

Quadro clínico

A clínica pode variar de sinais gerais como letargia, anorexia, tonturas, quedas e alteração mental (como delirium ou deterioração do estado cognitivo prévio) até choque séptico ou síndrome da angústia respiratória aguda. Dor pleurítica, dispneia, tosse produtiva, febre e calafrios não são tão frequentes quanto em adultos mais velhos.

No exame físico, a presença de temperatura >37,8ºC ocorre em 30% a 60% dos casos. A frequência respiratória maior de 25 incursões por minuto (ipm) pode preceder em 3 a 4 dias o surgimento dos outros sinais. A frequência respiratória >30 ipm correlaciona-se com a gravidade e o risco de óbito.

A semiologia pulmonar pode ser mínima, ausente ou consistente com insuficiência cardíaca.

Na infecção por *Legionella* podem ocorrer hiponatremia, cefaleia e temperatura elevada. Já na infecção pelo vírus Influenza as manifestações clínicas apresentam menos sintomas do trato respiratório superior que nos jovens. Pode ocorrer infecção bacteriana secundária por pneumococo e *S. aureus*, com mortalidade de até 30%.

Diagnóstico etiológico

As culturas de sangue devem ser obtidas antes da terapia antimicrobiana, principalmente nos casos graves. A positividade varia de 10% a 15%.

A pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* no escarro deve ser realizada na suspeita de tuberculose, principalmente em ILP.

A identificação do vírus Influenza é realizada na secreção nasal por reação de imunofluorescência indireta e cultura para isolamento viral.

O teste do antígeno urinário para *Legionella spp* é indicado em pacientes com características clínicas que sugerem o diagnóstico, gravemente doentes, imunocomprometidos ou sem resposta aos antibióticos β-lactâmicos ou na presença de surto de pneumonia.

O teste do antígeno urinário para *S. pneumoniae* apresenta sensibilidade de 70%. O valor do teste não é afetado por até 24 horas após o início da terapêutica.

Estudos sugerem que a mensuração da proteína C reativa (PCR) pode fornecer informações para diagnóstico, avaliação de gravidade e resposta ao tratamento nas PACs. Um valor de PCR >100mg/L indica infecção bacteriana grave. Um valor <20mg/L permite excluir esse diagnóstico. Estudos adicionais são necessários para definir seu papel.

O valor de pró-calcitonina (PCT) entre 0,25 e 0,5ng/mL indica possível infecção bacteriana, sendo aconselhável o tratamento específico. Um PCT ≥0,5ng/ml é sugestivo da presença de infecção bacteriana.

Exame radiológico

O raio X de tórax (RX) é o primeiro exame diagnóstico para PAC. Desencoraja-se a introdução de terapia específica sem a sua realização. No RX o infiltrado pode estar ausente no início, se o paciente estiver desidratado. Esse exame pode se manter alterado por até seis semanas, mesmo com a resolução clínica.

Tratamento

No tratamento da PAC no idoso são necessários a realização de medidas gerais e o tratamento antimicrobiano específico.

Local do tratamento

Segundo os diversos consensos sobre PAC, uma decisão importante refere-se ao local do tratamento. Deve-se considerar o suporte do domicílio e da família. Deslocar o paciente idoso de suas rotinas e de seu meio pode ter importantes efeitos psicológicos.

Fatores de risco de gravidade e mortalidade

Para a escolha do local de tratamento, utilizam-se critérios como o índice de severidade de pneumonia (ISP ou PSI, na sigla em inglês), proposto por Fine, e o CURB-65 da British Thoracic Society, mais uti-

lizado na prática clínica.

O escore de gravidade CURB-65 avalia os seguintes parâmetros: confusão mental, ureia maior que 50mg/dL, frequência respiratória >30 incursões respiratórias/minuto, pressão arterial sistólica <90mm Hg ou diastólica <60mm Hg, e idade >65 anos.

A presença de um dos parâmetros sugere tratamento ambulatorial; de dois, tratamento supervisionado (com internação breve ou ambulatorial supervisionado); a presença de três ou mais parâmetros indica terapia em ambiente hospitalar (Tabela 1).

Tabela 1 Classificação de risco de óbito de acordo com o escore CURB-65 e definição do local indicado para o tratamento da pneumonia adquirida na comunidade (PAC)

Score total	Mortalidade	Classificação de risco	Local de tratamento indicado
0	0,6%	Baixo	Ambulatorial
1	2,7%	Baixo	Ambulatorial
2	6,8%	Moderado	Internação curta ou ambulatorial supervisionada
3	14%	Alto	Internação hospitalar
4 ou 5	27,8%	Alto	Internação hospitalar/UTI

A admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é recomendada quando o paciente apresentar PAC grave conforme critérios propostos por Ewig. Esses critérios são divididos em maiores e menores. Recomenda-se a admissão em UTI quando presentes um dos dois critérios maiores (necessidade de ventilação mecânica; choque séptico) ou pelo menos dois dos três critérios menores (PaO_2/FIO_2 <250; envolvimento de mais de 2 lobos; pressão arterial sistólica <90mmHg).

Tratamento geral

É importante a atenção com hidratação, nutrição e doenças associadas, pois elas podem ser descompensadas no curso do processo infeccioso.

Com o comprometimento pulmonar, a oxigenação pode ser prejudicada, sendo necessário o uso de oxigênio, caracterizado por meio de oximetria ($SatO_2$ <90%) ou gasometria arterial (pO_2 <60mmHg). Se não for possível a mensuração, é indicado o uso de oxigênio para pacientes com queixa de dispneia, FR >24 ipm e instabilidade hemodinâmica.

Terapia antimicrobiana

A terapia inicial no tratamento da PAC é empírica na maioria dos casos.

Nos diversos consensos, as drogas indicadas para idosos são as mesmas que para os mais jovens, pois faltam estudos randomizados e controlados nessa faixa etária. A terapêutica antimicrobiana sugerida é um guia – cada caso deve ser analisado isoladamente e a terapêutica antimicrobiana deve ser modificada quando houver um agente específico ou resposta inadequada.

O tratamento antimicrobiano deve ser iniciado de forma mais precoce possível (até 4 horas), devido à relação entre o retardo do início do tratamento e a mortalidade. Quanto ao tempo do tratamento, não existem evidências suficientes para essa resposta, aceitando-se de 7 a 10 dias nos quadros menos graves e de 14 a 21 dias nos mais graves.

O Quadro 1 (*página ao lado*) apresenta a terapia inicial para paciente idoso com suspeita de PAC baseada em diversos consensos.

Os inibidores da neuraminidase (zanamivir e oseltamivir) são eficazes contra a influenza A e B, inibindo o vírus por interferir na neuraminidase. Oseltamivir em cápsula é preferível ao zanamivir nessa população, pois este deve ser inalado, com maior dificuldade para uso correto por idosos. O tratamento da gripe é eficaz se iniciado nas primeiras 48 horas, reduzindo as manifestações clínicas, a duração da doença e complicações. Essas drogas podem ser usadas para a prevenção em situações de surto (em ILP) quando combinadas com estratégias adequadas de vacinação.

Prevenção

Para a prevenção da pneumonia em idosos, faz-se necessária uma abordagem múltipla com impacto na morbidade, mortalidade e nos custos econômicos.

Embora exista alguma controvérsia quanto à eficácia da vacina contra influenza em idosos frágeis, a maior parte dos dados sugere que a vacina apresenta uma eficácia de 60% a 80% em impedir a doença severa, hospitalização e morte. É recomendada a vacinação contra influenza com periodicidade anual.

A vacina pneumocócica deve ser administrada em todos os idosos. Seu uso apresenta redução de hospitalização e mortes em 81% e 54%, respectivamente. A recomendação atual é a vacinação em única dose. Quando aplicada antes dos 60 anos, recomenda-se reforço após 5 anos.

A cessação do tabagismo e o tratamento das comorbidades reduzem o risco de infecção respiratória.

Infecção do trato urinário (ITU)

A infecção do trato urinário é a infecção bacteriana mais comum em idosos.

Epidemiologia

A bacteriúria assintomática (BA) aumenta com a idade em mulheres, com prevalência de 20% em maiores de 80 anos. Até 15% das mulheres na comunidade e 40% das mulheres em ILP têm BA.

A incidência em homens é de 5% a 10% após os 80 anos. As taxas atingem de 87% a 100% quando há uso de cateteres de demora.

Fatores de risco

São fatores de risco: anormalidades na função ou anatomia das vias urinárias com hipertrofia benigna de próstata (HPB) no homem, cistocele e divertículo de bexiga, cateterização ou instrumentação recentes das vias urinárias, condições comórbidas (diabetes mellitus, HPB), limitação do estado funcional com imobilização, mulheres pós-menopausa (queda dos níveis dos estrógenos com perda da proteção pelos lactobacillus, aumento do pH vaginal e modificação da flora local para bactérias patogênicas).

Etiologia

Na comunidade os agentes etiológicos mais frequentes são bacilos gram-negativos (*Escherichia coli* em 50%, *Enterobacter spp*, *Klebsiella spp*, *Proteus spp*).

Em ILPs são os mesmos da comunidade, com a inclusão de *Enterococcus faecalis* e *Staphylococcus coagulase* negativa.

Na sondagem vesical de demora têm-se *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* e fungos, especialmente *Candida spp*.

Quadro 1 Terapia inicial empírica para paciente com suspeita de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) e em ILP

Sem uso recente de antibiótico Macrolídeo[1] ou doxiciclina
Comorbidade[2] ou uso de antibiótico recente[3] Fluoroquinolona respiratória isolada[4] ou macrolídeo mais amoxicilina em alta dose ou macrolídeo mais amoxicilina-clavulanato
Suspeita de aspiração Amoxicilina-clavulanato ou clindamicina
Enfermaria Fluoroquinolona respiratória isolada ou macrolídeo mais β-lactâmico[5]
Infecção por pseudomonas não é importante Fluoroquinolona respiratória ou macrolídeo mais β-lactâmico
Infecção por pseudomonas é importante[6] Agente antipseudomonas[7] mais ciprofloxacina

1) Fluoroquinolona respiratória: moxifloxacina, levofloxacina
2) Nefropatia, diabetes mellitus, cardiopatia, hepatopatia, pneumopatia, câncer
3) Azitromicina ou claritromicina
4) Uso de antibiótico há pelo menos três meses
5) Cefotaxima, ceftriaxona, ampicilina-sulbactam, ertapenem
6) Doença pulmonar estrutural ou uso de terapia antimicrobiana recente ou estadia hospitalar
7) Cefepime, piperacilina-tazobactam, imipenem, meropenem

Conceitos

O conceito de bacteriúria assintomática (BA) envolve:

- ausência dos seguintes fatores: febre, urgência, aumento de frequência, disúria e desconforto suprapúbico;
- urocultura positiva.

Na mulher: pelo menos duas uroculturas positivas com ≥105 UFC/mL de urina com 1 ou no máximo 2 espécies bacterianas.

No homem: uma urocultura positiva com ≥105 UFC/mL de urina com 1 ou no máximo 2 espécies bacterianas.

Paciente sondado: uma urocultura positiva com ≥102 UFC/mL de urina com no máximo 1 espécie bacteriana.

A ITU é considerada sintomática quando ocorre:

- pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (>38ºC), urgência miccional, aumento da frequência miccional, disúria ou desconforto suprapúbico;
- cultura de urina com ≥105 UFC/mL com no máximo duas espécies de microrganismos.

Sinais e sintomas

Os sintomas da ITU de vias urinárias superiores são inespecíficos. Podem incluir dor abdominal ou lombar, ou no ângulo costovertebral ou no flanco, náuseas e vômitos, mal-estar geral, febre, calafrios, distúrbio de comportamento, confusão, alterações cognitivas, queda, imobilidade, piora do estado geral e descompensação de doença de base.

Investigação

A coleta de urina pela técnica do jato médio, com teste positivo para nitrito e leucócito esterase, bacteriúria e piúria, tem uma alta concordância com urocultura positiva.

Se a suspeita clínica de ITU for importante, a presença de leucócito esterase pode ser de grande ajuda, pois apresenta alta sensibilidade. A ausência de piúria com teste de nitrito negativo é eficaz para afastar bacteriúria em todas as faixas etárias, mas os testes positivos devem ser confirmados por outros métodos.

A realização de cultura e antibiograma é útil para orientar a terapêutica antimicrobiana em ITU superior, devendo ser obtido na maioria dos casos.

Em mulheres a cultura não é necessária, a menos que a terapia de primeira linha não seja eficaz. Nos homens, doença prostática (principalmente HPB) ou esvaziamento vesical incompleto devem ser investigados.

Tratamento de bacteriúria assintomática e infecção urinária

Numerosos estudos sugerem que não há benefício clínico do tratamento de BA. A terapia estaria associada a eventos adversos significativos, despesas e potencial para a seleção de organismos resistentes e não modificaria mortalidade, morbidade e taxa de conversão da BA em ITU.

A conduta indicada na BA é o aumento de hidratação e deambulação.

A utilização de antimicrobianos em BA está indicada nos casos de obstruções do trato urinário, realização de procedimento invasivo

e presença de doenças com potencial de interferir com a resposta orgânica (diabetes mellitus não compensado).

A grande dificuldade é decidir o que é sintomático, em particular no contexto das ILPs. A apresentação da infecção pode ser muito sutil em adultos mais velhos e uma mudança no estado funcional pode ser o sintoma.

A terapia antimicrobiana indicada para ITU é apresentada no Quadro 2, e a duração do tratamento, no Quadro 3.

Quadro 2 Terapia antimicrobiana indicada para ITU

- Sulfametoxazoltrimetoprim (800mg de SMZ + 160mg de TMP 12/12h)
- Nitrofurantoína (100mg 6/6h)
- Ácido pipemídico (400mg 12/12h)
- Norfloxacina (400mg 12/12h)
- Ciprofloxacina (500mg 12/12h)
- Cefalexina (250mg 6/6h)
- Cefaclor (250mg 12/12h)
- Fosfomicina (3 g/dose única)

Quadro 3 Duração do tratamento

- ITU baixa não complicada em mulheres: 3 a 7 dias
- ITU em homem: 7 a 14 dias
- Recidiva de ITU sintomática: 10 dias
- Tratamento pregresso: 10 dias
- Alta probabilidade de ITU por germes resistentes: 10 a 14 dias

O uso de antimicrobiano profilático está indicado em:

- Mulheres com ITU recorrente (3 infecções por ano ou 2 em 6 meses);

- Fatores predisponentes (cálculos e obstrução).

Nessa situação, a conduta indicada é nitrofurantoína ou sulfametoxazol-trimetoprim ou ácido pipemídico com dose sugerida de um comprimido à noite ao deitar de 3 a 6 meses.

Diarreia infecciosa

Trata-se de uma condição comum em idosos, principalmente residentes de ILP. Nesse grupo é importante a diarreia associada ao uso de antibióticos (DAUA).

A DAUA pode manifestar-se como colite pseudomembranosa, uma forma específica de colite pelo *Clostridium difficile*.

Quase todos os antibióticos orais ou parenterais e vários antineoplásicos (ciclofosfamida, doxorubicina, fluorouracil, metotrexato) podem causar a DAUA.

O quadro clínico pode manifestar-se por dor abdominal e cólicas, diarreia (que pode ser sanguinolenta), desidratação e hipovolemia, febre, leucócitos fecais presentes e leucocitose. Os sintomas podem aparecer de alguns dias após o início do uso até 6 semanas após a suspensão do agente agressor.

Diagnóstico

Isolamento de *C. difficile* ou presença de toxina (A) nas fezes de paciente sintomático. São necessários pelo menos dois exames negativos para afastar a DAUA.

Tratamento

Descontinuar o agente causador e manter o paciente em isolamento de contato (por até uma semana após os sintomas).

A higienização das mãos é fundamental.

Cuidado no uso de agentes que podem retardar a motilidade gástrica, tais como opioides e agentes antidiarreicos.

Quando toxina para *C. difficile* for positiva, iniciar metronidazol oral 250mg a cada 6h ou 500mg oral a cada 8h por 10 dias; ou vancomicina oral 125-500mg a cada 6h por 10 dias.

Se a pesquisa para toxina for negativa, retirar o paciente do isolamento de contato, suspender terapia antimicrobiana específica, realizar tratamento sintomático e avaliar outras causas de diarreia.

A recorrência pode ocorrer em até 4 semanas após o tratamento em até 25% dos pacientes. Nessa situação, reintroduzir metronidazol ou vancomicina.

Referências bibliográficas

1. High KP. Infectious diseases. In: Geriatrics Review Syllabus. 7ª ed. Pacala JT (ed). American Geriatrics Society. 2010.

2. High K, Bradley S, Mehr D, et al. Clinical practice guideline for evaluation of fever and infection in long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2009;48(2):149–171.

3. Loeb M, Brazil K, Lohfeld L, et al. Effect of a multifaceted intervention on the number of antimicrobial prescriptions for suspected urinary tract infections in residents of nursing homes: cluster randomized controlled trial. BMJ. 2005:331(7518):669–673.

4. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Disease Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. 2007;44 Suppl 2:S27–72.

5. Rivetti D et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Review. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2010.

6. Villas Boas PJF, Valle AP, Cação JC. Pneumonia. In: Atualizações diagnósticas e terapêuticas em geriatria. Moriguti JC, Macedo Soares A, coord. São Paulo: Atheneu; 2007

7. Villas Bôas PJF, Valle AP, Christovan JC, Ruiz T. Infecção do trato urinário adquirida em ambiente hospitalar em idosos. Gerontologia (USP). 2010,16, 6 – 10.

8. Villas Bôas PJF, Cação JC, Vidal EIO, Mondelli AL, Valle AP. Febre e Hipertermia In: Desafios do Diagnóstico Diferencial em Geriatria.1 ed.São Paulo : Atheneu, 2012

GERP.13

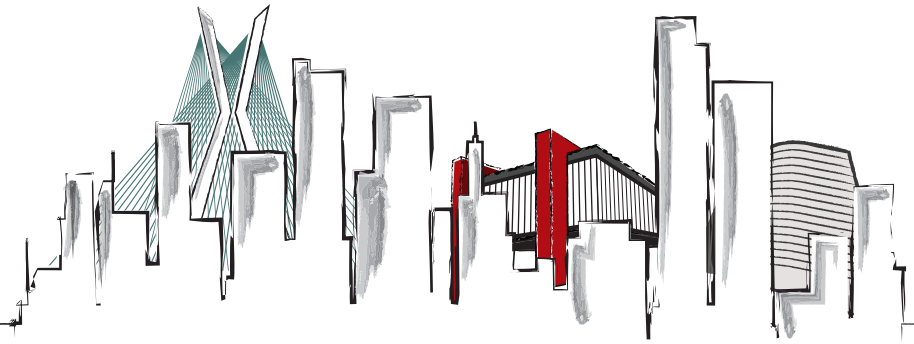
8º Congresso Paulista de **Geriatria** e **Gerontologia**

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

EDUCAÇÃO | CIÊNCIA | INOVAÇÃO

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

PARTICIPE DO GERP 2013!



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

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

Realização

Apoio

Patrocínio

Gerenciamento

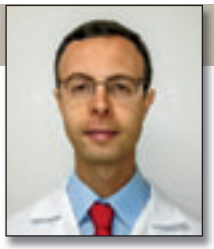
Agência de Turismo

Acompanhe no site as novidades do congresso

www.gerp2013.com.br

FOTO: CHRISTIAN KNEPPER

CLÍNICA MÉDICA



Vitor Last Pintarelli
Médico geriatra pela AMB/SBGG. Doutor em ciências pela Unifesp. Professor titular de semiologia e clínica médica da Universidade Positivo
Contato vitorpintarelli@yahoo.com.br

À beira do leito do idoso

TAKE HOME MESSAGE

- A AGA, aplicada com rigor técnico, visão de conjunto e bom senso, é o instrumento preconizado para avaliação do paciente idoso hospitalizado.
- Competência técnica, versatilidade e formação humana são as principais características necessárias para trabalhar com idosos hospitalizados.
- Apesar de muito se noticiar que a população está envelhecendo, os profissionais que atendem pacientes idosos em hospitais enfrentam cotidianamente problemas como estruturas físicas inadequadas, dificuldades para conseguir internar doentes crônicos, carência de equipes gerontológicas interdisciplinares e baixa remuneração.

Introdução

De tão conhecidas e repetidas à exaustão em textos científicos e na imprensa leiga, expressões como "a população brasileira está envelhecendo", "a proporção de idosos está aumentando no mundo", "a expectativa de vida cresceu significativamente nas últimas décadas" e outras similares sofrem atualmente um verdadeiro desgaste, a ponto de se tornarem estratégia segura para um autor se indispor com seus leitores logo no primeiro parágrafo de seu texto. Entretanto, todas elas reportam-se a fatos inegáveis, presentes e, provavelmente, perenes, cujas múltiplas consequências só se tornarão mais bem conhecidas sob a perspectiva de décadas, e dos quais a visão de que dispomos atualmente talvez seja apenas a ponta de um iceberg, o que torna necessário se defrontar recorrentemente com essas mesmas constatações, para tentar abranger seus possíveis desdobramentos.

Uma das implicações mais evidentes do processo de envelhecimento populacional é a necessidade de adaptação dos serviços de saúde ao maior contingente de idosos e à maior incidência das doenças associadas ao envelhecimento. O reconhecimento da geriatria como especialidade médica e o aumento do interesse pela gerontologia entre os diversos profissionais da saúde são, de certo modo, reflexos disso: sinalizam que há um crescente movimento de ajuste dos profissionais a essas novas condições demográficas e epidemiológicas. Entretanto, nas instituições de assistência à saúde, de modo geral, ainda são bastante escassas as iniciativas para fazer frente a essa nova realidade.

Neste artigo serão abordados alguns dos principais desafios encontrados no dia a dia dos profissionais que estão à beira do leito do paciente idoso, isto é, que trabalham junto a idosos hospitalizados, com maior ênfase à atuação do geriatra, o qual, movido pela sua própria formação e por uma boa dose de idealismo, procura colocar em prática os princípios de sua especialidade, a despeito das dificuldades a seu redor.

O profissional à beira do leito do idoso

Seria irreal imaginar que geriatras e gerontólogos titulados sejam os únicos profissionais capacitados a prestar atendimento à população idosa em ambiente hospitalar. É inegável, porém, que médicos e outros profissionais da saúde que assistem as faixas etárias mais elevadas da população necessitam, cada vez mais, de sólida capacitação teórica e prática em geriatria e gerontologia. Conhecimentos sobre as principais ferramentas de avaliação do paciente idoso, as síndromes

geriátricas e os cuidados básicos na prescrição de medicamentos e na proposição de outras intervenções para idosos devem constituir conteúdo programático de cursos de graduação, e os profissionais que não tiveram a oportunidade de aprendê-los em seus tempos de faculdade devem capacitar-se nesses temas para trabalhar com qualidade e segurança.

Entre as aptidões mínimas necessárias para o atendimento de idosos estão o conhecimento e a capacidade de aplicação do principal instrumento para avaliação global do paciente idoso, que é a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Entretanto, no ambiente hospitalar, a AGA deve ser aplicada com especial atenção, pois a própria internação pode gerar distócias na avaliação do idoso, e muitos dos instrumentos habitualmente empregados na AGA não foram originalmente desenvolvidos para serem aplicados nesse cenário. Logo, no processo de aplicação da AGA em idosos hospitalizados, o rigor científico, que em tese é proporcionado pelo emprego de testes e escalas validados, sempre deve guardar estreita relação com a visão de conjunto e o bom senso, para prevenir que resultados gerados por uma determinada escala sejam supervalorizados de forma descontextualizada. Desse modo, além da adequada formação técnica, outra característica fundamental do profissional da saúde que trabalha à beira do leito do paciente idoso é a versatilidade.

Um ditado muito repetido nos meios geriátricos e gerontológicos é o que afirma que não há nada potencialmente tão distinto de um indivíduo idoso do que outro idoso. De fato, em nenhum outro grupo etário encontram-se tantas diferenças intrínsecas como entre os idosos. Apesar dos elevados índices de doenças crônicas nas faixas etárias mais elevadas da população, o "ser portador de..." não traduz, necessariamente, as condições globais de saúde e funcionalidade de um idoso, fato que contribui para explicar a necessidade de uma avaliação mais detalhada das características desse paciente (através da AGA) e exige maior versatilidade dos profissionais que o atendem. No atendimento aos idosos hospitalizados, a despeito da existência de situações clássicas, como as síndromes geriátricas e as doenças associadas ao envelhecimento, as demais situações relativas a cada paciente, como os contextos familiares, as questões socioambientais, os aspectos psicológicos e espirituais, tornam cada caso único, o que exige do profissional uma atitude semelhante à do artesão. Pode-se tomar como exemplo o trabalho de um alfaiate, que, mesmo seguindo à risca os cortes e moldes predefinidos para costurar um terno (mantendo um firme rigor técnico), fará os ajustes necessários para adequar a peça de roupa às medidas de seu cliente (trabalho individualizado, dirigido às especificidades de cada caso).

Entretanto, formação técnica e versatilidade não esgotam as características essenciais para o trabalho com idosos. Ignorar a necessidade de uma sólida formação humanística para esses profissionais seria o equivalente a um ato de violência para com eles mesmos e os seus pacientes. Formação humana, como se sabe, é um pré-requisito básico para o exercício de qualquer profissão da área da saúde, porém essa necessidade é maior quando se trabalha de forma mais próxima com a dor, o sofrimento, os dramas existenciais da vida humana e a própria morte, como é o caso das pessoas que se dedicam à geriatria e à gerontologia. E, em ambientes hospitalares, todas essas realidades encontram-se potencializadas, uma vez que a internação do paciente idoso constitui, quase sempre, um momento de especial fragilidade para ele próprio e também para sua família.

A organização do trabalho à beira do leito do idoso

Diversas são as motivações que justificam a internação hospitalar de um paciente idoso. Algumas das principais causas, de caráter técnico, incluem: investigação diagnóstica que requer exames invasivos ou combinações de múltiplos exames; tratamento de doenças agudas ou de doenças crônicas descompensadas; realização de procedimentos cirúrgicos; cuidado paliativo terminal. Entretanto, não se pode negar a ocorrência de internações movidas por razões "sociais" e também as de indicação questionável, que podem resultar do excesso de zelo do médico assistente perante situações que não requereriam formalmente a hospitalização, ou decorrentes de pressões externas para a remoção do paciente para um hospital.

Em princípio, a programação de cuidados de um paciente idoso hospitalizado deve pautar-se pelo atendimento do motivo que justificou sua internação e, tendo atendido a essa demanda e não havendo outras razões para manter o paciente internado, procede-se à alta hospitalar. Contudo, a simplicidade aparente desse raciocínio se aplica à realidade com diversas ressalvas, pois os achados semiológicos e as intercorrências clínicas ocorridas após a admissão do paciente na instituição hospitalar frequentemente mudam por completo os rumos inicialmente previstos para sua internação e, se não houver uma programação de trabalho e de metas, a perspectiva de alta hospitalar torna-se cada vez mais remota.

Idealmente, o planejamento de uma internação deve começar antes mesmo de o paciente ser encaminhado para o hospital. Deve haver clareza quanto aos motivos que justificam a admissão e as metas que se procura alcançar com esse procedimento. Deve-se prever, na medida do possível, o desfecho desejado para a internação e o prazo aproximado para que isso seja alcançado, e o trabalho da equipe assistente deve concentrar-se nessa direção. Devem ser checadas diariamente as metas da internação, e também se recomenda a elaboração de uma lista de precauções a serem tomadas para prevenir possíveis complicações, tomando-se as medidas preventivas cabíveis a cada caso. Internações realizadas sem finalidades definidas costumam resultar em permanência prolongada no hospital; além disso, quando não se preveem as possíveis complicações inerentes a cada caso, o atendimento ao paciente converte-se em mero manejo de intercorrências sucessivas, com grande potencial de morbimortalidade e perda funcional.

Entretanto, conforme já exposto acima, mudanças de rumo podem ser necessárias diante de novos achados ou alterações significativas do quadro clínico. Nessas condições, o planejamento da internação também precisa ser revisto, tomando como pontos de referência os motivos da internação, os acontecimentos pós-admissão e a situação atual do paciente, fazendo-se a revisão de metas e prazos.

Nesse contexto, é preciso ter em consideração que "alta hospitalar" não significa o mesmo que "alta do atendimento/acompanhamento médico" (ou de enfermagem, nutricional, fisioterapêutico etc.) e, portanto, o planejamento da desospitalização deve incluir respostas a perguntas como: "Em que condições eu pretendo retirar esse paciente do hospital?", "Em que prazo me parece razoável programar sua alta?", "Que tipo de assistência esse paciente necessitará após a saída do hospital?", "Quais recursos e equipamentos serão necessários?", "A família desse paciente possui as condições (humanas, psicológicas, financeiras, ambientais etc.) necessárias para atendê-lo?". A falta de planejamento a respeito da alta hospitalar compromete todo o trabalho desenvolvido durante a internação e resulta em reinternações, declínio funcional e aumento da morbimortalidade.

Entretanto, a falta de estruturas adequadas para assistência pós-hospitalar acarreta o prolongamento desnecessário do tempo de internação de pacientes que seriam elegíveis para transferência a hospitais de retaguarda, clínicas de reabilitação, programas de atendimento domiciliar, hospitais-dia e outras modalidades de assistência ainda pouco disponíveis ou de funcionamento limitado na maior parte do país.

As instituições hospitalares

Médicos e hospitais constituem uma parceria bastante antiga e indissociável, porém as transformações sofridas ao longo dos anos pela profissão não costumam ser acompanhadas na mesma velocidade por essas instituições. Isso faz com que, na atualidade, a maior parte dos geriatras que atuam em hospitais brasileiros trabalhe em condições consideravelmente distintas daquelas desejadas para o melhor atendimento a seus pacientes. Inúmeros problemas poderiam ser listados, começando por aspectos estruturais, passando por questões administrativas, e chegando às limitações de mão de obra especializada em gerontogeriatria nessas instituições.

Na maior parte dos hospitais brasileiros onde atuam médicos geriatras, as estruturas físicas existentes (aspectos arquitetônicos e equipamentos) não atendem às peculiaridades de uma população de pacientes envelhecidos e dependentes. Isso pode ser exemplificado tomando como referência duas situações frequentemente observadas em geriatria, nas quais as características ambientais exercem forte influência sobre o quadro clínico do paciente: déficits sensoriais e delirium. Para quaisquer pacientes idosos, mas de modo especial para aqueles com déficits visuais ou auditivos, ambientes desprovidos de privacidade, ruidosos, inadequadamente iluminados ou com contrastes de cores nas paredes e piso que dificultem a percepção de profundidade representam riscos potenciais para estresse psicológico, privação de sono, quedas e desenvolvimento de quadros de delirium. Por sua vez, para pacientes em delirium ou portadores de fatores predisponentes para essa situação, as estratégias ambientais que poderiam contribuir para seu tratamento ou para reduzir seu risco (como as clássicas táticas de colocação do relógio e calendário à vista do paciente, a adaptação do quarto hospitalar para torná-lo mais familiar e acolhedor, bem como a disponibilização de instalações confortáveis para a permanência de um acompanhante) ainda são pouco disponíveis.

Apesar de constituírem grandes dificuldades para o atendimento de idosos em ambientes hospitalares, as questões estruturais são passíveis de soluções relativamente fáceis e pouco onerosas. Entretanto, o mesmo não se pode afirmar quanto às questões administrativas (principalmente burocráticas e financeiras), nas quais estão envolvidos os interesses e as preferências das diretorias dos hospitais e dos sistemas financiadores dos atendimentos (Sistema Único de Saúde e financiadores privados). Muitos gestores de hospitais, focando-se apenas no ponto de vista administrativo, não escondem sua preferência por destinar leitos para pacientes cujos atendimentos possam proporcionar maior rotatividade de ocupação e retorno financeiro para a instituição, e os casos com maior potencial para atingir esses objetivos são os de pacientes cirúrgicos jovens. Pacientes idosos internados para tratamento de doenças clínicas (agravamento ou complicações de suas doenças crônicas) são considerados fortes candidatos a internações prolongadas, com poucos "serviços agregados" e, portanto, desinteressantes para a saúde financeira da instituição. Os próprios planos de saúde assumem esse mesmo parecer, pois há operadoras que adotam como conduta a redução do valor pago pelos honorários referentes às visitas médicas hospitalares após a ultrapassagem de determinado número de dias de internação. Sobre esse tema, cabe acrescentar duas outras questões agravantes, igualmente de ordem burocrática e financeira: os baixos valores pagos pelas visitas hospitalares, que tornam desinteressante para o médico assumir essa modalidade de atendimento; e a estipulação de teto de honorários em apenas uma visita diária, independentemente do número de vezes que o médico tenha retornado ao hospital para acompanhar de perto seus casos complexos, que necessitam de mais de uma avaliação por dia.

Por último, o convívio do geriatra com os problemas estruturais e as adversidades administrativas nos hospitais acompanha-se também de um desafio de caráter existencial ao exercício da especialidade: a tentativa de "fazer geriatria" sem contar com a (indispensável) contribuição de uma equipe gerontológica. Exceto em hospitais universitários com programas de residência ou especialização em geriatria e

gerontologia, as equipes gerontológicas interdisciplinares praticamente inexistem nos hospitais do nosso país. Apesar de a maioria dos hospitais brasileiros de médio e grande porte dispor de equipes multiprofissionais compostas por enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, ainda são escassos os profissionais dessas áreas com formação em gerontologia, o que dificulta a composição de equipes gerontológicas interdisciplinares. Além disso, outros profissionais de grande importância na composição dessas equipes, como odontólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e até mesmo assistentes sociais, raramente são encontrados nos hospitais brasileiros, produzindo uma demanda reprimida de dimensões difíceis de quantificar. Há quem diga que "a geriatria sem a gerontologia é claudicante". Infelizmente, porém, essa é a realidade pouco auspiciosa enfrentada pela maioria dos geriatras ao terminarem a residência médica e ingressarem no mercado de trabalho, tanto nos grandes centros urbanos como, de forma ainda mais acentuada, nas cidades do interior.

A família à beira do leito do idoso

Conforme já foi mencionado, a internação hospitalar de um paciente idoso constitui, potencialmente, uma situação de grande fragilidade para o próprio paciente e sua família. Juntamente com a debilidade produzida pela doença motivadora da hospitalização, diversas outras circunstâncias contribuem para uma sensação generalizada de vulnerabilidade, como questões afetivas e financeiras, além de toda a programação logística necessária ao acompanhamento do familiar hospitalizado. O direito do idoso de ter um acompanhante durante o período de hospitalização, assegurado por lei, para os familiares pode representar simultaneamente um alívio (por se manterem próximos ao ente enfermo nesse momento de insegurança) e um fardo (pela dificuldade de conseguir pessoas disponíveis e capacitadas para exercerem a função de acompanhante). Muitas vezes, os idosos possuem poucos familiares, que podem também ser idosos, ou doentes, para os quais o papel de acompanhantes, passando dias e noites dentro do quarto hospitalar, em acomodações pouco confortáveis, proporciona um grande desgaste físico e psicológico. Essa situação, somada ao impacto da doença de seu familiar idoso, explica mudanças de ânimo e comportamento nos acompanhantes, que podem demonstrar ansiedade, humor depressivo e até certa agressividade, especialmente quando a internação se torna prolongada e a perspectiva de melhora do paciente parece incerta ou limitada. Não poucas vezes ocorrem solicitações de alta motivadas mais pelo desgaste da família do que pela melhora do paciente.

Famílias com condições financeiras para a contratação de cuidadores frequentemente os empregam para o acompanhamento de idosos durante a internação hospitalar, o que impede que o paciente permaneça desacompanhado. Entretanto, para efeitos de atendimento médico e multiprofissional, essa estratégia não substitui adequadamente a presença do acompanhante familiar, pois o acompanhante contratado não costuma ter conhecimento detalhado do histórico do paciente e tampouco possui responsabilidade legal para participar de tomadas de decisões relacionadas à condução do caso.

Considerações finais

O leitor que avançou até aqui talvez tenha desenvolvido a ideia de que trabalhar em ambiente hospitalar atendendo a pacientes idosos seja uma situação bastante desalentadora: o geriatra/gerontólogo (ou qualquer profissional interessado em prestar assistência de qualidade ao idoso) necessita de profunda formação técnica, versatilidade e humanidade, porém o seu caminho está repleto de obstáculos estruturais, carências de equipamentos, dificuldades para obtenção de leitos, baixa remuneração e limitações de qualificação dos demais profissionais que compõem a equipe assistencial. Parece um cenário desanimador, um verdadeiro nadar contra a correnteza, cuja triste coroação poderia ser a lembrança de que o "objeto" principal desse trabalho são pessoas portadoras de doenças crônicas e frequentemente incuráveis, que muitas vezes se encontram altamente debilitadas ou em processo de terminalidade.

No entanto, tal cenário, embora real, não corresponde a toda a realidade. Há hospitais que são verdadeiros centros de excelência em geriatria e gerontologia, e muitos dos problemas supracitados são vivenciados de modos distintos ao redor do Brasil, em termos de intensidade e relevância. A própria convivência dos geriatras com tais questões se dá em clima de naturalidade, pois o reconhecimento da especialidade ainda pode ser considerado um fato recente, e o pequeno número de especialistas em geriatria e gerontologia é, até certo ponto, uma das principais explicações para os problemas descritos acima. Na realidade, muitos desses problemas são reflexos do ainda elevado desconhecimento das peculiaridades do paciente idoso hospitalizado, da falta de profissionais capacitados para lidar com suas demandas e da falta de reflexão quanto à necessidade de mudanças na organização dos serviços de saúde motivadas pelo crescimento da população idosa.

Enfim, muitos são os desafios dos profissionais que se encontram à beira do leito do paciente idoso, mas o reconhecimento desses problemas não deixa de ser um primeiro e importante passo no longo caminho para a sua superação.

Referências bibliográficas

1. Toniolo Neto J, Pintarelli VL, Yamatto TH. À Beira do Leito – Geriatria e Gerontologia na Prática Hospitalar. Barueri, SP. Ed. Manole. 2007.

2. Ramos LR, Cendoroglo MS. Guia de Geriatria e Gerontologia. 2ª Ed. Barueri, SP. Ed. Manole. 2011.

3. Jacob Filho W, Gorzoni ML. Geriatria e Gerontologia: o que todos devem saber. São Paulo, SP. Ed. Roca. 2008.

ENDOCRINOLOGIA

Sami Liberman
Professor assistente doutor
Serviço de Geriatria – Hospital das Clínicas FMUSP
Contato sami.liberman@uol.com.br

Yolanda Maria Garcia
Professora assistente doutora
Disciplina de Geriatria – FMUSP

José Luiz Figueira
Médico colaborador
Serviço de Geriatria – Hospital das Clínicas FMUSP

Andropausa

TAKE HOME MESSAGE

- O diagnóstico de hipogonadismo se baseia na presença de sintomas e sinais (quadro clínico) associados a alterações nos níveis séricos da testosterona e das gonadotrofinas.
- Pacientes com diabetes, resistência a insulina, obesidade, síndrome metabólica, sarcopenia e/ou fragilidade devem ser investigados laboratorialmente.
- Os pacientes que receberem reposição hormonal devem ser monitorados para avaliação da melhora dos sintomas e minimização de eventuais efeitos adversos.

Introdução

Desde a antiguidade já se reconhece a importância dos testículos na manutenção da virilidade, na força física e no comportamento masculino. Dois mil anos antes de Cristo os assírios utilizavam a castração como uma punição por ofensas sexuais. Os orientais utilizavam eunucos para tomar conta de seu harém, enquanto os chineses utilizavam extratos de testículos para tratamento de impotência.

Em 1889, C.E. Brown-Sequard apresentou à Société de Biologie Française o primeiro relato de experiências com extrato aquoso de testículo de cães, com que se tinha injetado para combater a velhice. Os resultados haviam sido positivos e ele referia um grande aumento de vigor. O hipogonadismo no homem decorre do decréscimo de uma ou ambas as funções testiculares – produção de espermatozoides ou produção de testosterona por uma alteração a nível primário ou secundário do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas. Diferente do que ocorre no sexo feminino, a falência de hormônios sexuais não é abrupta e total. Quando ocorre, ela se dá de forma lenta e progressiva.

Dessa maneira, deveríamos nos referir a esse processo não como andropausa, mas como uma síndrome composta por múltiplos sintomas e sinais. Assim, denominações como hipogonadismo de aparecimento tardio (*late-onset hypogonadism – LOH*) ou déficit parcial de andrógenos no homem idoso (*partial androgen deficiency of the aging male – PADAM*) são mais apropriadas.

Do ponto de vista biológico, a testosterona (T) é o andrógeno endógeno mais importante. A maior parte da T circula ligada a proteínas plasmáticas, sendo que apenas de 1% a 2% se encontram na forma livre, 40% a 50% se ligam à albumina e 50% a 60% circulam fortemente ligadas à proteína transportadora de hormônios sexuais (SHBG, na sigla em inglês).

No acompanhamento realizado por Harman, verificou-se que os níveis de T e T livre diminuíram progressivamente entre a terceira e a nona década. A magnitude dessa queda foi de 3,2 ng/dL por ano para os níveis de T total. Com o envelhecimento ocorre um aumento dos níveis de SHBG – em torno de 1,2% ao ano –, influenciando nas alterações observadas nos níveis de T total e T livre. Em estudos longitudinais, a queda nos níveis de T total e T livre foi de 0,4% e 1,2% ao ano, respectivamente. Com o aumento da expectativa de vida, a

literatura médica tem dado muita importância à diferenciação entre o processo normal de envelhecimento (senescência) e o processo patológico de envelhecimento (senilidade). Nesse sentido, várias sociedades médicas desenvolveram diretrizes para investigação, diagnóstico, tratamento e monitoramento da reposição hormonal em homens com LOH.

Eixo hipotálamo-hipófise-gonadal

A testosterona (T), dehidrotestosterona (DHT), androstenediona, dehidroepiandrostenediona (DHEA) e sua forma sulfatada (DHEAS) são os andrógenos endógenos que se encontram na circulação. A T é secretada quase que exclusivamente pelos testículos, enquanto apenas 20% do DHT têm essa origem; a maior parte deriva da α redutase da T em tecidos periféricos. 15% dos níveis de androstenediona resultam da conversão de DHEA e T e os 85% restantes têm origem adrenal. O DHEA e o DHEAS têm origem quase que exclusivamente adrenal.

Biologicamente, o andrógeno endógeno mais importante é a T. Em humanos, os níveis séricos de T variam entre 300 a 1.000 mg/dL (11 a 35 nmol/L), apresentando um ritmo circadiano máximo no período da manhã e mínimo no período da tarde. A T circula ligada a proteínas transportadoras, principalmente a SHBG, que apresenta um aumento significativo de seus níveis com o envelhecimento, graças a alterações na composição corpórea, aumento dos níveis de insulina, entre outros. Uma série de fatores influencia os níveis plasmáticos dos andrógenos – além dos citados, podemos ainda lembrar fatores étnicos, hereditários, dietéticos, estresse, doenças associadas e medicações.

Quadro clínico

O Quadro 1 (*ao lado*) sintetiza os principais sintomas e sinais que se encontram nos indivíduos com deficiência androgênica (LOH/PADAM). Devemos ressaltar que existe uma variação muito grande na apresentação desse quadro, que se deve à magnitude e ao tempo em que o indivíduo está exposto ao declínio androgênico. Acredita-se que no idoso ocorra uma variação na resposta dos órgãos (cérebro, osso, próstata, músculo) em relação ao nível dos andrógenos.

Os *guidelines* recomendam que a investigação de LOH somente seja realizada em indivíduos que apresentem quadro clínico sugestivo. Não se recomenda o screening de deficiência androgênica na população em geral. Recomenda-se que essa investigação não seja feita durante o decorrer de um quadro subagudo ou agudo.

Uma série de questionários já foi proposta para caracterizar melhor o quadro clínico, justificar a investigação e acompanhar o tratamento. Porém, nenhum deles se mostrou específico e sensível para ser utilizado.

Avaliação laboratorial

Não há um critério laboratorial de consenso para a definição de LOH/PADAM. O mais aceito e utilizado por Vermeulen, que definiu hipogonadismo baseado nos níveis séricos de T total, considera níveis abaixo de 2,5 desvios-padrão para jovens (< 300 ng/dL) como sendo deficientes. Outros autores utilizam o mesmo critério, porém utilizando níveis de T total de 325 ng/dL como critério. Baseados nesses dados, utilizamos o algoritmo descrito no Quadro 2 na investigação laboratorial a LOH /PADAM.

Recomendamos que a dosagem sérica de T total seja realizada no período entre 7h e 11h da manhã. Nos casos em que uma primeira dosagem se apresenta pouco alterada (entre 200 e 300ng/dL), recomendamos uma nova dosagem, visto que 30% dos indivíduos apresentam dosagem normal numa segunda avaliação. Além disso, 15% de indivíduos sadios podem apresentar níveis de T total baixos em algum período das 24 horas.

Baseados nesses parâmetros encontramos no Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP níveis de T < 300 ng/dL em 19,9% dos indivíduos com idade entre 60 e 95 anos. Analisando por décadas a partir dos 60 anos, encontramos prevalência de 15,3%, 19,4% e 28,1%, respectivamente. Encontramos ainda correlações significativas entre os níveis de T e os sinais e sintomas presentes no LOH/PADAM.

Recomenda-se a dosagem de SHBG e T livre no seguimento da investigação dos indivíduos com níveis de T total baixos; a dosagem de níveis de LH, FSH no sentido de se caracterizar a deficiência como primária ou secundária; e a realização de RNM de sela túrcica e dosagem de prolactina, saturação de ferro e testes funcionais hipofisários nos casos de suspeita de deficiência secundária.

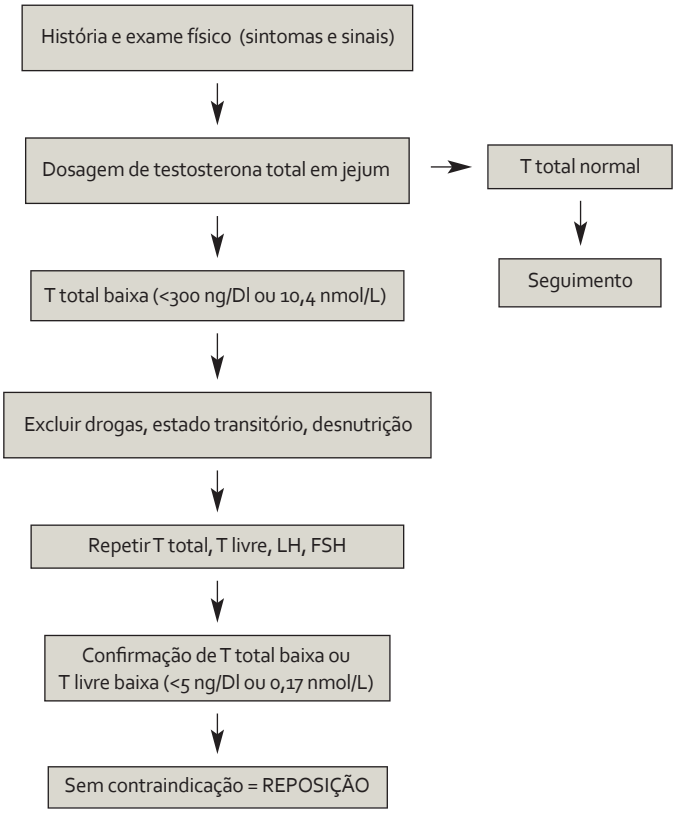
Quadro 1 Sintomas e sinais sugestivos de deficiência androgênica

A. Sintomas e sinais mais sugestivos de deficiência androgênica
- Desenvolvimento sexual incompleto
- Diminuição da libido
- Diminuição de ereções espontâneas
- Ginecomastia
- Diminuição da pilificação
- Diminuição do tamanho dos testículos
- Infertilidade
- Densidade mineral óssea diminuída
- Ondas de calor

B. Sintomas e sinais menos específicos
- Diminuição da vitalidade, da energia e da motivação
- Cansaço, desânimo, tristeza, humor deprimido, distimia
- Baixa concentração, alteração da memória
- Alteração do sono
- Anemia leve normocrômica/normocítica
- Sarcopenia, diminuição da força muscular
- Obesidade, aumento da gordura corpórea
- Diminuição da capacidade física

Sabe-se que outras alterações endócrinas ocorrem em associação ao envelhecimento, mas elas não são bem conhecidas. A presença de diabetes mellitus é frequente em indivíduos idosos e reconhece-se que níveis alterados de glicemia podem influenciar a secreção de T. Em idosos com queixas de disfunção erétil deve ser feita a avaliação de lípides e status cardiovascular.

Quadro 2 Diagnóstico laboratorial de LOH/PADAM



Tratamento

Após a suspeita clínica ter sido confirmada através da avaliação laboratorial, o indivíduo deve ser avaliado para eventuais contraindicações para o tratamento.

Não é recomendada a terapia de reposição hormonal (TRH) para indivíduos com patologia neoplásica confirmada de mama e próstata. Não recomendamos a TRH para indivíduos com eritrocitose, síndrome de hiperviscosidade, síndrome da apneia do sono sem tratamento.

Recomenda-se uma avaliação urológica prévia ao início do tratamento com avaliação dos níveis de PSA, toque retal e avaliação com US das vias urinárias. Após liberação para o tratamento, sugerimos que a medicação seja prescrita por médicos clínicos para acompanhamento dos pacientes.

O Quadro 3 sintetiza os principais produtos, via de administração e frequência de utilização da TRH. Cabe ressaltar que os produtos utilizados por via oral são obsoletos por não mimetizarem a secreção fisiológica e por apresentarem hepatotoxicidade, sendo seu uso desencorajado. A via mais utilizada atualmente é a intramuscular, por sua segurança, comodidade e maior respeito ao ritmo de secreção de T.

Quadro 3 Medicações para tratamento de LOH/PADAM

Formulação	Apresentação	Nome comercial	Frequência
Injetável			
Propionato de T	250 mg	Duratestom	A cada 3-4 semanas
Cipionato de T	200 mg	Deposterom	A cada 3-4 semanas
Undecanoato de T	1.000 mg	Nebido	A cada 3 meses
Transdérmico			
Patch de T	6 mg	Andropatch	Diário
Gel de T	5-10 mg	Androgel	Diário
Oral			
Fluoximesterona	5-20 mg	Halotestin	Diário
Metiltestosterona	10-30 mg	Metandren	Diário
Undecanoato de T	120-200 mg	Andriol	Diário
Subcutâneo			
Implantes de T	1.200 mg	–	A cada 6 meses

Ainda não se dispõe de dados suficientes sobre o nível ideal de T a ser atingido, mas recomenda-se que níveis suprafisiológicos sejam evitados. Indivíduos com passado de neoplasia de próstata considerados curados, mas que apresentem sintomas de hipogonadismo, são candidatos a TRH com cautela. Não foram encontradas recomendações evidentes a favor ou contra essas sugestões, devendo cada caso ser avaliado individualmente. Os indivíduos devem ser acompanhados periodicamente para verificação da melhora dos sintomas e prevenção de efeitos adversos (Quadro 4).

Quadro 4 Monitorização do tratamento

1. Reavaliar o paciente a cada 3 a 6 meses após início do tratamento
2. Monitorar nível de T a cada 3 a 6 meses após início do tratamento
   T injetável – dosagem de T 7 a 10 dias após aplicação
3. Checar hematócrito após 3 a 6 meses (se > 54%, suspender tx)
4. Densitometria óssea após 1-2 anos
5. PSA a cada 3 a 6 meses e consulta urológica

Complicações do tratamento

Os efeitos colaterais possíveis do tratamento de LOH/PADAM incluem alterações prostáticas/urinárias, cardiovasculares, metabólicas e hematológicas. Não recomendamos a utilização de TRH para indivíduos com o objetivo de retardar/prevenir o envelhecimento, considerando essas práticas sem comprovação científica. No entanto, consideramos que, em instituições de ensino e pesquisa formadoras de opinião científica, indivíduos com sintomas de LOH/PADAM poderiam ser avaliados quanto ao efeito farmacológico da TRH em ensaios clínicos conduzidos com muito critério.

Referências bibliográficas

1. Greenblatt RB. Some historical and biblical aspects of endocrinology. In. Givens JR., Ed. Gynecologic endocrinology. Chicago, London, Yearbook Medical Publishers, 313-324, 1976.

2. Brown-Sequard CE. Effects on man of subcutaneous injection of freshly prepared liquid guinea-pig and dogs tests. CR Seances Soc Biol Ger 91:415-9, 1889.

3.Vermeulem A. Studies on the binding of testosterone to human plasma. Steroids 11:609-635, 1968.

4. Harman SM., Metter EJ., Tobin JD., Pearson J., Blackman MR. Longitudinal effects of aging on serum total and free testosterone levels in healthy men. J. Clin. Endocrinol. Metab. 86:724-31, 2001.

5. Feldman HA. Age trends in the level of serum testosterone and other hormones in middle- aged men: longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. J.Clin. Endocrinol. Metab.87: 589-598, 2002.

6. Gray A., Feldman HA., Mckinley JB., Longcope C. Age, Disease, and Changing Sex Hormone Levels in Middle-Aged Men: Results of the Massachusetts Male Aging Study. J. Clin. Endocrinol. Metab. 73:1016-25, 1991.

7. Nieschlag E. Investigation, Treatment and Monitoring of Late-Onset Hypogonadism in Males: ISA,ISSAM and EAU Recommendations. J. Androl. 27:135-37, 2006.

8. Bhasin S. Testosterone Therapy in Adult Men with Androgen Deficiency Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J. Clin. Endocrinol. Metab. 91: 1995-2010, 2006.

9. Kaufman JM, Vermeulen A. The Decline of Androgen Levels in Elderly Men and its Clinical and Therapeutic Implications. Endocrine Reviews 26:833-76, 2005.

10. Zitzmann M. Association of Specific Symptoms and Metabolic Risks with Serum Testosterone in Older Men. J. Clin. Endocrinol. Metab 91:4335-43, 2006.

11. Morley JE. Comparison of screening questionnaires for the diagnosis of hypogonadism. Maturitas 2005.

12. Vermeulem A. Androgen replacement therapy in the aging male – a critical evaluation, J. Clin. Endocrinol. Metab 86:2380-90, 2001.

13. Merce Fernandez-Balsells M. Adverse Effects of Testosterone Therapy in Adult Men: A Systematic Review and Meta-Analysis. J. Clin. Endocrinol. Metab 95:2560-75, 2010.

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

CASA ACESSÍVEL

O recém-lançado livro *The Accessible Home: Designing for All Ages and Abilities*, da arquiteta Deborah Pierce, faz o que muitos acham impossível: mostra que uma casa bem adaptada pode ser uma casa bonita.

Deborah é adepta da filosofia do "design universal", que promove ambientes agradáveis que podem ser utilizados por pessoas com e sem deficiência. O livro traz ao todo 25 casas, tornadas acessíveis a uma variedade de residentes: desde uma criança com paralisia cerebral e adultos de meia-idade com problemas físicos até adultos mais velhos que querem envelhecer no mesmo lugar.

Segundo Deborah, as casas parecem espaçosas porque não há muitas paredes, o que facilita a circulação de cadeiras de roda e andadores. Ela também explica que essas casas também parecem mais vazias, porque há lugar para guardar as coisas – não apenas por uma questão estética, mas porque uma casa cheia é um risco para idosos com deficiências, que podem cair e sofrer fraturas.

"Todos têm medo de design acessível porque acham que a casa ficará feia. Eles acham que a casa ficará com cara de hospital", diz. Seu livro prova o contrário.

ACOMPANHANDO CUIDADORES

Cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer podem contar com serviço de acompanhamento. O requisito é apresentar sintomas depressivos ou ansiosos, principalmente por causa da sobrecarga de responsabilidades. O atendimento é do **Grupo de Psicoterapia do Laboratório de Neurociências do Instituto de Psiquiatria** (IPq) do Hospital das Clínicas (HC).

A iniciativa visa orientar o cuidador na tomada de decisões, na retomada da própria vida e na melhora das relações sociais e familiares. Serão aceitos voluntários que exerçam a atividade de cuidador no mínimo duas horas por dia, com idade superior a 35 anos e que, obrigatoriamente, tenham vínculo familiar com o doente.

Para mais informações: (11) 3231-3555

ESCOLHAS SÁBIAS

A campanha *Choosing Wisely* (Escolhendo sabiamente, em tradução livre), uma parceria do American Board of Internal Medicine Foundation e Consumer Reports, é uma tentativa de alertar médicos e pacientes sobre exames, procedimentos e tratamentos problemáticos e geralmente prescritos em exagero.

Trabalhando com as sociedades médicas, a campanha pediu que os profissionais identificassem "Cinco coisas que médicos e pacientes deveriam questionar", de forma a criar um consenso entre as duas partes a respeito de testes e tratamentos com base em evidências e real necessidade.

Entre as 18 listas elaboradas estavam recomendações de geriatras e paliativistas. Tanto a American Geriatrics Society quanto a American Academy of Hospice and Palliative Medicine tinham no topo de sua lista a mesma recomendação: as duas eram contra tubos de alimentação para pacientes com demência avançada. A lista de geriatria alertava também a respeito de:

2. Prescrição de rotina de medicações antipsicóticas para pacientes demenciados que se tornaram agressivos ou disruptivos.
3. Prescrição de medicações para atingir controle glicêmico justo em pacientes idosos diabéticos.
4. Usar medicação para dormir como primeira opção para pacientes idosos que sofrem de agitação, delirium ou insônia.
5. Prescrever antibióticos quando testes indicam uma infecção do trato urinário mas o paciente não apresenta desconforto ou outros sintomas.

Para saber mais, acesse: www.choosingwisely.org

Faça parte
do **encontro** dos
maiores nomes
da neurociência, psiquiatria,
neurologia e geriatria.

Convidado especial:
Professor Dr. **Antônio Damásio**

World Congress on Brain, Behavior and Emotions

9º Congresso Brasileiro de Cérebro,Comportamento e Emoções

26 a 29 de junho de 2013
Centro de Convenções Frei Caneca | São Paulo | SP

Mais de **150**
conferencistas de
diversas partes

www.wcbbe.com

O que **esperar** do **WCBBE 2013?**

Confira alguns destaques da programação do
International Congress on Geriatric Neuropsychiatry (**ICOGEN**)

Comprometimento cognitivo vascular: a dimensão do problema
RICARDO NITRINI (Brasil/SP)

Uma nova estrutura conceitual para a doença de Alzheimer
BRUNO DUBOIS (França)

Os fenótipos cognitivos da doença de Alzheimer
BRUNO DUBOIS (França)

O tempo passa... Mantendo habilidades de comunicação ao longo da vida
YVES JOANETTE (Canadá)

Desafios farmacológicos em Neuropsiquiatria Geriátrica
JOÃO SENGER (Brasil/RS)

Terapias de linguagem específicas restauram o cérebro lesado de idosos com afasia: um estudo longitudinal de grupo
ANA INES ANSALDO (Canadá)

Transtornos do lobo frontal
SHELDON BENJAMIN, MD (Estados Unidos)

Formação em Neuropsiquiatria Geriátrica - a visão do psiquiatra
SHELDON BENJAMIN, MD (Estados Unidos)

Tratamentos sintomáticos e modificadores da doença de Alzheimer
PAULO CARAMELLI (Brasil/MG)

Promoção
INI
Instituto de Neurociências Integradas

Gerenciamento
CCM Worldwide
Medical Congresses
55 51 **3086 9100**

BICHOS LIBERADOS

Após três anos de testes e preparo de equipes, o **Hospital Israelita Albert Einstein** liberou, sob rígido protocolo, que bichos de estimação – cães, gatos e passarinhos – visitem pessoas internadas, mesmo aquelas em unidades semi-intensivas. A entrada de animais no Einstein faz parte do cumprimento de regras de uma certificação internacional de humanização que o hospital obteve em 2012.

Para ter a entrada autorizada no hospital, o bicho de estimação deve passar por uma avaliação de seu veterinário, que dá um laudo atestando sua boa saúde. É necessário também que o animal tome banho antes da visita. Os donos devem apresentar os documentos de vacinação e manter o visitante tranquilo.

"Mas, antes de tudo, é preciso a autorização do médico, que tem de colocar no prontuário que ele está de acordo com a visita. Uma equipe multiprofissional checa se todo o protocolo foi cumprido. Na menor dúvida, a entrada não será autorizada", explica Rita Grotto, gerente de atendimento do hospital.

Fonte: Folha de S. Paulo

ROBÔ CUIDADOR

A **Universidade de Salford**, no Reino Unido, criou o CareBot, um robô cuidador voltado para auxiliar pessoas idosas, recomendando exercícios, lembrando a hora de tomar medicação, respondendo dúvidas e contando piadas. O pesquisador que desenvolveu o robô, Antonio Espingardeiro, afirma que o CareBot consegue reconhecer rostos e lembrar-se das necessidades de cada paciente. O robô também serve como um link entre médicos e familiares, além de enviar notícias sobre o idoso e até jogar jogos com ele.

Com a criação, os cientistas esperam melhorar a qualidade de vida de quem mora em casas de repouso. Entre as outras atribuições do robô estão terapia de fala, exercícios de reconhecimento de objetos e entrega de refeições.

Fonte: BBC

FACEBOOK AJUDA EM DESEMPENHO COGNITIVO

Uma pesquisa da **Universidade do Arizona** (EUA) mostrou que o Facebook pode ajudar idosos a manter o cérebro ativo. Segundo os cientistas, pessoas acima de 65 anos que usam a rede social têm um desempenho melhor em testes cognitivos do que as que não têm um perfil no site.

Durante o estudo, 14 adultos com idade entre 68 e 91 anos foram apresentados ao Facebook. Eles foram instruídos a se tornar amigos na rede social de outros participantes da pesquisa e publicar algo no site ao menos uma vez por dia. Um segundo grupo foi ensinado a usar um site de diário online, no qual os posts eram privados e não havia como compartilhar conteúdo.

Antes do início da pesquisa, os participantes foram submetidos a testes para avaliar os seus níveis de solidão, apoio social e capacidade cognitiva. Esses testes foram refeitos depois que os idosos usaram o Facebook e o site de diário privado. Os resultados apontaram para um desempenho 25% melhor dos idosos que usaram o Facebook. O segundo grupo não apresentou melhora significativa no desempenho.

Segundo Janelle Wohltmann, pesquisadora-chefe da Universidade do Arizona, o Facebook ajudou os idosos em seus níveis de concentração e seleção das informações, pois os obriga a se concentrar no que é novo e excluir as informações velhas.

Fonte: Folha de S. Paulo

12º Congresso Brasileiro de CLÍNICA MÉDICA

9 a 12 Outubro de 2013

Porto Alegre - RS

Centro de Eventos - PUCRS

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

6º Congresso Nacional das Ligas Acadêmicas de Clinica Médica

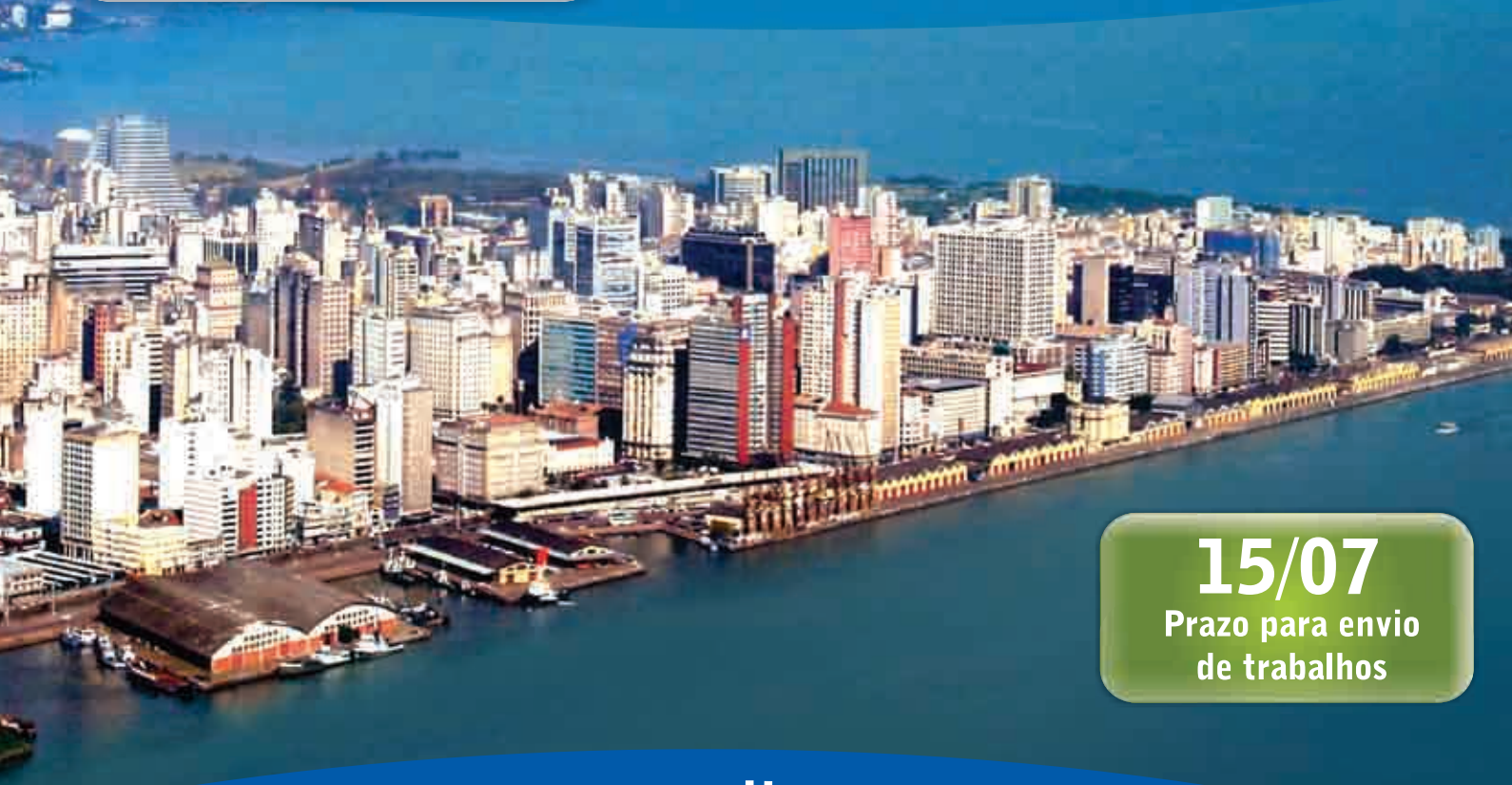
2ª Jornada Nacional de Medicina Diagnóstica e Exames Complementares

1ª Jornada de Neurociências

1ª Jornada de Promoção de Saúde

1ª Jornada de Direito Médico e Bioética

O Clínico: Novas Habilidades, Integração e Compromisso Social



15/07
Prazo para envio de trabalhos

www.clinicamedica2013.com.br

Promoção e Realização

SBCM

SBCM·RS

Apoio

ABRAMURGEM
Associação Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência

Agência de Turismo

Fellini turismo
eventos@felliniturismo.com.br
www.felliniturismo.com.br
Fone: (51) 3216- 6300

Secretaria Executiva

ACONTECE EVENTOS
contato@aconteceeventos.com.br
www.aconteceeventos.com.br
Fone: (51) 3019-2444

Uma chance de RECOMEÇO

Com o aumento da expectativa de vida, a idade deixou de ser um fator limitante para idosos que precisam receber um transplante ou gostariam de doar seus órgãos Por **Marina Pecoraro**

Aos 71 anos, Carlos* recebeu um transplante de coração. Os problemas cardíacos haviam começado em 1988, durante um jantar dançante, quando teve um infarto aos 46 anos. Depois de fazer um cateterismo e uma angioplastia, passou dez anos sem nenhuma complicação cardíaca. Então o coração voltou a apresentar problemas e, dessa vez, teve de fazer ponte de safena e colocar um marca-passo. Entre o primeiro e segundo infartos, Carlos, que consumia dois maços de cigarro por dia, largou o vício, perdeu muitos dos 120 quilos e passou a se exercitar mais.

A vida prosseguiu normalmente por mais uma década, até que seu coração chegou a um limite: não conseguia mais bombear o sangue de forma regular. Carlos passou a apresentar água no pulmão e sentir um cansaço excessivo. Aos 69 anos, o cardiologista disse que era necessário um transplante de coração, pois o órgão já estava muito debilitado devido aos procedimentos realizados nos últimos 20 anos.

"Não gostei muito da ideia, mas, como não era para ser decidido no momento, apenas entrar para a lista de transplante, acatei a decisão", conta Carlos. Após ser internado com o coração bastante debilitado na Páscoa de 2011, percebeu que era chegada a hora de realizar a cirurgia. Em questão de meses, apareceu um doador compatível e o transplante foi realizado no Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), em São Paulo. "Meu coração novo foi um presente de Deus, do jeito que estava não ia durar muito. Eu sei que vou morrer, mas aos 71 anos ainda era muito cedo. Sinto que tenho muita vida pela frente", comemora.

Novidade na medicina

Um transplante em uma pessoa de 71 anos é uma novidade na medicina, no Brasil e no mundo. Se algum médico indicasse, há cerca de dez anos, uma pessoa de 69 anos para entrar na fila de transplantes seria motivo de chacota entre os pares. "Felizmente, com a melhora da qualidade de vida, das condições médicas e sanitárias, a população está envelhecendo bem. Hoje uma pessoa de 60 ou até 70 anos tem, na maioria das vezes, condições clínicas muito boas e pode realizar um transplante", afirma Nelson Hamershlack, hemoterapeuta do HIAE e sócio-fundador da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO).

Outra novidade quando falamos em transplante é a idade do doador, que também aumentou nas últimas décadas, segundo Agenor Ferraz, coordenador da Central de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. "Há poucos anos, não havia doador com mais de 60 anos – a retirada de órgãos de pessoas com essa faixa etária dificilmente seria cogitada. Hoje nós temos notificação de possíveis doadores com idade próxima a 80 anos. O que deve ser considerado nesses casos é a história clínica do doador falecido", explica Ferraz. Ele acredita ser uma necessidade a classe médica enxergar o idoso como uma pessoa com todas as suas capacidades, inclusive a de um potencial doador e receptor de órgãos.

Dados da Sociedade Brasileira de Transplante de Órgãos (SBTO) referentes aos procedimentos realizados em 2012 revelam que o perfil etário dos doadores tem aumentado. Dos 2.406 doadores efetivos, 26% (627) tinham entre 50 e 64 anos, e 7% (164) entre 65 e 79 anos. Essa mudança também é observada nos Estados Unidos. De acordo com o United Network for Organ Sharing (UNOS), maior registro norte-americano de transplantes, em 2002, do total de transplantes de rim com doador falecido, 12% foram realizados em indivíduos com mais de 65 anos. Em 2011 o percentual havia subido para 20%.

No Brasil não existe uma lei que define a idade máxima para doar ou receber órgãos. Os critérios clínicos são estabelecidos pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), do Ministério da Saúde, com o auxílio das Coordenações Nacionais e Estaduais de Transplante e de câmaras técnicas nacionais de cada órgão e/ou tecido. Em geral, a gravidade de comorbidades nesses pacientes é um limitador mais presente do que a idade.

Cada órgão, uma idade

Em São Paulo, a idade acima de 65 anos é considerada uma contraindicação relativa ao transplante de pulmão. Dificilmente um paciente com mais de 65 anos é incluído em lista de espera para transplante de pulmão, segundo Ana Cristina Carvalho de Matos, coordenadora do Programa de Transplantes do Hospital Israelita Albert Einstein. No caso de transplantes de fígado, pacientes com 70 anos ou mais podem realizá-lo, porém necessitam de uma avaliação mais detalhada, principalmente no que diz respeito a comorbidades e risco cardiológico. Já para transplantes cardíacos são aceitos, a priori, receptores de até 70 anos. Se forem mais velhos, como era o caso de Carlos, a avaliação é mais rigorosa.

Quando se trata de transplantes de medula óssea, uma portaria do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece que sejam reembolsados gastos com transplantes autólogos (em que são usadas as células-tronco do próprio paciente) em pessoas de até 75 anos, e com transplantes de doador aparentado, com supressão da medula, para aqueles que têm até 65 anos. Para transplantes com doador não aparentado, a idade limite para reembolso das despesas pelo SUS é 60 anos.

Novos medicamentos têm possibilitado aumentar a idade dos pacientes que necessitam de transplante de medula óssea. Estudos realizados no Brasil e nos EUA indicam grande sucesso no transplante de pacientes com 70 anos ou mais. Segundo Nelson Hamershlack, como o câncer e, particularmente, leucemias e mielodisplasias, têm mais incidência em idosos, o transplante, quando indicado, geralmente é a única chance de cura. "Portanto, precisamos estratificar os pacientes por risco. Aqueles com as chamadas leucemias agudas de prognóstico reservado e os com mielodisplasia de alto risco de transformação para leucemia devem ser encaminhados para transplante", afirma o hemoterapeuta.

De acordo com Ana Cristina, do HIAE, "é preciso avaliar rigorosamente as comorbidades e tratá-las quando possível, antes de realizar o procedimento nessa população. Esses pacientes necessitam de uma avaliação minuciosa na fase pré-transplante, principalmente em relação ao sistema cardiovascular, ao rastreamento de doenças neoplásicas e infecciosas, além da condição cognitiva e funcional", explica. Para a geriatra Theodora Karnakis, do Serviço de Geriatria da Faculdade de Medicina da USP, é preciso avaliar ainda o suporte social, a cognição e a capacidade de decisão do paciente idoso ao se propor um transplante.

Quando observamos estudos de transplantes por órgãos e tecidos, no Brasil e no mundo, encontramos pesquisas que demonstram que a sobrevida dos pacientes com 60 anos ou mais não difere da dos mais jovens, no caso de transplantes de rim. Segundo a coordenadora do Programa de Transplantes do HIAE, a literatura demonstra que, nesse grupo de pacientes, os melhores resultados são alcançados quando são feitos transplantes com doadores vivos do que transplantes com doadores falecidos.

A pesquisa brasileira sobre expectativa de vida em pacientes que realizaram transplante de rim, de Pacheco-Silva e colaboradores, demonstrou que não houve diferença significativa na sobrevida do enxerto e do paciente após cinco anos do transplante, quando foram comparados pacientes com idade igual ou superior a 60 anos com pacientes com idade entre 50 e 59 anos. O percentual da sobrevida do enxerto após cinco anos foi de 86,7% para pacientes com 60 anos ou mais e de 82,1% em pacientes com idade entre 50 e 59 anos. A sobrevida dos pacientes foi de 76,2% e 81,6%, respectivamente. Isso demonstra, segundo Ana Cristina, "que a idade não pode ser considerada um critério de exclusão ao transplante de rim".

> “Felizmente [...], a população está envelhecendo bem. Hoje uma pessoa de 60 ou até 70 anos tem, na maioria das vezes, condições clínicas muito boas e pode realizar um transplante.”

Os principais fatores responsáveis pelos bons resultados do transplante nessa população foram o uso de imunossupressores mais eficazes, o melhor manejo dessas medicações nos pacientes idosos, o processo de preparo do candidato para o transplante, que deve ser bastante rigoroso nessa população, além dos cuidados intensivos no pós-operatório.

Rejeição do órgão

Teoricamente, a rejeição do órgão em idosos é menor do que na população em geral. Isso porque a resposta imunológica, como outras funções biológicas, é significantemente afetada pelo processo de envelhecimento, o que parece contribuir para menor taxa de rejeição observada em receptores com idade mais avançada, conforme explica Ana Cristina.

Um estudo americano que envolveu mais de 70 mil transplantados renais demonstrou que a taxa de rejeição nos primeiros seis meses após o transplante diminui proporcionalmente com o aumento da idade dos pacientes transplantados. De forma inversa, as mortes relacionadas a infecção foram significativamente mais comuns nesse grupo de pacientes. Dados como esses confirmam o comprometimento da resposta imunológica nessa população. “Porém, é importante ressaltar que os quadros de rejeição nesses pacientes podem evoluir para perda do enxerto com maior frequência do que na população mais jovem”, afirma a especialista. Para os demais órgãos ainda são necessários estudos envolvendo um número maior de sujeitos de pesquisa.

Outra tendência que vem sendo observada mundialmente, e que já está sendo discutida no Brasil para aumentar a oferta de órgãos para idosos, é a aceitação de doadores com critérios expandidos. A Fundação Internacional de Eurotransplantes preconiza que órgãos de doadores falecidos com mais de 65 anos sejam transplantados em candidatos a transplante de rim com mais de 65 anos, por exemplo. “Principalmente nos centros de transplante em que o tempo em lista de espera para o transplante é superior a três anos, essa medida mostrou-se mais vantajosa aos candidatos ao transplante idosos do que permanecer em lista de espera em diálise. Isso também possibilita que a fila de espera diminua”, afirma Maria Cristina, do HIAE.

* nome fictício

DADOS SOBRE TRANSPLANTES NO BRASIL EM 2012

O Brasil possui o maior sistema público de doação de órgãos do mundo e 95% das cirurgias são feitas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo informações do Ministério da Saúde. A realização dessas cirurgias é coordenada pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), órgão federal criado por um decreto da Lei dos Transplantes (Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997), cujo objetivo é dispor sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante.

O SNT é responsável pelo processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano. Segundo Agenor Ferraz, coordenador Estadual de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, após a criação do órgão não existe mais a possibilidade de o paciente “furar” a fila do transplante, já que ela é única para todos que precisam de um órgão. “O Sistema, com o auxílio das centrais estaduais de transplantes, tem todas as informações dos pacientes que estão na lista de espera por um órgão, assim como as informações dos possíveis doadores. Ele aloca os órgãos de acordo com os critérios estabelecidos, e o operador deve seguir o que o programa está mandando”, explica.

O Brasil é o segundo país do mundo em número absoluto de transplantes de rim, fígado e córnea, segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Dados da mesma instituição mostram que em 2012 foram transplantados 7.426 órgãos, sendo que 5.820 foram provenientes de doadores falecidos e 1.606 de doadores vivos. Esses números são referentes a coração, fígado, pâncreas, pâncreas/rim, pulmão e rim. Em relação aos transplantes de tecidos (córnea, ossos e pele), ocorreram 38.522 procedimentos. No caso de transplantes de medula óssea, foram realizados 1.753, 1.123 dos quais autólogos e 630 alogênicos.

Em dezembro de 2012, a lista de espera por um órgão configurava-se da seguinte maneira:

Rim - 19.889
Fígado - 1.316
Coração - 211
Pulmão - 165
Pâncreas - 19
Pâncreas/Rim - 455
Córnea - 5.512

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

**Aproximando o profissional clínico
da geriatria e da gerontologia**

Na revista *Aptare* você vai encontrar:

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

Todo o conteúdo da *Aptare* e outras novidades do universo do envelhecimento estão disponíveis no site:

www.dinamoeditora.com.br

NOVA GERAÇÃO DE ESCOVA ELÉTRICA

Acaba de chegar ao Brasil a escova sônica da **CURAPROX** CHS 100. Desenvolvido por Ulrich P. Saxer, fundador da primeira escola de higienistas orais da Suíça e diretor do Centro de Profilaxia de Zurich (Prophylaxis Center Zurich), o produto possui tecnologia inédita denominada hidrossônica, por atingir uma velocidade de vibrações superior a 40 mil por minuto e provocar um turbilhonamento dos líquidos existentes na cavidade oral (água, saliva, creme dental) que favorece a desorganização da placa.

A escova é indicada para pacientes com implantes e próteses implanto-suportadas e pode ser um auxiliar efetivo para a prevenção das mucosites e peri-implantites.

PREVENINDO LESÕES DE PELE

Um total de 38 hospitais foi contemplado pelo Programa de Certificação em Prevenção de Lesões de Pele da empresa **3M**. Onze instituições receberam a certificação pela primeira vez, enquanto 27 outras foram recertificadas.

"Ainda é pouco se considerarmos o número de hospitais no Brasil e o atual perfil epidemiológico, que é o de pacientes com doenças crônico-degenerativas, consequência do envelhecimento populacional que vivemos", explica Maria Clara Nasimoto, responsável por serviços profissionais da 3M.

O Programa de Prevenção de Lesões de Pele da 3M foi criado para promover o conceito de cuidados preventivos de pele entre os hospitais. A iniciativa foi lançada em 2008, com o propósito de reconhecer os hospitais que consistentemente seguem as melhores práticas em prevenção de lesões de pele.

Para ser certificada, a instituição deve ter um protocolo para a manutenção da integridade cutânea, que inclui a prevenção de úlceras por pressão, dermatites associadas a incontinência, lesões por fricção (skin tears) e lesões por fricção decorrentes de adesivos de uso médico.

HOME DOCTOR CONQUISTA RECERTIFICAÇÃO EM NÍVEL DE EXCELÊNCIA PELA ONA

A **Home Doctor**, empresa especializada em atenção domiciliar, acaba de revalidar sua acreditação em Nível III pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). A instituição, que foi acreditada no mais alto nível de excelência no ano de 2009, passou pelo processo de recertificação, já que o selo é válido por três anos para as instituições acreditadas nesse nível.

As avaliações foram realizadas pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG), que analisou todos os processos da organização, de acordo com os padrões exigidos pela ONA, que contempla a certificação em três níveis: Nível I – Estrutura, Nível II – Processos e Nível III – Resultados.

O processo de acreditação é um método que as empresas de saúde utilizam para avaliar os serviços por ela prestados, visando uma gestão transparente e segura com foco na segurança do trabalho e, principalmente, na segurança do paciente.

NOVO MEDICAMENTO CONTRA DORES MODERADAS A SEVERAS

O **Aché Laboratórios** acaba de lançar Revange, uma associação de tramadol e paracetamol utilizada para combater dores moderadas a severas de caráter agudo, subagudo e crônico.

O medicamento apresenta, em dose fixa, rápida ação, longa duração, além de efeito analgésico multimodal eficaz e bem tolerado. Tem menor incidência de efeitos colaterais, como constipação e vômito, e maior tolerabilidade se comparado a associações semelhantes, como paracetamol e codeína.

Revange chega ao mercado em doses únicas, em embalagens de 10 e 20 comprimidos.

EDUCAÇÃO CONTINUADA EM NUTRIÇÃO

O laboratório **Abbott** deu início em abril ao ciclo 2013 do TNT (Total Nutrition Therapy) Geriatria. Trata-se de um curso de educação continuada, concebido por médicos para médicos, com o objetivo de promover a formação desses profissionais acerca da nutrição do idoso.

Durante cada curso, o corpo docente envolve participantes em várias atividades, interagindo com experiências práticas, incluindo seminários, estudos de caso e palestras sobre a nutrição do idoso. Estão previstos para este ano, além do curso inicial em São Paulo, mais sete cursos em diferentes localidades: Rio de Janeiro, Goiânia, Fortaleza, Sorocaba, Belém e Ribeirão Preto.

O curso dura dois dias, é gratuito e garante pontuação da Comissão Nacional deAcreditação (CNA). O conteúdo científico do curso foi desenvolvido pela European Union Geriatrics Medicine Society (EUGMS) e conta com o apoio da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia no Brasil.

Para saber mais: www.abbottbrasil.com.br

IAMSPE OFERECE CURSO GRATUITO A ACOMPANHANTES DE PACIENTES INTERNADOS

Acompanhantes de idosos internados no ambulatório de geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), na capital paulista, agora contam com um curso gratuito de cuidador para que possam cuidar dos pacientes em casa depois da alta. A iniciativa é do **Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual** (Iamspe), autarquia vinculada à Secretaria de Estado de Gestão Pública.

As aulas, ministradas pelas equipes de terapia ocupacional, fisioterapia, serviço social, psicologia, nutrição, fonoaudiologia e enfermagem, acontecem de terça a sexta-feira, com duração de uma hora por dia. O curso faz parte do Programa Integralidade, que atua junto à diretoria do hospital para desenvolver ações que promovam o melhor atendimento ao idoso em diferentes aspectos, como assistência médica multidisciplinar e apoio aos familiares. Após o curso, o cuidador recebe um certificado de conclusão.

O HSPE oferece ainda um manual virtual para cuidadores, que pode ser acessado pelo link: http://goo.gl/rsYB7

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

Entre em contato para orçamento e visita técnica gratuita.

Alphahealth 360
conhecer • compreender • cuidar

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

PROGRAME-SE :: cursos, congressos e simpósios

maio

II Congresso de Geriatria e Gerontologia do Espírito Santo
9 a 11 de maio • Centro de Convenções de Vitória, Vitória, ES •
www.sbgges.org.br

III Congresso do Instituto da Memória
10 e 11 de maio • Millenium Centro de Convenções, São Paulo, SP •
imemoria@meetingeventos.com.br

II Encontro de Enfermagem Gerontológica do Rio de Janeiro
16 de maio • Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF
www.sbggrj.org.br/enfermagemgerontologica/

Oficina Preparatória para a Semana Mundial de Prevenção de Quedas em Idosos
16 de maio • Centro de Referência do Idoso da Zona Norte, São Paulo, SP •
www.crinorte.org.br

Curso Total Nutrition Therapy (TNT) Geriatria - Abbott
17 e 18 de maio • Sheraton Porto Alegre Hotel, Porto Alegre, RS •
www.abbottbrasil.com.br

X Curso Intensivo "Alzheimer de A a Z – Principais Controvérsias na Doença de Alzheimer"
25 de maio • Hotel Pestana, Copacabana, Rio de Janeiro, RJ
www.sbggrj.org.br/alzheimer/

jun/jul

VII Congresso Norte-Nordeste de Geriatria e Gerontologia
6 a 8 de junho • Fábrica de Negócios, Hotel Praia Centro Fortaleza, CE •
geriatria2013@ikone.com.br

3º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano
13 a 15 de junho • Centro de Convenções Raymundo Asfóra, Campina Grande, PB •
www.uepb.edu.br

The 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics
23 a 27 de junho • Seul, Coreia do Sul •
www.iagg2013.org

9º Congresso Mundial de Cérebro, Comportamento e Emoções
26 a 29 de junho • Centro de Convenções Frei Caneca, São Paulo, SP •
www.wcbbe.com/index.php

I Jornada Interdisciplinar de Envelhecimento
29 de junho • Resende, RJ
www.sbggrj.org.br/eventos/

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

ago/set

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

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

CBNE – Congresso Brasileiro de Nutrição e Envelhecimento
5 a 7 de setembro • Hotel Plaza São Rafael, Porto Alegre, RS •
www.cbne2013.com.br

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

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

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

out/nov

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

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

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

Para divulgar seu evento, envie suas informações para: contato@dinamoeditora.com.br

Premier Hospital **Excelência** no Cuidado ao **Paciente Crônico**

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

PREMIER
HOSPITAL
MAIS Modelo de Atenção Integral à Saúde

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

Esta é a NOVA GERAÇÃO

MACAU MARKETING

Abril / 2013. Reg. MS nº: Baunilha, Chocolate e Banana pó 4.7432.0332; Morango pó 4.7432.0339; Baunilha e Chocolate líquido 4.7432.0326

Você já está se preparando para ela?
Se você se preocupa com sua saúde e quer chegar cada vez mais longe e cada vez melhor, saiba que uma nutrição completa e balanceada é essencial para ajudá-lo a atingir esse objetivo. **Ensure®** possui nutrientes na medida e nas proporções adequadas para contribuir com a sua saúde.

Tome essa atitude. Garanta o seu lugar na NOVA GERAÇÃO.

NUTRIÇÃO COMPLETA E BALANCEADA

Ensure®

- 14 vitaminas
- 14 minerais
- Cálcio
- Proteína de alto valor biológico
- Ômega 3 e 6
- Prebióticos

não contém glúten

195ML DE ÁGUA + 6

Abbott Center - Central de relacionamento com o Cliente
0800 7031050 www.abbottbrasil.com.br

Abbott
A Promise for Life