

FYI

UMA SELEÇÃO DE ESTUDOS
EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA



EM MOVIMENTO

IDEIAS E RECURSOS PARA
O PACIENTE E PARA O CUIDADOR

ONCOLOGIA

O IDOSO COM CÂNCER

ano III • edição 15
fevereiro/março 2015



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

REUMATOLOGIA

Artrite reumatoide no idoso

SBGG-SP

Cuidados de transição
pós-alta hospitalar

VACINAS

Veja como a vacinação pode ajudar na
prevenção de doenças no paciente idoso

Distribuição exclusiva
para a classe médica



Nutren® Senior

Nutrição para quem vive sua própria história

A ação sinérgica
**de proteína,
cálcio e vitamina D:**

- fortalece o músculo e a saúde óssea¹
- restaura a força e a energia²
- auxilia no bom estado nutricional³

*O único
que contém*



Cada porção de
Nutren® Senior (55 g) oferece:

480 mg
cálcio

20 g
proteína

440 UI
vitamina D

além de 26 vitaminas e minerais, 2,2 g de fibras e 0 g sacarose/100 mL

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



Nestlé Health Science
Where Nutrition becomes Therapy

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



6 Entrevista

Claudia Fló, coordenadora da Saúde do Idoso na SES-SP, fala sobre a importância do Selo Hospital Amigo do Idoso

10 FYI

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

12 Capa

Muito além da gripe: veja como a vacinação pode ser uma aliada na manutenção da saúde do idoso

18 SBGG-SP Hoje

Uma coluna da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-SP, com temas escolhidos a dedo

20 Oncologia

O idoso com câncer e a importância do trabalho conjunto do geriatra com o oncologista **Luiz Antonio Gil Jr.**

28 Reumatologia

Artrite reumatoide no idoso
Alessandra Barbosa Avelar Saramago

34 Em movimento

Ideias e recursos para o paciente e para o cuidador

36 Diferença

Cuidar de quem cuida: por que é importante estar atento ao cuidador do paciente de Alzheimer

40 Radar

Lançamentos e notícias do mercado de saúde

42 Calendário

Anote na agenda: simpósios, congressos e workshops



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

GERIATRIA

Editor clínico:

João Senger

Conselho editorial:

Claudia Burlá
Clineu de Mello Almada Filho
Cybelle Maria Costa Diniz
Eduardo Ferrioli
Elisa Franco de Assis Costa
Elizabete Viana de Freitas
Emilio Hideyuki Moriguchi
Eurico T. De Carvalho Filho
Fânia Cristina dos Santos
Hercílio Hoepfner Jr.
João Carlos Barbosa Machado
João Toniolo Neto
Julio César Moriguti
Matheus Papaléo Netto
Maurício de Miranda Ventura
Maysa Seabra Cendoroglo
Milton Luiz Gorzoni
Naira H. Salles de Lima Hojaj
Nereida Kilza da Costa Lima
Omar Jalul
Paulo Renato Canineu

Renato Gorga Bandeira de Mello
Renato Maia Guimarães
Renato Moraes Alves Fabbri
Renato Peixoto Veras
Roberto Dischinger Miranda
Rubens de Fraga Jr.
Sami Liberman
Vitor Last Pintarelli
Wilson Jacob Filho
Yukio Moriguchi

Colaboradores:

Alexandre Leopold Busse
Amanda Aranha
André Kayano
André Pernambuco
Berenice Werle
Bibiana Povinelli
Carlos André Uehara
Eduardo Canteiro Cruz
Felix Martiniano M. Filho
Ianna Lacerda Sampaio Braga
Lara Miguel Quirino Araújo
Lilian Faria
Lilian Schafirovits Morillo
Luciana Farias

Luiz Antonio Gil Jr.
Maise Kairalla
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
Jussara Rauth

Laura Mello Machado
Leani Souza Máximo Pereira
Leila Auxiliadora J. de Sant'Ana
Leonor Campos Mauad
Ligia Py
Maria Angelica S. Sanchez
Maria Claudia M. Borges
Mariela Besse
Marisa Accioly Domingues
Monica Rodrigues Perracini
Myrian Spinola Najas
Naira de Fátima Dutra Lemos
Rita de Cássia Guedes
Sabrina Michels Muchale
Sandra Regina Gomes
Sonia Lima Medeiros
Telma de Almeida B. Mendes
Tereza Bilton
Túlia Fernanda Meira Garcia
Valmari Cristina Aranha
Viviane Lemos Silva Fernandes
Wilson Jacob Filho
Zally P. Vasconcelos Queiroz

Aptare
REVISTA DE
GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Editorial

Lilian Liang

Projeto gráfico e direção de arte

Luciana Cury

Revisão

Patrícia Villas Bôas Cueva

Comercial

Debora Alves

Pré-impressão e impressão

Ipsis Gráfica
e Editora Ltda

Tiragem

12.500 exemplares

ISSN 2316-1434

Jornalista responsável

Lilian Liang (MTb 26.817)

Contatos

EDITORIAL:

Lilian Liang

lilian@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

(11) 9-8585-8356

COMERCIAL:

Debora Alves

debora@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição: Alessandra Barbosa Avelar Saramago, Christye Cantero, Luciana Rodriguez, Luiz Antonio Gil Jr. e Maisa Kairalla

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 Vieira de Morais, 1111 – conjunto 907
Campo Belo – 04617-002 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 2337-8763

E-mail: contato@dinamoeditora.com.br

A primeira vez



Uma coisa é falar nas páginas da revista sobre a importância de se olhar para o idoso de uma forma abrangente e atenta. Outra coisa é viver isso na prática e ver como essa atitude faz toda a diferença para o paciente.

No começo do ano, minha mãe teve sua primeira consulta com uma geriatra. Já faz alguns anos que tento convencê-la a visitar um, mas ela sempre se recusa, alegando “não ser idosa”. Agora, com 65 anos recém-completados, decidiu que não dava mais para adiar.

A consulta foi conduzida com delicadeza, paciência e atenção, e nunca vi minha mãe tão à vontade com um profissional médico (a não ser com sua ginecologista, que já a atende há anos). As perguntas foram feitas de maneira cuidadosa, e talvez esse cuidado tenha feito com que ela se sentisse confortável o suficiente para se mostrar vulnerável e dividir as preocupações que a afligiam. Mais do que isso, dona Alice se sentiu acolhida. A consulta levou inéditos 90 minutos – imagine conversar com um médico durante um jogo inteiro de futebol. Minha mãe nem percebeu o tempo passar e, na saída, comentou: “Não sabia que existiam médicos assim”.

A primeira vez de minha mãe num geriatra também foi minha primeira vez vendo esse profissional em ação. E faz uma diferença tremenda ter na sua frente alguém que entende as pe-

culiaridades dessa fase tão única que é o envelhecimento.

Sabemos, no entanto, que essa infelizmente não é a realidade para a maioria dos idosos no Brasil. Nem todos terão acesso a um geriatra – são pouco mais de mil profissionais para uma população de cerca de 25 milhões de idosos. É aqui que entra a revista *Aptare*: queremos que médicos de outras especialidades também tenham familiaridade com o envelhecimento, para que o paciente se sinta acolhido como dona Alice. É por isso que nos empenhamos, edição após edição, para trazer informações atualizadas e práticas para nossos leitores.

Nesse espírito de constante evolução, em 2015 teremos muitas novidades na *Aptare*. Duas delas estreiam já neste número: uma coluna fixa da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – São Paulo, encabeçada pela geriatra Maisa Kairalla, da Universidade Federal de São Paulo, e uma série sobre câncer no idoso, coordenada pelo geriatra Luiz Antonio Gil Jr., do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp). Uma de nossas responsabilidades como veículo de comunicação é estimular o diálogo entre profissionais. Acreditamos que essas parcerias nos ajudam nessa missão.

E, claro, as outras seções se mantêm, com o mesmo rigor científico e comprometimento jornalístico que temos cultivado

até aqui. Na matéria de capa desta edição, a repórter Luciana Rodriguez faz um panorama do papel das vacinas na saúde do idoso e como a adoção da vacinação pode representar uma mudança fundamental de foco: do tratamento das doenças para a manutenção da saúde. Em Diferença, a colaboradora Christye Cantero fala com especialistas sobre a importância de se olhar também para o cuidador familiar do paciente de Alzheimer – porque só é possível cuidar bem se estivermos bem.

Quis trazer no primeiro editorial de 2015 a primeira experiência de minha mãe com um geriatra por uma simples razão: porque muitas vezes basta um par de olhos frescos para enxergar coisas que acabam sendo engolidas pela rotina. Ficamos tão entretidos com a teoria de tudo que foi revigorante ver ali, na prática, a reação de minha mãe diante de um profissional bem preparado para atendê-la. São esses pequenos episódios que nos estimulam a renovar, ano após ano, o compromisso da *Aptare* de ajudar o médico a aprender mais sobre o envelhecimento.

Boa leitura!

Lilian Liang
Editora



Claudia Fló

Coordenadora da Área Técnica da Saúde do Idoso da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)

Um selo, muitas mudanças

Por **Lilian Liang**

Tudo caminhava conforme o planejado na vida da então professora de biologia Claudia Fló: casada, dois filhos, tinha uma carreira sólida num dos colégios mais tradicionais de São Paulo. A situação cômoda poderia se prolongar, mas, depois de anos ensinando alunos pouco interessados na matéria pela qual era apaixonada, Claudia viu que era hora de encarar uma mudança.

“Resolvi fazer algo na área de saúde. Sempre quis fazer medicina, mas naquele momento da vida, com dois filhos pequenos, seria impossível. Pensei em enfermagem, nutrição, até que uma prima sugeriu fisioterapia”, lembra.

Para saber mais sobre a carreira, Claudia foi até a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde a secretária emprestou o currículo com todas as disciplinas do curso de fisioterapia.

Claudia fez cópias para estudar melhor em casa e se despediu com um “Até o ano que vem!”. A secretária deu risada. No ano seguinte, lá estava Claudia, caloura do curso de fisioterapia. Sem cursinho, entrou em 22º lugar.

Foram quatro anos de período integral, fazendo malabarismo com a vida de estudante, esposa e mãe. Não demorou muito para enveredar pelos caminhos do envelhecimento. Trabalhando como voluntária no ambulatório de bronquiectasia e mucoviscidose de Geraldo Lorenzi Filho, professor da FMUSP e, hoje, diretor do laboratório do sono do Instituto do Coração (Incor), seu caminho cruzou o de Wilson Jacob Filho, professor titular de geriatria da mesma faculdade. “O ambulatório de mucoviscidose era depois do de geriatria e o dr. Wilson sempre me via chegando. Um dia ele me convidou para

uma reunião científica da geriatria. Comecei a participar e fui me envolvendo cada vez mais”, conta.

Sua carreira é marcada por passagens pela Universidade Cidade de São Paulo, onde foi supervisora de estágio na enfermaria de clínica médica (“Mas consegui levar os alunos para a geriatria durante metade do período. Não adianta, sempre vamos na direção daquilo por que somos apaixonadas”, brinca), e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – São Paulo (SBGG-SP), onde foi presidente do departamento de gerontologia. Hoje, ocupa o cargo de coordenadora da Área Técnica da Saúde do Idoso na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), liderando as ações do governo para esse público. Uma das ações mais especiais é o Selo Hospital Amigo do Idoso, que certifica hospitais que implementem ações vol-

tadas para pacientes com 60 anos ou mais. Em agosto, os 16 hospitais que aderiram à iniciativa no ano passado serão avaliados e, se aprovados, passarão para a próxima fase do projeto.

O trabalho na SES-SP nem sempre é fácil. “Acostumada a decidir as coisas sozinha, seguir todo um caminho burocrático às vezes é difícil! Tem sido um aprendizado”, diz.

Claudia acolhe as mudanças com disposição e bom humor. “Quando fiz 40 anos, me dei uma carta de alforria. Achei que aos 40 já tinha idade suficiente para não dar mais satisfações e passei a viver a vida mais leve”, diz. Agora, aos 58 anos, mantém a curiosidade e a vontade de ver as coisas acontecerem. Continua empenhada para proporcionar melhores condições de saúde para os idosos do estado de São Paulo. “Não estou advogando em causa própria, mas acho que

vai ser bom para todos, porque muitos vão se beneficiar com este programa”, diz.

Veja a seguir os principais trechos da entrevista.

Aptare – De onde veio a iniciativa do Selo Hospital Amigo do Idoso?

Claudia Fló – Tudo começa com a consultoria de Alexandre Kalache [*médico, pesquisador e presidente do International Longevity Center*], que a Marília Louvison [*professora doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo*], na ocasião coordenando a área do idoso na SES-SP, contratou. Kalache veio a São Paulo para ajudar a elaborar o programa “São Paulo Amigo do Idoso”, uma iniciativa estadual e intersetorial cujo foco era tornar os 645 municípios de São Paulo mais amigáveis aos idosos. O programa foi inaugurado em maio de 2012.

Por ser um programa intersecretarial, são 12 secretarias envolvidas. No início, cada secretaria ficou responsável por elencar o que seria possível fazer em sua área para contemplar os pilares do envelhecimento ativo. Nós, na Secretaria da Saúde, elegemos algumas prioridades: criação de centros de referência (AME Idoso); criação de hospitais de cuidados prolongados, que, embora

“

O objetivo do Selo [...] é incentivar e apoiar a qualificação geriátrica e gerontológica dos hospitais como referência assistencial que valoriza a autonomia dos idosos. ”

não sejam exclusivos para esse público, têm a maioria de seus pacientes com mais de 60 anos; promoção de educação continuada, através do curso de educação à distância; e desenvolvimento de uma linha de cuidado para idosos – uma espécie de fluxograma, que ajuda profissionais de saúde a definir o que deve ser feito antes e o que deve ser observado no paciente.

Dessa lista, algumas coisas já vêm sendo implementadas: duas unidades de cuidados prolongados, nas Santas Casas de Pedregulho e Ipuã; já foram realizadas duas edições do curso de educação à distância, que foram excelentes, com ótima adesão dos profissionais, especialmente assistentes sociais; a linha de cuidados começa a ser elaborada.

Estabeleceu-se também que cada secretaria teria ações

emblemáticas. A Secretaria do Turismo desenvolveu o programa “Melhor Viagem SP”, a Secretaria de Esporte, Lazer e Juventude lançou o programa “VidAtiva”, e assim por diante. Na Secretaria da Saúde nós optamos por certificar serviços de saúde com o selo “Amigo do Idoso”. A ideia é certificar qualquer serviço de saúde que atenda idosos, como ambulatorios, centros de diagnóstico e hospitais.

Foi assim que começamos a trabalhar no selo do Hospital Amigo do Idoso, que é uma forma de tornar todos os hospitais – sejam públicos, privados, fundações etc. – mais amigáveis ao idoso. Para isso, o hospital deve cumprir uma série de ações que, quando efetivadas, o levarão a categorias mais altas. O primeiro passo, que é a adesão, já foi tomado por 16 instituições do estado, entre eles o Insti-

tuto do Coração, o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, o Hospital de Vila Alpina, o Hospital Sírio-Libanês, o Hospital Israelita Albert Einstein, o Hospital das Clínicas de São Paulo, o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e o Hospital de Câncer de Barretos. Nessa lista há hospitais de todo tipo, desde fundação até público. Os representantes dessas instituições participaram de uma cerimônia com o secretário da Saúde para assinar o termo de adesão, no qual se comprometem a fazer ações voltadas para o público idoso.

Aptare – Como funciona o Selo Hospital Amigo do Idoso?

Claudia – Depois da assinatura do termo de adesão, o hospital deve implantar no prazo de um ano sete ações consideradas obrigatórias para a obtenção do Selo Inicial. Entre elas estão a implantação de um Comitê Gestor Local do projeto, a realização do diagnóstico com os idosos que frequentam o hospital e a inserção de ações voltadas ao idoso no planejamento do hospital. Depois disso, o hospital tem mais um ano para realizar as outras ações. E aí vai complicando, porque não basta fazer um plano, é preciso implementar.

Para a obtenção do selo

seguinte, que é o Intermediário, é preciso que a instituição cumpra ações como criar uma equipe assistencial de referência intra-hospitalar em saúde do idoso, com geriatria e equipe multidisciplinar, e criar condições para o cumprimento legal da presença do acompanhante no hospital, entre outras. Além disso, é necessária a realização de algumas ações eletivas, que podem ser escolhidas entre 24 itens divididos em três eixos: comunicação e informação; ambiente físico; e gestão do cuidado.

O Selo Pleno só pode ser obtido com o cumprimento da ação obrigatória, que é a repetição do diagnóstico com os idosos do hospital, para que eles avaliem se houve melhorias com as ações implantadas desde o termo de adesão. Além disso, o hospital deverá escolher três ações eletivas de cada eixo ainda não implantadas na unidade. Uma vez com Selo Pleno, o hospital é reavaliado a cada dois anos.

Aptare – Qual o intuito do selo?

Claudia – O objetivo do Selo Hospital Amigo do Idoso é incentivar e apoiar a qualificação geriátrica e gerontológica dos hospitais como referência assistencial que valoriza a autonomia e a inde-

“

O Brasil conta com ótimas leis, como o Estatuto do Idoso, mas falta o cumprimento delas.”

pendência dos idosos.

Queremos que haja uma mudança de mentalidade e processos nos hospitais e que desde o segurança que fica na porta até o diretor da instituição entendam que o idoso é diferente e, portanto, precisa de um olhar diferente. Nós imaginamos que, ao aderirem a esse movimento, os hospitais vão trabalhar para conseguir o selo inicial, depois o intermediário e por fim o pleno, e que, quando esse processo terminar, eles já tenham o olhar para o idoso permeado nos seus processos. Esse é o benefício.

Aptare – E como a iniciativa vem progredindo?

Claudia – A iniciativa não foi largamente divulgada no início porque queríamos avaliar como ela se desenvolveria. Assim, por serem os primeiros, esses 16 hospitais vêm, de certa forma, nos ajudando na construção e

nos ajustes do programa.

A resolução do Hospital Amigo do Idoso foi publicada no dia 17 de dezembro de 2013. Seu lançamento pelo governador Geraldo Alckmin foi oficializado em 9 de abril de 2014. No dia 15 de agosto do mesmo ano foram assinados os termos de adesão pelos participantes. Assim, em 15 de agosto deste ano termina o período de um ano que os hospitais que aderiram ao programa tinham para implementar os sete passos obrigatórios para a obtenção do selo inicial.

Ao final desses 12 meses, uma comissão formada especialmente para essa tarefa irá avaliar e conferir se as ações foram de fato colocadas em prática. Essa comissão tem representantes da Coordenadoria das Regiões de Saúde, da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, da Coordenadoria dos Ser-

viços de Saúde e do Comitê de Referência em Saúde do Idoso, ligado ao Gabinete do Secretário. Seu papel é ir até o hospital para verificar se as iniciativas estão acontecendo, conversar com as pessoas que estão frequentando o hospital etc. É um trabalho que tende a aumentar e ficar mais complicado à medida que mais hospitais decidam pleitear o selo Hospital Amigo do Idoso. Se todos os municípios do estado resolverem certificar um hospital, serão 645 hospitais. Tudo no estado de São Paulo tem proporções enormes, daí a importância de trabalhar de maneira coordenada.

Em agosto de 2015 vamos ver quem são os hospitais que passaram para o Selo Inicial e quem são os novos candidatos que assinarão o termo de adesão.

Aptare – Você acha que seria uma boa ideia tornar o selo obrigatório?

Claudia – Seria ótimo, mas há um problema: como obrigar qualquer serviço a fazer determinada ação se não há verba para isso? No selo Hospital Amigo da Criança, no qual em parte nos baseamos, há um benefício federal para isso. Não é o caso do Hospital Amigo do Idoso, dependemos de pessoas que abra-

cem a nossa causa.

Além disso, algumas ações programadas para a obtenção do selo já constam no Estatuto do Idoso. Por exemplo, “criar condições para que o acompanhante fique com o idoso”, uma das ações obrigatórias para a obtenção do selo intermediário, é lei. Então precisaria estar no programa? O Brasil conta com ótimas leis, como o Estatuto, mas falta o cumprimento delas.

Aptare – Que dificuldades os hospitais vêm apresentando?

Claudia – São dúvidas de ordem prática: se o hospital tem 12 andares, o prédio todo precisa ser acessível para o idoso? Nesses casos, é feita uma análise caso a caso. O que temos recomendado é que os lugares onde o idoso circula sejam acessíveis. Se nem todos os quartos são adaptados, que pelo menos um número determinado deles seja. E como fica em relação aos prédios? O HIAE e o HSL têm várias unidades, por exemplo. O que queremos é selar cada setor, tanto que no Complexo HC o Incor é um instituto, o Instituto Central é outro, o Icesp é outro. Acho que é uma forma mais fácil de implementar as ações do que tentar fazer no hospital inteiro de uma vez.

“

Precisamos lembrar [...] que a saúde do idoso deve ser uma prioridade e que vai nos custar caro, inclusive financeiramente, se não for encarada como tal. ”

Aptare – A saúde do idoso é uma prioridade para o governo?

Claudia – Nós precisamos lembrar constantemente que a saúde do idoso deve ser uma prioridade e que vai nos custar caro, inclusive financeiramente, se não for encarada como tal. Temos que trabalhar na prevenção, não dá para simplesmente ir levando. É nisso que eu insisto em relação aos centros de referência (AME Idoso): eles vão ser úteis nesse sentido. Eu espero conseguir inaugurar em breve os dois que já estão quase prontos: um na Vila Mariana e outro na Lapa. Nós nos baseamos nos dois já existentes (Norte e Leste) para planejarmos esses dois e os próximos que virão. Estamos pensando em sustentabilidade nos que serão construídos: muita luz natural, telhado verde, reúso de água no que for possível. Pensando no conforto daqueles que vão usufruir do

serviço, todos os ambientes serão climatizados.

Aptare – Como está sendo sua experiência na Secretaria da Saúde?

Claudia – Quando estamos de fora, achamos que ninguém do serviço público trabalha. Pensamos que é cabide de emprego, com gente que tem salários astronômicos e não faz nada. Por isso, para mim foi uma surpresa imensa conhecer e conviver com as pessoas aqui dentro: a grande maioria está interessada em fazer as coisas direito. Só que o serviço público é extremamente amarrado e pesado. Não é difícil pensar em soluções, mas chegar lá... Não sei como as coisas poderiam ser feitas de forma diferente, e isso acaba sendo um pouco frustrante.

Aptare – Você acha que o idoso vai ter melhor atendimento num hospital selado?

Claudia – Eu sou otimista, então espero que sim. Agora

precisamos pensar nos próximos passos. Será que serviços como laboratórios de análises clínicas ou laboratórios de imagem não poderiam receber o selo também, já que eles atendem uma grande quantidade de idosos? Estamos com a ideia de seguir por esse caminho, mas acho que precisamos esperar que o Hospital Amigo do Idoso se fortaleça antes de partirmos para outras iniciativas.

Aptare – O que a assusta no envelhecimento?

Claudia – A parte econômica do país é o que mais me preocupa. Cada vez mais pessoas, que antes tinham condições de ter saúde suplementar, estão se tornando usuárias do SUS. Enquanto eu puder, vou militar no sentido de dar maior atenção à saúde dos idosos. Com a criação dos AME Idoso estou certa de que vamos melhorar muito a saúde dessa população. Estou com 58 anos, observando meu próprio envelhecimento. Gostaria de ter uma morte súbita, como meu pai, que trabalhou até o último dia. Não gostaria de ficar dependente de alguém. Acho que isso é um fantasma para todo mundo.

AVALIAÇÃO E GESTÃO DO RISCO DE FRATURAS EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON



A doença de Parkinson (DP) é associada a um aumento substancial do risco de fratura, particularmente do quadril, que pode ocorrer de forma relativamente precoce no curso da doença. Apesar disso, as diretrizes clínicas norte-americanas atuais para DP não conseguem abordar a avaliação do risco de fratura ou a gestão da saúde óssea de maneira adequada.

O objetivo do estudo publicado na revista *Age and Ageing* de janeiro é avaliar as evidências que apoiam o gerenciamento da saúde óssea em DP e propor um algoritmo específico para DP para a avaliação do risco de fratura e o gerenciamento da saúde óssea em pacientes com DP e distúrbios do movimento relacionados.

O algoritmo considera (i) substituição e manutenção do cálcio e da vitamina D, (ii) quantificação de quedas e fraturas anteriores, (iii) cálculo de riscos de osteoporose e fratura de quadril em dez anos usando Qfracture, (iv) aplicação de limites de risco de fratura, que determina que se o risco de fratura é alto (v) leva ao tratamento antirreabsorção, com ou sem dupla absorciometria de raios-X; e se o risco for baixo (vi) pede reavaliação com FRAX e aplicação das orientações do Grupo de Diretrizes Nacionais de Osteoporose. Uma gama de agentes antirreabsorptivos está agora disponível para tratar a osteoporose. Os pesquisadores fizeram uma revisão de sua utilização a partir da perspectiva específica de um clínico gerenciando uma população de pacientes com DP. O estudo conclui que a base de evidência atual apoia a atualização de orientações globais no gerenciamento de DP, que atualmente falha na abordagem adequada da saúde óssea.

FATORES DE RISCO PARA LESÕES DECORRENTES DE QUEDAS EM AMBIENTES INTERNOS EM MULHERES IDOSAS RESIDENTES NA COMUNIDADE: UM ESTUDO PROSPECTIVO DE COORTE



Os objetivos do estudo publicado no periódico *Archives of Gerontology and Geriatrics* de janeiro foram: explorar as características e os potenciais fatores de risco para lesões decorrentes de queda em ambientes internos em mulheres idosas residentes na comunidade; e fornecer evidência para a estratégia de intervenção futura.

A coorte prospectiva de 3.043 mulheres com 60 anos ou mais em três municípios selecionados em Xangai foi acompanhada nos resultados das lesões decorrentes de queda em ambiente interno até um ano. Os dados demográficos e de saúde foram coletados durante a internação; a funcionalidade física, a capacidade de equilíbrio e o am-

ambiente residencial foram avaliados por um questionário estruturado aplicado na internação. O resultado da lesão decorrente de queda em ambiente interno foi investigado por visita após a pesquisa de base em 3 meses, 6 meses e 12 meses. Foram utilizados a análise univariada e o modelo de regressão logística múltipla para examinar as associações entre potenciais fatores de risco e os resultados das lesões decorrentes de queda em ambiente interior. Do total de mulheres, 231 (7,6%) eventualmente sofreram lesões pelo menos uma vez durante os 12 meses de acompanhamento.

As quedas que levaram à lesão foram significativamente associadas a idade, escolaridade, estado civil, condição de saúde, capacidade de equilíbrio, atividade física e ambiente residencial nas análises univariadas. Mulheres que se preocupavam com quedas e evitaram atividades por causa disso eram mais propensas a sofrer lesões decorrentes de queda. As mulheres mais jovens, com menos doenças crônicas, boa capacidade de equilíbrio e em bom ambiente eram menos propensas a ter lesão por queda nas análises de regressão logística múltipla. Fatores multidimensionais foram associados com lesões decorrentes de queda em ambientes internos para mulheres idosas residentes na comunidade. O tratamento clínico adequado de doenças crônicas e a melhoria da capacidade de equilíbrio das mulheres, bem como a redução do fator de risco de ambiente interno, que desempenhará um papel vital na prevenção de lesões por queda, devem ser priorizados para a estratégia de intervenção.

FATORES QUE INFLUENCIAM A PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS EM ILPIs: UM ESTUDO QUALITATIVO EM PROFUNDIDADE



A compreensão de fatores que influenciam a prescrição de antibióticos é fundamental no desenvolvimento de intervenções destinadas a um uso mais racional de tais medicamentos. Esse estudo, publicado no *BMC Geriatrics* em dezembro de 2014, examinou os fatores que influenciam a prescrição de antibióticos em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) e apresentou um modelo conceitual que integra esses fatores.

Entrevistas qualitativas semiestruturadas foram realizadas com os médicos (n = 13) e com a equipe de enfermagem (n = 13) em cinco asilos e dois residenciais na região centro-oeste dos Países Baixos. Uma análise iterativa foi aplicada nas entrevistas com os médicos para identificar e categorizar os fatores que influenciam a prescrição de antibióticos e para integrar tais fatores em um modelo conceitual. Esse modelo foi triangulado com perspectivas da equipe de enfermagem.

A análise resultou na identificação de seis categorias de fatores que podem influenciar a decisão de prescrição de antibióticos: situação clínica, diretivas antecipadas de vontade, utilização de recursos de

diagnóstico, riscos percebidos pelos médicos, influência de outros e influência do meio ambiente. Cada categoria inclui vários fatores que podem influenciar a decisão de prescrever ou não antibióticos diretamente (por exemplo, pressão da família dos pacientes levando à prescrição de antibióticos) ou indiretamente, através da influência de outros fatores (como falta de familiaridade com os pacientes, resultando em uma percepção mais elevada de risco de não tratamento do médico, levando a uma maior tendência para prescrever antibióticos).

O estudo mostra que vários fatores não racionais podem afetar a decisão de prescrever um antibiótico em ILPIs. Foi desenvolvido um modelo conceitual que integra as categorias identificadas de fatores influenciadores e mostra as relações entre essas categorias. Esse modelo pode ser usado como uma ferramenta prática em ILPIs para identificar fatores locais que podem levar à prescrição inadequada, e, posteriormente, para intervir ao nível desses fatores para promover a prescrição de antibióticos adequados.

A CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA É UM PREDITOR DE MORTALIDADE EM NONAGENÁRIOS? O ESTUDO DE VITALIDADE 90+



As desigualdades socioeconômicas na mortalidade são bem conhecidas em adultos de meia-idade e mais jovens, mas a situação dos idosos mais velhos é menos clara. O objetivo desse estudo, publicado no periódico *Age and Ageing* de janeiro, foi investigar as desigualdades socioeconômicas para mortalidade por todas as causas, por doenças cardiovasculares e por demência entre pessoas com 90 anos ou mais.

A fonte de dados foi um questionário enviado por correio no estudo Vitalidade 90+ (n = 1.276) em 2010. Toda a coorte de pessoas com 90 anos ou mais foi convidada a participar, independentemente do estado de saúde ou local de habitação em uma área geográfica. A taxa de participação foi de 79%. O nível socioeconômico foi medido pela ocupação e educação; o estado de saúde foi medido pela funcionalidade e comorbidade. A mortalidade por todas as causas e por causa específica foi acompanhada por três anos. Foi aplicada a regressão de Cox, com taxas de risco (HR) e intervalos de 95% de confiança (IC).

A mortalidade por todas as causas e a mortalidade por demência diferiram por classe ocupacional. Trabalhadores não manuais em cargos mais altos apresentaram menor mortalidade por qualquer causa do que trabalhadores não manuais em cargos menores (HR: 1,61; IC 95%: 1,11-2,32), trabalhadores manuais qualificados (HR: 1,56 IC 95%: 1,09-2,25), operários não qualificados (HR: 1,88; IC 95%: 1,20-2,94), donas de casa (HR: 1,77 95% CI: 1,15-2,71) e aqueles com ocupação desconhecida (HR: 2,33; IC 95%: 1,41-3,85). As desigualdades em mortalidade por todas as causas foram em grande parte explicadas pelas diferenças em funcionalidade. A situação foi semelhante

no quesito educação, mas as desigualdades não foram estatisticamente significativas. As diferenças socioeconômicas na mortalidade cardiovascular não foram significativas.

O estudo conclui que as desigualdades socioeconômicas persistem na mortalidade de idosos com 90 anos ou mais, mas sua magnitude varia de acordo com a causa da morte e o indicador de status socioeconômico. As diferenças de mortalidade são explicadas principalmente por diferenças de status funcional.

A EDUCAÇÃO EM GERIATRIA ESTÁ ASSOCIADA A ATITUDES POSITIVAS EM RELAÇÃO A PESSOAS MAIS VELHAS EM RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO



O número de idosos está crescendo rapidamente na Turquia. Nesse contexto, os residentes de medicina interna e especialistas têm contato mais frequente com idosos. Por causa disso, o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde em relação às pessoas mais velhas ganham cada vez mais importância. Estudos que investigam especificamente as atitudes dos residentes de medicina interna em relação a idosos são escassos. O objetivo desse estudo, publicado no *Archives of Gerontology and Geriatrics* de janeiro, foi investigar as atitudes dos residentes de medicina interna em relação às pessoas mais velhas.

Esse estudo multicêntrico, transversal foi realizado nas clínicas de medicina interna dos hospitais estaduais de seis universidades que oferecem educação em cuidados geriátricos. Todos os residentes de medicina interna que trabalham nesses hospitais foram convidados a participar de um estudo-questionário entre março e dezembro de 2013. Foram coletados os seguintes dados dos participantes: idade, sexo, tempo de residência de medicina interna, existência de parentes com mais de 65 anos, história do curso de geriatria na escola de medicina, estágio em geriatria na residência de medicina interna e visitas a casas de repouso.

Um total de 274 (82,3%) residentes participou do estudo, e 83,6% deles tinham atitudes positivas em relação a idosos. Um estágio em geriatria durante a residência de medicina interna foi o único fator independente associado com atitudes positivas para os idosos nessa análise multivariada. Um curso de geriatria durante o curso médico foi associado com atitudes positivas na análise univariada, mas apenas tendia a ser assim na análise multivariada.

Um estágio em geriatria durante a residência de medicina interna foi independentemente associado com atitudes positivas em relação a idosos. A generalização da educação em geriatria nos países em desenvolvimento pode se traduzir em uma melhor compreensão e melhoria dos cuidados para pacientes idosos.

Um estágio em geriatria durante a residência de medicina interna foi independentemente associado com atitudes positivas em relação a idosos. A generalização da educação em geriatria nos países em desenvolvimento pode se traduzir em uma melhor compreensão e melhoria dos cuidados para pacientes idosos.

Muito além da gripe

Mais suscetíveis a doenças, os idosos também podem ser beneficiados por vacinas. Confira a seguir as recomendações e os alertas dos especialistas sobre a vacinação nesse grupo de pacientes

Por **Luciana Rodriguez**

A vacinação de idosos pode ocorrer em duas diferentes situações: nas campanhas anuais de vacinação contra a influenza (gripe), promovidas pelo Ministério da Saúde; e em casos de vulnerabilidade, em que é fundamental o papel dos médicos para orientar esses pacientes sobre a necessidade de algumas vacinas para prevenção de doenças que podem ter grande impacto em suas vidas.

Desde 1999, quando foi lançada a campanha do Ministério da Saúde, o Brasil vacina todos os anos os idosos contra a influenza de maneira gratuita. Além da vacina contra gripe, as outras vacinas indicadas para idosos, sobretudo aqueles em situações de maior risco, são: as vacinas pneumocócicas (13 e 23 valente), que protegem de infecções causadas pelo pneumococo; a hepatite B, que no idoso pode evoluir de forma mais grave; a febre amarela, que é indicada somente em algumas regiões do país ou para viajantes; e a tríplice (tipo adulto), que protege contra difteria, coqueluche e tétano. São ainda recomendadas vacinas contra herpes-zóster e hepatite A.

Em 1973 foi criado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde, que desde 1975 coordena as atividades de imunizações em nosso país. A legislação específica sobre imunizações e vigilância epidemiológica (Lei 6.259 e decreto 78.231) deu ênfase às atividades de vacinação e contribuiu



para fortalecer institucionalmente o PNI, que atualmente é parte integrante do Programa de Imunização da Organização Mundial de Saúde (OMS). No entanto, ainda há muito a fazer. Culturalmente, tanto no Brasil como em muitos outros lugares, ainda não existe a conscientização quanto à importância da vacinação em outras faixas etárias.

De acordo com Renato Kfour, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), o conceito de vacinação fora da pediatria é relativamente novo.

“Trabalhamos algumas décadas com grande preocupação em relação à imunização em crianças, pois as doenças infecciosas representavam um grande problema em termos de mortalidade infantil. Eram comuns os óbitos por paralisia, sarampo, coqueluche, entre outras doenças”, lembra. “Com o advento das imunizações e com a queda da taxa de mortalidade infantil, as atenções começaram a se voltar para a imunização em outros grupos de pacientes. Atualmente tornou-se mais frequente falar em vacinação no adulto e em grupos específicos, como gestantes, viajantes, trabalhadores e idosos. Depois do intenso trabalho na pediatria, o idoso foi o primeiro grupo alvo de imunização, com a vacina da gripe. Entretanto, a adesão desse grupo às vacinas de modo geral ainda é muito pequena.”

Kfour ressalta que o conceito de que vacinas são apenas para crianças está fortemente enraizado em muitos países. Por isso, é preciso um intenso trabalho não apenas para instruir o profissional de saúde sobre a importância da imunização em todas as faixas etárias, mas também para orientar a população sobre seus benefícios.

“Geralmente os adultos nem sabem onde está sua carteira de vacinação e acham que já receberam todas as vacinas necessárias para a vida toda quando crianças. Existe também um problema relacionado à formação dos profissionais da saúde. O tema vacinação não faz parte do currículo de outros profissionais, senão de pediatras. Como resultado, temos diversos especialistas deixando de recomendar vacinas que poderiam trazer grandes benefícios para diversos pacientes, inclusive prevenindo doenças que podem ter um impacto muito ruim tanto em relação à qualidade de vida quanto à mortalidade”, explica.

O professor adjunto de geriatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp) João Toniolo Neto conta que participou recentemente de um simpósio em que foram apresentados novos dados sobre a adesão do paciente adulto às vacinas. As informações serão publicadas em breve, mas o geriatra adianta que o cenário tem melhorado, embora ainda existam grandes desafios.

“Já que a abordagem das vacinas não fez parte da formação de muitos profissionais, existe uma dificuldade muito maior em fazer com que eles se lembrem delas. Ademais, existe a

questão do tempo de consulta, que muitas vezes é bastante limitado. Dessa forma, o reumatologista está mais preocupado com a dor, o cardiologista com o colesterol, o endocrinologista com o diabetes, e assim por diante – não resta tempo para o assunto vacina. Todavia, uma pesquisa recente avaliou as especialidades que mais indicam a vacina para o adulto e observou uma evolução nesse sentido. Entre os principais prescritores apareceram, na sequência, o infectologista, o pneumologista, o geriatra e o cardiologista”, afirma. “Quanto aos pacientes, a adesão às vacinas, quando há recomendação por parte do médico, é muito boa. É parecida, inclusive, com a adesão a um medicamento prescrito, por exemplo. O grande desafio, portanto, é oferecer ao médico uma educação continuada que conscientize sobre a importância de indicar e prescrever as vacinas para essa faixa etária.”

Nesse sentido, Kfour comenta o intenso trabalho que a SBIIm tem realizado junto com outras sociedades médicas, promovendo consensos de imunizações com recomendações específicas de vacinação para diferentes grupos de pacientes. “Foram realizados consensos de vacinas voltados para ginecologia, pneumologia e reumatologia. Em breve haverá também um material específico para alergologistas e cardiologistas. No caso do idoso, a parceria foi com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), que trabalha fortemente a questão da vacina, especialmente por causa de gripe e pneumonia. É na geriatria que temos alcançado os melhores resultados depois da pediatria”, informa.

A médica infectologista do Hospital e Maternidade Santa Joana e da Maternidade Pró-Matre Paulista Rosana Richtmann acrescenta que, especificamente sobre a vacina da gripe, a adesão do idoso é tradicionalmente muito boa, visto que essa população sempre esteve incluída nas campanhas de vacinação. “A cobertura vacinal do idoso varia a cada ano, mas sempre acima dos 85%, o que é considerado muito bom.” Rosana, que também é infectologista do Instituto Emílio Ribas e do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, ressalta que uma população bem protegida terá melhor condição clínica e qualidade de vida. “Já está demonstrado que a população que se vacina apresenta menor risco de morte devido ao vírus influenza e a suas consequências”, relata.

Por que vacinar?

Segundo Analíria Pimentel, professora adjunta de doenças infecciosas e parasitárias da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (UPE) e do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, “à medida que envelhecemos, o nosso sistema imunológico também envelhece. A memória das doenças que tivemos ao longo de nossa existência e foram captadas e guardadas pelas células do sistema imune não existe

mais ou encontra-se pouco expressiva no que se refere a proteção. Portanto, esse novo momento da vida também precisa de cuidados especiais na prevenção de doenças”.

Ela continua: “Ao nascer, a criança herda de sua mãe a memória das doenças adquiridas por ela. Após dois meses de vida extrauterina, essa proteção vai diminuindo e ela passa a adquiri-la novamente pela imunidade natural ou através de vacinas. O idoso, mesmo que por mecanismos diferentes, também vai perdendo sua memória e por isso necessita de proteção para que, ao ter contato com alguns vírus e/ou bactérias num segundo momento, não haja complicação”.

Analíria ressalta que a antiga ideia de que doenças adquiridas durante a infância não se repetiam na idade adulta já está ultrapassada. “Hoje em dia, a mudança epidemiológica tem evidenciado que podemos ter outra vez uma mesma doença, de forma clínica variada, às vezes modificada e com complicações bem mais severas no idoso. Sarampo, varicela e coqueluche são exemplos disso. Temos grande responsabilidade na disseminação de todas essas doenças, e recentemente temos percebido esse problema de forma significativa com a coqueluche”, frisa.

Vale lembrar que é bastante comum o contato de avôs com seus netos, e que muitas vezes esse contato é diário. Analíria acrescenta que os adultos são a principal fonte de infecção de coqueluche para o recém-nascido e para crianças menores que ainda não começaram ou completaram seus esquemas de vacinação.

“Essa doença vem preocupando a saúde pública mundial pelo número de casos crescente com maior morbimortalidade em menores de 6 meses de vida. Como estratégia para conter esse panorama, vários esquemas de vacinação e público-alvo têm sido estudados. Um consenso da OMS, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e de outros órgãos competentes vem indicando a vacinação de coqueluche para todas as faixas etárias, tanto como reforço quanto iniciando esquema junto à prevenção para difteria e tétano, principalmente na gestante e naqueles que têm contato com recém-nascidos, profissionais de saúde e cuidadores de crianças e idosos. O Ministério da Saúde brasileiro começou em novembro de 2014 a vacinar grávidas a partir da 27ª semana de gestação, como medida de proteção para os menores de 2 meses de vida e para os profissionais de saúde que trabalham em berçários”, conta.

Impacto nas taxas de mortalidade e na qualidade de vida

Outro importante aspecto salientado por Kfoury foi o aumento da expectativa de vida do brasileiro e a necessidade de ampliar a atenção em relação a esse grupo, cada vez mais expressivo em nosso país. “Hoje as oportunidades de prevenção de doenças infecciosas através da vacinação são uma realidade.

“

O grande desafio [...] é oferecer ao médico uma educação continuada que conscientize sobre a importância de indicar e prescrever as vacinas para os idosos. ”

Doenças como pneumonia, coqueluche, hepatite, herpes-zóster e gripe podem ser evitadas. Com o envelhecimento da população, precisamos valorizar a prevenção dessas doenças para uma melhor qualidade de vida”, alerta.

O vice-presidente da SBIm salientou ainda que em doenças com maior repercussão no idoso, como pneumonias e gripes que podem repercutir no corpo todo, as vacinas podem ser imprescindíveis, inclusive levando à redução das taxas de mortalidade. “Gripe e pneumonia são doenças extremamente comuns em indivíduos acima de 60 anos e de maior gravidade quando comparadas com adultos não idosos. Essas doenças infecciosas são fatores que acabam descompensando o organismo do idoso e levam a um agravamento de doenças crônicas comuns em idades mais avançadas, como hipertensão, problemas de tireoide, cardiopatias, diabetes, entre outros problemas. Sendo assim, a vacina impacta diretamente na mortalidade”, explica. “Em outras situações o benefício da imunização está mais relacionado com a qualidade de vida do paciente. O herpes-zóster, por exemplo, é uma doença extremamente dolorosa, que gera uma série de limitações. O indivíduo que adquire essa doença muitas vezes apresenta dor crônica durante meses, algumas vezes associada a um quadro de depressão, e não consegue desenvolver suas atividades rotineiras.”

O professor da Unifesp João Toniolo Neto frisa também a questão da importância da vacina, principalmente contra gripe e pneumonia, devido à grande morbimortalidade no idoso. “As campanhas de vacinação com boa adesão refletem em menos complicações, tanto em relação à necessidade de internação hospitalar quanto à mortalidade. Dados nesse sentido têm sido coletados progressivamente e, sem dúvida, houve uma evolução nos últimos anos. A prevenção de doenças debilitantes é muito importante no que se refere à qualidade de vida. Um idoso com um quadro de gripe geralmente é hospitalizado e obviamente ficará mais debilitado, com capacidade para ativi-

MSD

dades reduzida e sujeito a outras complicações relacionadas à sua mobilidade. Evitar o quadro de dor intensa do herpes-zóster nesses indivíduos também representa um grande ganho. Portanto, as vacinas têm um papel de prevenir a morbidade e a mortalidade e de melhorar a qualidade de vida em faixas etárias mais elevadas”, conclui.

Benefícios x eventos adversos

Para a presidente da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), Isabella Ballalai, os eventos adversos das vacinas não são uma grande preocupação, visto que são semelhantes aos de qualquer outra faixa etária. “As vacinas são muito seguras e foram amplamente estudadas tanto em termos de eficácia quanto de segurança”, explica.

Os eventos adversos no idoso são os mesmos relatados em crianças e outros adultos: reações locais, braços doloridos, vermelhidão, inchaço ou reações gerais como febre, mal-estar, dor muscular e dor de cabeça. Segundo Kfoury, a vacina da febre amarela é a única mais preocupante, pois pode ter efeitos colaterais mais graves em idosos que estão recebendo a vacina pela primeira vez, se comparados com indivíduos mais jovens.

Especificamente em relação à vacina da gripe, Toniolo lembra que a desinformação gerou muitas controvérsias. “As pessoas confundem gripe com resfriado. Gripe é a influenza, que é um vírus único que desencadeia um quadro muito mais parecido com dengue do que com resfriado: dor no corpo, febre alta e mal-estar. O que muitas vezes ocorre é que a vacinação é aplicada no inverno, período em que existem mais de 100 tipos de vírus do resfriado em circulação, daí o indivíduo fica resfriado e erroneamente acredita que se trata de uma reação à vacina. Outra situação que pode acontecer é a pessoa adquirir o vírus da gripe antes da ação de proteção da vacina, que leva alguns dias e, portanto, ele ainda não estava imune. Existe também uma terceira possibilidade: a vacina nunca ocasiona gripe, mas

sua abrangência é em torno de 70% a 75% dos tipos de vírus. Ou seja, com as constantes mutações virais, a vacina pode não proteger contra cerca de 25% dos vírus. É a situação que estamos acompanhando recentemente em Nova York, nos Estados Unidos”, pontua.

Consenso, calendário e guia de vacinação

Isabella ressaltou que a SBIIm tem comissões científicas para a elaboração dos calendários de vacinação e consensos. “Nossos especialistas desenvolvem um trabalho conjunto com profissionais de outras áreas com o objetivo de definir as melhores recomendações para cada grupo específico de paciente. No caso dos idosos, a criação dos consensos ajuda a divulgar e orientar especialistas geriatras, cardiologistas, reumatologistas, pneumologistas, entre outros, sobre a importância da imunização nessa faixa etária, que é tão expressiva e crescente no Brasil. Além disso, hoje, a qualidade de vida é uma das grandes preocupações quando se aborda o envelhecimento, e as vacinas têm um papel muito importante nesse sentido. As doenças infecciosas, por causa da imunossenescência, representam um maior risco para esses pacientes. A taxa de mortalidade dos idosos é maior especialmente no que se refere a gripe e doenças pneumocócicas, quando comparada com o adulto não idoso. O herpes-zóster, doença que pode causar dor crônica, principalmente em idosos, tem uma incidência crescente a partir dos 50 anos, a ponto de, nos Estados Unidos, atingir cerca de 50% dos maiores de 80 anos”, relata.

A presidente da SBIIm lembra também que hoje, de modo geral, tem crescido o interesse pela vacinação no adulto e que, inclusive, já existe o calendário de vacinação específico do idoso. Além disso, a SBIIm, junto com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), elaborou o guia de vacinação do idoso com o intuito de melhorar a prática médica diária e a saúde do idoso (*ver boxe*).

GUIA DE VACINAÇÃO

A Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), sob coordenação científica de Isabella Ballalai e da geriatra Priscila Gaeta Baptista, com participação de especialistas de ambas as sociedades, desenvolveram o Guia de Vacinação em Geriatria.

O guia possui três tópicos principais: vacinas, especificidades e indicações; imunobiológicos disponíveis nos centros de referência para imunobiológicos especiais; e o calendário de vacinação do idoso. Dentro do primeiro tema os autores abordaram as vacinas contra influenza; doenças pneumocócicas; herpes-zóster; difteria,

tétano e coqueluche; hepatite A hepatite B; febre amarela; meningocócica conjugada e tríplice viral.

Já na seção de imunobiológicos foram ressaltados os temas: vacina inativada poliomielite; vacina hepatite B e imunoglobulina humana anti-hepatite B; vacina hepatite A; vacina varicela e imunoglobulina humana antivariçela zóster; imunoglobulina humana antirrábica; vacina influenza inativada; vacina *Haemophilus influenzae* do tipo b; imunoglobulina humana antitetânica; vacina meningocócica C conjugada.

O principal objetivo do guia, para a SBIIm e a SBGG, é apresentar as diferentes vacinas do calendário do idoso, de maneira resumida e objetiva, para que o geriatra e o clínico geral possam consultá-lo no dia a dia do consultório e/ou ambulatório.

Addera D₃

colecalfiferol (vitamina D₃)

A VITAMINA D DA NOVA ERA

O NOVO CONCEITO NO TRATAMENTO DA HIPOVITAMINOSE D



LANÇAMENTO
APRESENTAÇÃO
EXCLUSIVA

Gotas

*Sem Sabor*¹

*Sem Açúcar*¹

Posologia¹

6 Gotas = 800 UI
8 Gotas = 1.000 UI

Excipientes: acetato de racealfatocoferol, triglicerídeos de ácido cáprico/caprílico.¹

1.000 UI
30 comprimidos

7.000 UI
4 comprimidos

50.000 UI
4 comprimidos

ADDERA D₃. INDICAÇÕES: Tratamento auxiliar da desmineralização óssea pré e pós-menopausa, do raquitismo, da osteomalácia, da osteoporose e na prevenção de quedas e fraturas em idosos com deficiência de vitamina D. **Contraindicações:** Este medicamento não deve ser utilizado em pacientes que apresentam hipersensibilidade aos componentes da fórmula. É contraindicado também em pacientes que apresentam hipervitaminose D, elevadas taxas de cálcio ou fosfato na corrente sanguínea e também em casos de má-formação nos ossos. **PRECAUÇÕES:** Em pacientes com arteriosclerose, insuficiência cardíaca, hiperfosfatemia e insuficiência renal, deve ser avaliado o risco/benefício da administração da vitamina D. Em caso de hipervitaminose D, recomenda-se administrar dieta com baixa quantidade de cálcio, grandes quantidades de líquidos e, se necessário, glicocorticóides. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O uso concomitante de ADDERA D₃ e fármacos que contêm magnésio pode resultar em hipermagnesemia. Não se recomenda o uso simultâneo de vitamina D e calcifediol, devido ao aumento do potencial tóxico. O uso associado a preparações com cálcio em doses elevadas ou diuréticos tiazídicos aumenta o risco de hipercalcemia e o uso com fósforo, também em doses elevadas, aumenta o potencial de risco de hiperfosfatemia. **REAÇÕES ADVERSAS:** A vitamina D quando ingerida em quantidade excessiva pode ser tóxica. Doses diárias de 10.000U.I. a 20.000U.I. em crianças e 60.000U.I. em adultos podem provocar sintomas tóxicos como hipercalcemia, além de vômitos, dores abdominais, sede em demasia, urina em excesso, diarreia e eventual desidratação. **POSOLOGIA:** A dosagem varia em uma faixa terapêutica, entre 1.000 a 50.000UI, dependendo da patologia e do nível sérico de vitamina D. **SEMPRE A CRITÉRIO MÉDICO**, levando-se em conta os dados de Eficácia e Segurança. MS 1.7817.0028. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Janeiro/2015. Referência Bibliográfica: 1. Bula do produto: Addera D₃.

CONTRAINDICAÇÕES: ESTE MEDICAMENTO NÃO DEVE SER UTILIZADO EM PACIENTES QUE APRESENTAM HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. É CONTRAINDICADO TAMBÉM EM PACIENTES QUE APRESENTAM HIPERVITAMINOSE D, ELEVADAS TAXAS DE CÁLCIO OU FOSFATO NA CORRENTE SANGÜÍNEA E TAMBÉM EM CASOS DE MÁ-FORMAÇÃO NOS OSSOS. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** ANTIÁCIDOS CONTENDO MAGNÉSIO, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS E CALCIFEDIOL.

ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR
080077-17017 LIGAÇÃO GRATUITA

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Mantecorp
Farmasa

Cuidados de transição pós-alta

Por **Maisa Kairalla***

Os cuidados de transição pós-alta hospitalar têm por objetivo promover uma melhor assistência aos pacientes, proporcionando maior segurança, melhor qualidade de vida e, principalmente, diminuição das taxas de reinternação hospitalar. A reinternação hospitalar precoce é um indicador de qualidade assistencial e demonstra diretamente a qualidade de um serviço. As reinternações repetidas provocam um desconforto ao paciente, acarretam ônus ao sistema de saúde e comprometem a qualidade de vida.

A transição de cuidados pós-alta, ou cuidado transicional, tange as diversas esferas de modalidades assistenciais, como o modelo ambulatorial, hospitalar, instituições de longa permanência e hospital-dia. É importante ressaltar que, para cada um desses cenários de assistência, há necessidades específicas de atendimento para a formulação dos cuidados de transição pós-alta. Os problemas de uma transição de cuidados malsucedida podem surgir quando o paciente é transferido entre os diferentes cenários de atendimento.

Devido às múltiplas comorbidades que surgem com o envelhecimento, pacientes idosos geralmente passam por internações frequentes e prolongadas, que por sua vez aumentam a incidência de iatrogenias, expondo tais indivíduos a situações de risco. Exemplos que colaboram para a reinternação hospitalar incluem falhas isoladas dos profissionais da saúde nos seus diferentes cenários, falhas de comunicação tanto entre as equipes hospitalares quanto ambulatoriais, perda de informações ou informações incompletas no processo de transição de alta hospitalar, deficiência no suporte social e gravidade clínica de cada caso. Tais situações acarretam uma piora do status funcional dos idosos e conseqüente declínio funcional, além de incapacidade e dependência para a realização das atividades da vida diária.

Inúmeras questões devem ser observadas no período pós-alta para evitar a reinternação, como o melhor controle das doenças crônicas. É de notória importância, por exemplo, a atenção para o ajuste das medicações, já que 50% dos erros de medicações ocorrem na admissão e na alta hospitalar¹. Também são necessários o melhor controle do plano de reabilitação e a vigilância contínua do estado nutricional.

Diante dessa variedade de cenários, fica claro que a transição

de cuidados deve ser realizada sempre por equipe coordenada (fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, enfermeiro, fonoaudiólogo etc.) e que trabalhe de maneira interdisciplinar, ou seja, como um grupo integrado. O cuidado deve ser individualizado e focado na preservação funcional dos pacientes. Devemos sempre valorizar o grupo heterogêneo que compõe o cenário dos idosos e discernir quais cuidados devem ser prioritários para cada um – tarefa fundamental no processo de transição de cuidados desses pacientes. Vale ressaltar que a equipe multidisciplinar deve acompanhá-los com a equipe médica.

Segundo dados americanos², os gastos com reinternações não planejadas são de US\$ 17 bilhões ao ano, sendo que US\$ 12 bilhões poderiam ser economizados com um melhor planejamento de transição pós-alta hospitalar. Os dados mostram que 75% das readmissões poderiam ter sido prevenidas e que mais de 50% dos pacientes são readmitidos antes de serem reavaliados no serviço ambulatorial.

Entre as doenças que ocasionam maiores taxas de reinternações estão insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e pneumonia. Essas doenças são altamente prevalentes nos indivíduos idosos (Figura 1).

As falhas do processo de alta que estão fortemente relacionadas a novas reinternações são³:

- Dificuldade com a nova prescrição de medicamentos e as orientações nutricionais.
- Não ter acesso às medicações.
- Não agendar consultas em um serviço ambulatorial que promova a continuidade do tratamento e dos cuidados de pós-alta hospitalar.
- Dificuldade de transporte para consultas.
- Falta de envolvimento dos pacientes e cuidadores em relação ao tratamento.
- Falhas dos serviços de saúde, seja pela burocracia, seja pela falha de estruturação do processo de alta hospitalar ou falha na comunicação e orientações da equipe hospitalar com a equipe ambulatorial/assistencial no seguimento e planejamento da alta hospitalar.
- Perda de informações em cada etapa da transição de alta, inclusive sobre as mudanças do tratamento.

A assistência na fase pré e pós-alta também deve ser avaliada,

já que o planejamento dos cuidados e o encaminhamento para serviços ambulatoriais específicos⁴ são recomendados para minimizar erros e diminuir as taxas de reinternação hospitalar.

Da mesma forma é necessária a avaliação funcional do paciente no serviço de pós-alta hospitalar. Isso permite uma melhor compreensão de seu status funcional e da gravidade do caso e uma análise mais precisa das probabilidades de uma reinternação hospitalar. As metas de tratamento devem ser sempre programadas com a equipe multiprofissional, com o objetivo de melhorar o status físico e mental do paciente, através de reabilitações⁵.

Após a estabilização clínica do paciente, devemos indicar um serviço ambulatorial voltado especificamente para os cuidados de transição pós-alta hospitalar⁶.

Sabe-se que os projetos e os planejamentos de alta hospitalar com os cuidados transicionais reduzem as taxas de readmissão hospitalar, aumentam o tempo entre a alta e a readmissão e diminuem os gastos orçamentários com os cuidados de saúde. Alguns estudos demonstram que intervenções de preparação para alta têm reduzido as taxas de readmissão hospitalar e o custo da assistência em todas as faixas etárias. Outros estudos mostram que intervenções facilitam a transição dos idosos do hospital para casa e reduzem as reinternações e os custos.

Apesar disso, ainda são escassas as abordagens durante a hospitalização visando a transferência do processo de cuidados para a atenção comunitária no mundo, inclusive no Brasil.

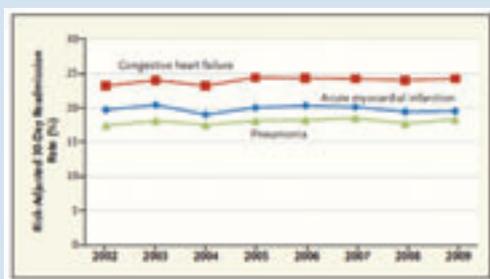
Um dos obstáculos é a falta de acesso aos dados relativos à internação para os profissionais que darão continuidade ao tratamento após a alta. Aqueles que acompanham o paciente no ambulatório ou em consultório não tomam conhecimento dos resultados dos exames e das avaliações necessárias após a alta, fazendo com que o processo seja falho.

Soma-se a isso o fato de que os idosos e suas famílias não têm consciência dos seus diagnósticos principais, saindo sem a compreensão necessária para administrar o uso de suas próprias medicações e a realização de seus próprios cuidados. Os idosos apresentam necessidades complexas e muitas vezes recebem alta hospitalar precoce. A sobrecarga para o sistema familiar, que não conta com uma rede de suporte adequada, contribui para a exacerbação dos erros e leva a readmissões hospitalares.

Em todos os modelos de transição de cuidados, observamos a retórica dos cuidados multiprofissionais centrados nas necessidades do paciente. O planejamento de alta com instruções por escrito para o paciente e a família, a reconciliação medicamentosa e a educação do paciente e familiares, bem como a parceria nos cuidados entre profissionais, família e paciente, são de extrema importância para o sucesso dos cuidados de transição⁷.

Portanto, é fundamental que sejam adotados os cuidados transicionais para redução de readmissões hospitalares, diminuição dos custos com a saúde e uma melhor qualidade de vida. Os modelos devem ser adaptados para cada serviço e de acordo com a realidade da estrutura de saúde local.

Figura 1



NEJM 2012 ; 366:1366-9

Referências bibliográficas

1. C.A. Enderlin et al. Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatric Nursing* 34 (2013) 47-52.
2. Karen E. Joynt, M.D. *N Engl J Med* 2012; 366:1366-1369
3. Naylor M. Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly: a pilot study. *Nurs Res.* 1990;39:156-160.
4. New Courtland Center for Transitions and Health, University of Pennsylvania School of Nursing. Transitional Care Model - When You or a Loved One Requires Care. Available at: <http://www.transitionalcare.info/index.html>. Cited January 1, 2012.

*Médica geriatra; mestre pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); coordenadora do Ambulatório de Transição Pós-Alta Hospitalar do Serviço de Geriatria e Gerontologia da Unifesp; diretora científica da SBGG-SP

5. The Care Transitions Program. Health Care Services for Improving Quality and Safety during Hand-Offs. Eric Coleman Model (CTI). Available at: <http://www.caretransitions.org>. Cited July 29, 2012.
6. Parrish MM et al. Implementation of the care transitions intervention: sustainability and lessons learned. *Prof Case Manag.* 2009;14:282-293.
7. Andersen, R et al. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83, (4), 2005 (pp. 1-28).



Luiz Antonio Gil Junior

Médico geriatra titulado pela SBGG-SP; coordenador da Equipe de Geriatria do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – Icesp/HCFMUSP

Contato gil.luizantonio@gmail.com

O idoso com câncer e a importância do trabalho conjunto do geriatra com o oncologista

TAKE HOME MESSAGE

- A idade não é fator isolado para determinar rastreio ou tratamento de câncer.
- A avaliação geriátrica é fundamental para avaliar potencialidades de tratamento e riscos relativos à presença de síndromes geriátricas.
- O trabalho interdisciplinar das equipes geriátricas, gerontológicas e oncológicas maximiza potencialidades e minimiza riscos no tratamento do idoso com câncer.

Não é novidade para os leitores da revista *Aptare* que o mundo está envelhecendo –felizmente, cada vez melhor. Diversos artigos desta publicação rezam acerca do envelhecimento populacional e suas consequências para a sociedade.

No Brasil, a cada publicação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os desavisados ainda se surpreendem, mas aqueles que estão habituados a lidar com idosos veem as tendências das últimas décadas se concretizarem. Estamos vivendo um tempo em que a população mundial se divide em dois grupos: os que são idosos e aqueles que serão idosos. Segundo a projeção de mortalidade para 2045-50, sete em oito pessoas viverão até os 60 anos e mais da metade dos indivíduos viverá mais de 80 anos. Nos países com melhor desenvolvimento socioeconômico, incríveis 95% viverão até os 60 anos e mais de 60% mais de 80 anos.

Conforme o envelhecimento acontece, mudanças nas características de saúde da população ficam ainda mais explícitas. O perfil das doenças que acometem a população se transforma, principalmente no grupo dos idosos. As doenças infecciosas, que eram as grandes responsáveis pela mortalidade no início

do século, foram reduzidas drasticamente, dando lugar a doenças circulatórias e neoplasias, que se tornaram as grandes causas de óbito.

O aumento do número de casos de câncer cresce em paralelo ao envelhecimento populacional. Em 2012, houve no mundo 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de mortes. No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (Inca), em 2014 são esperados 576 mil novos casos de câncer. Se excluirmos as neoplasias de pele não melanoma, são estimados 295 mil casos. Até 2030 haverá um aumento mundial de 75% na prevalência de doenças oncológicas.

Apesar do contínuo aprimoramento das técnicas diagnósticas e da terapêutica das neoplasias, as evidências para o tratamento dos mais idosos com câncer ainda são em menor quantidade do que para os mais jovens. Em muitos estudos disponíveis, a idade foi critério de exclusão e muitas vezes as multimorbidades também – o que difere da vida real do cuidado do idoso.

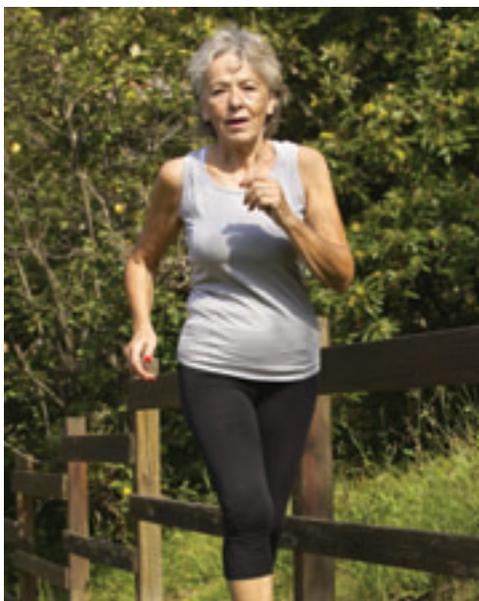
O tratamento oncológico aumentou em muito a sobrevivência dos pacientes com câncer. No Reino Unido, por exemplo, a sobrevivência das neoplasias dobrou nos últimos 40 anos e metade

das pessoas diagnosticadas com câncer sobrevive por pelo menos dez anos. Nos Estados Unidos, estima-se que em 2022 haja 18 milhões de sobreviventes de câncer. Isso promove ainda mais o envelhecimento da população e obriga os profissionais de saúde a aprender a cuidar não só daqueles com neoplasia, mas daqueles que sobreviveram ao tratamento dela.

Apesar de todo o avanço e a despeito de todo o benefício que o tratamento do câncer traz, ele ainda é carregado de preconceitos e dificuldades. Efeitos adversos decorrentes da toxicidade trazem diversas angústias e desafios a pacientes, médicos e equipes interdisciplinares que acompanham o paciente – o que é acentuado quando estamos diante da população idosa.

O idoso com câncer

Assim como em outras situações, doenças e ambientes, o idoso tem uma característica muito peculiar: a heterogeneidade. Conheçamos idosos sem doenças e que não tomam medicações, aqueles com doenças leves que, controladas, não atingem as atividades do dia a dia, e outros com doenças graves – compensadas ou não, mas que limitam a funcionalidade do indivíduo.



Essa heterogeneidade interfere em diversos momentos do diagnóstico e da terapêutica do câncer e merece ser levada em conta em cada fase do acompanhamento – desde o rastreamento é necessário considerar se aquele indivíduo se beneficiará ou não daquela estratégia.

Os motivos para que os idosos sejam tão diferentes entre si são inúmeros: alguns relacionados ao envelhecimento (senescência), outros relacionados ao câncer e/ou seu tratamento, além de problemas causados por doenças concomitantes.

Vale recordar algumas alterações relacionadas à senescência que podem influenciar a capacidade ou a tolerabilidade de receber tratamento para a doença oncológica. São exemplos dessas alterações:

- Aumento da relação entre gordura e massa muscular: afeta não só a capacidade física do idoso, mas também a farmacodinâmica das medicações;
- Deterioração auditiva relacionada à idade com perda auditiva para tons de alta intensidade – pode dificultar a comunicação e interferir na capacidade de o idoso entender riscos e benefícios do tratamento – estudos científicos demonstraram que a hipoacusia é fator de risco independente para a toxicidade do tratamento oncológico;
- Redução do metabolismo hepático das medicações;
- Redução da filtração glomerular – há redução de 1ml/min/1,73m² por ano após a terceira década, sendo que é considerado esperado, ou seja, normal, para indivíduos com 90 anos uma depuração de 50 ml/min.

Além de condições relacionadas ao envelhecimento normal, existem problemas que são bem mais frequentes na população idosa: multimorbidade, polifarmácia, insuficiência social e síndromes geriátricas influenciam diretamente na decisão de rastrear e tratar o paciente com 60 anos ou mais com doença oncológica. Se tratar um indivíduo com 50 anos e um câncer de cólon pode ser considerado “habitual”, o tratamento de um octogenário, hipertenso, diabético, com fibrilação atrial, redução da filtração renal e que utilize dez fármacos para controle de suas doenças certamente é desafiador.

A multimorbidade é uma condição frequente na população idosa – as doenças interferem umas nas outras, complicando-as ou dificultando seu tratamento. Dados populacionais demonstram que a média de doenças nessa população é de 2,5, sendo que pelo menos 30% dos idosos têm três doenças ou mais.

Em paralelo com a multimorbidade, a polifarmácia (uso de 5 ou mais medicações) é outra situação bastante frequente na população idosa – e no indivíduo com câncer pode ter consequências importantes. Dados do município de São Paulo (Estudo SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) demonstram que a prevalência de polifarmácia na população geral é de 36%. Nos idosos hospitalizados, esse índice pode chegar a incríveis 92%.

Estudo recente demonstrou que em idosos com câncer a média do uso de medicações é de cinco (sem contar aquelas medicações prescritas em caso de necessidade), variando de 0 a 23 fármacos ao dia. Utilizando os critérios de Beers 2012 para avaliação de apropriação de prescrição, cerca de 30% dos idosos com câncer tinham pelo menos uma medicação considerada inadequada.

No cenário de doença oncológica, o conhecimento e o manejo da polifarmácia são fundamentais, além do domínio de medicamentos que interferem no tratamento quimioterápico e vice-versa. Como exemplo, podemos citar o fluorouracil e sua interação com a warfarina e a fenitoína, aumentando os níveis séricos das duas últimas. Outro exemplo – de medicação para tratamento de uma condição geriátrica que interfere no tratamento oncológico – é o efeito negativo da paroxetina no metabolismo do tamoxifeno, diminuindo o nível sérico do seu metabólito ativo, o endoxifeno, prejudicando as pacientes que usam a medicação no tratamento do câncer de mama.

Em um artigo de um censo realizado em 2006-2007 entre oncologistas e hematologistas no Canadá, os principais desafios para o início do tratamento quimioterápico citados entre eles foram a toxicidade do tratamento, o manejo das comorbidades e a falta de suporte social dessa população. Dos entrevistados, 77,5% demonstraram interesse em ter auxílio de geriatras para decisão/manejo terapêutico.

Nesse cenário do idoso com multimorbidades, polifarmácia ou do idoso mais frágil, a presença conjunta do geriatra se torna uma necessidade premente.

O câncer no idoso

O câncer é uma doença que acomete, na sua maioria, idosos. É a segunda causa de mortalidade no Brasil. Aproximadamente 50% de todos os tipos de câncer ocorrem em maiores de 65 anos e 70% de toda mortalidade relativa ao câncer se dá em indivíduos com 65 anos ou mais. Mais de 30% de todos os cânceres no Reino Unido (2009-2011) foram diagnosticados em pessoas com 75 anos ou mais (Figura 1). No Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp) a proporção de idosos na população geral atendida é de aproximadamente 60%.

A idade é um fator de risco para a maior parte das neoplasias – ser idoso traz um risco de até 11 vezes para o aparecimento de neoplasias. O aumento da incidência do câncer nas pessoas idosas acontece habitualmente por três mecanismos: maior tempo de exposição aos carcinógenos, alterações no organismo (inflamação, aumento da resistência insulínica) e duração da carcinogênese.

Dados americanos de 2012 demonstram que a mediana de idade do diagnóstico do câncer nas neoplasias mais frequentes ocorre entre os idosos (Tabela 1).

A avaliação do idoso e a atuação conjunta com a equipe oncológica

Quando ouvimos falar a frase: “A Sra. Maria está com câncer”, automaticamente na cabeça da maioria das pessoas o pensamento que se apresenta é: “Mas que notícia ruim!!!”. Quando mudamos o cenário para: “Dona Maria, de 84 anos, está com câncer”, aí o pensamento se torna ainda mais sombrio.

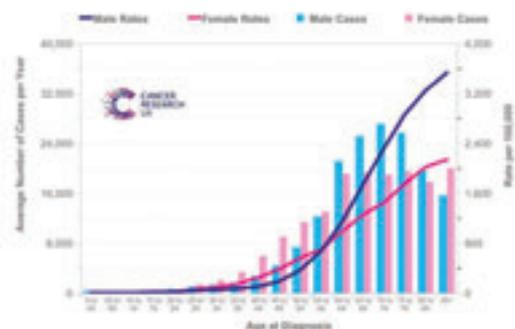
Esse é o conceito que impera na maior parte de pacientes, familiares e ainda de muitos profissionais de saúde. Felizmente esse conceito vem mudando, e o avanço da oncologia e a assistência conjunta do geriatra na doença oncológica se mostram fundamentais.

Sabemos que, se utilizada isoladamente, a idade cronológica não é um bom preditor para desfechos negativos quando o indivíduo é mais idoso. A capacidade funcional e biológica é muito mais útil na avaliação global de um paciente, e é essa a função da avaliação do geriatra através da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Na decisão de rastrear ou tratar um indivíduo idoso com câncer, devem ser levados em conta o estado de saúde em geral, a história da doença oncológica e das comorbidades, os riscos, os custos e a conveniência do tratamento ou do teste de rastreio.

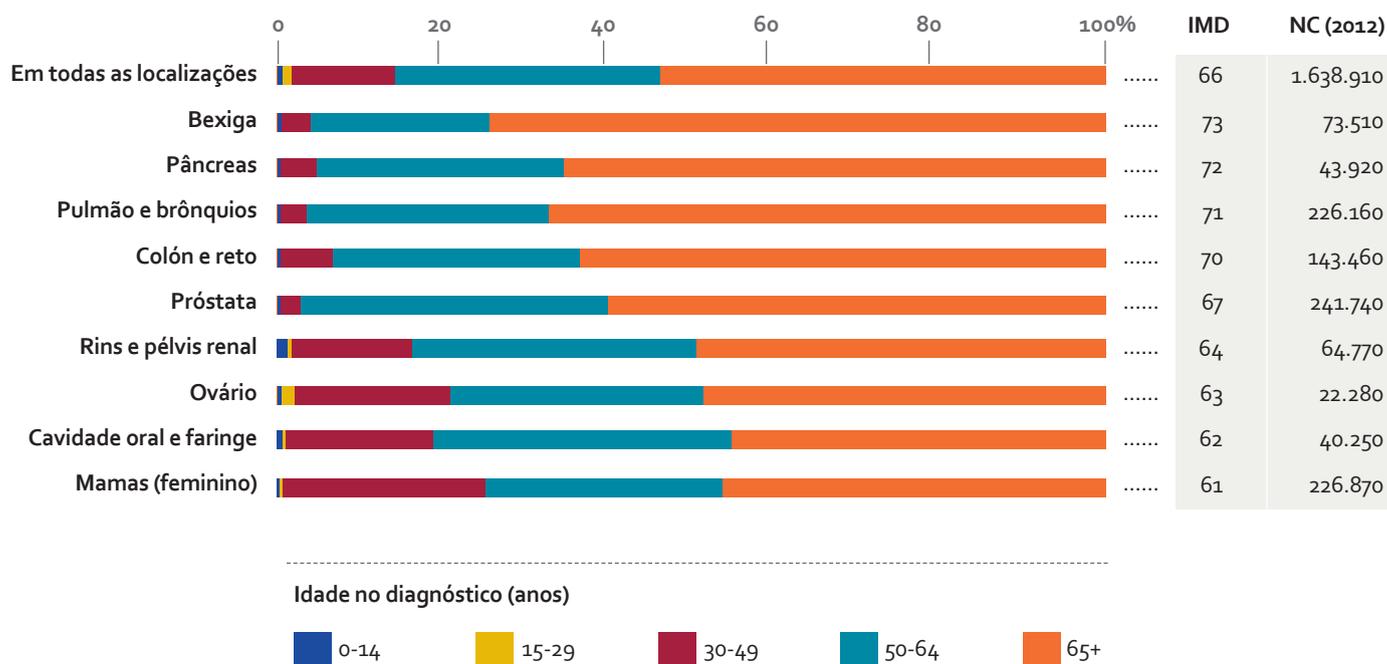
Em primeiro lugar há que se considerar a expectativa de sobrevivência relacionada à idade. Para tal, os dados mais precisos que temos no Brasil são aqueles utilizados pelo IBGE (Tabela 2). Isso interfere no pensamento inicial de como encarar o tratamento de uma doença potencialmente grave nos idosos.

Ainda carecemos de dados daqueles com mais de 80 anos, fazendo com que tenhamos que extrapolar dados de outros países. Quando estamos diante de um nonagenário, por exemplo, não conhecemos a expectativa de sobrevivência brasileira, mas sabemos que, segundo dados americanos, eles vivem em média mais 4,8 anos.

Figura 1 Incidência de câncer na população do Reino Unido – reforçando como essa é uma doença típica de idosos



Fonte: Cancer Research UK

Tabela 1 Distribuição por idade (%), idade média no diagnóstico (IMD) e número estimado de novos casos (NC) por localização

Tabela 2 Expectativa de sobrevivência (ES) nas diversas idades – ambos os sexos – 2012

| Idade | ES |
|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| 0 | 74,6 | 14 | 62,1 | 28 | 49,2 | 42 | 36,5 | 56 | 24,7 | 70 | 14,6 |
| 1 | 74,8 | 15 | 61,2 | 29 | 48,3 | 43 | 35,6 | 57 | 23,9 | 71 | 14,0 |
| 2 | 73,8 | 16 | 60,2 | 30 | 47,4 | 44 | 34,7 | 58 | 23,2 | 72 | 13,4 |
| 3 | 72,9 | 17 | 59,3 | 31 | 46,5 | 45 | 33,9 | 59 | 22,4 | 73 | 12,8 |
| 4 | 71,9 | 18 | 58,3 | 32 | 45,5 | 46 | 33,0 | 60 | 21,6 | 74 | 12,2 |
| 5 | 71,0 | 19 | 57,4 | 33 | 44,6 | 47 | 32,1 | 61 | 20,9 | 75 | 11,6 |
| 6 | 70,0 | 20 | 56,5 | 34 | 43,7 | 48 | 31,3 | 62 | 20,1 | 76 | 11,1 |
| 7 | 69,0 | 21 | 55,6 | 35 | 42,8 | 49 | 30,4 | 63 | 19,4 | 77 | 10,6 |
| 8 | 68,0 | 22 | 54,7 | 36 | 41,9 | 50 | 29,6 | 64 | 18,7 | 78 | 10,0 |
| 9 | 67,0 | 23 | 53,8 | 37 | 41,0 | 51 | 28,8 | 65 | 18,0 | 79 | 9,6 |
| 10 | 66,0 | 24 | 52,8 | 38 | 40,1 | 52 | 27,9 | 66 | 17,3 | 80+ | 9,1 |
| 11 | 65,1 | 25 | 51,9 | 39 | 39,2 | 53 | 27,1 | 67 | 16,6 | 6,0 | 6,0 |
| 12 | 64,1 | 26 | 51,0 | 40 | 38,3 | 54 | 26,3 | 68 | 15,9 | 6,0 | 6,0 |
| 13 | 63,1 | 27 | 50,1 | 41 | 37,4 | 55 | 25,5 | 69 | 15,2 | 6,0 | 6,0 |

Fontes: IBGE - Diretoria de Pesquisas (DPE), Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS)

Tabela 3 Expectativa de sobrevida média após diagnóstico de algumas doenças

| Doença | Idade | Expectativa de sobrevida |
|-----------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| Doença de Alzheimer | não especificada | homem: 4,2 anos mulher: 5,7 anos |
| Fratura de quadril | 80 anos | 5,4 anos |
| Insuficiência cardíaca congestiva | > 75 anos | homem: 3,9 anos mulher: 4,5 anos |
| Infarto do miocárdio | não especificada | 11,3 anos |

Além da expectativa relacionada à idade, é importante considerar o estado do paciente e suas doenças associadas. Não existe um algoritmo perfeito para determinar a sobrevida de qualquer população – temos de, a partir dos dados disponíveis das doenças, idade e funcionalidade do indivíduo, avaliar a viabilidade de ele se beneficiar de procedimentos ou medicamentos mais agressivos.

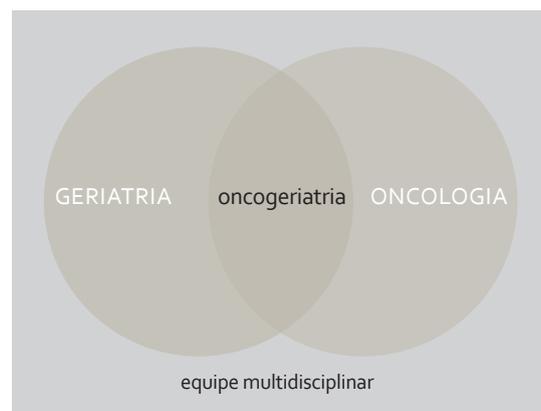
Alguns dados disponíveis na literatura variam muito. Na Tabela 3 podemos ver a sobrevida de doenças específicas, como Alzheimer, fratura de fêmur e insuficiência cardíaca – condições muito prevalentes entre os idosos.

A forma mais adequada de identificar as vulnerabilidades dos idosos que necessitarão de um tratamento mais agressivo atualmente é através da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Com ela podemos identificar situações e doenças previamente não avaliadas durante uma consulta oncológica.

É frequente que o idoso com câncer apresente diversas condições consideradas “geriátricas”: desnutrição, emagrecimento, fraqueza muscular, quedas, fadiga, depressão, ansiedade ou perda de memória.

A oncogeriatría é uma atividade relativamente nova que tem o intuito de integrar os conhecimentos dos especialistas em envelhecimento (geriatria) e câncer (oncologia), com o objetivo de oferecer a melhor decisão de forma particular para aquele indivíduo. É fundamental contar com o auxílio de toda a equipe interdisciplinar, a fim de maximizar as potencialidades e minimizar os riscos de um tratamento oncológico.

Essa atividade vem sendo desenvolvida há não mais que duas décadas. No ano 2000 foi fundada a principal sociedade que abrange uma série de profissionais que estudam e têm iniciativas educacionais e científicas para o desenvolvimento do estudo de câncer em idosos – a Sociedade Internacional de Oncogeriatría (SIOG).



A Avaliação Geriátrica Ampla do idoso com câncer

O objetivo central e mais relevante da AGA no cenário da doença oncológica no idoso é discernir, através de uma avaliação pormenorizada do paciente pelo especialista em idoso e em envelhecimento, quais as potencialidades e os riscos daquele paciente para receber intervenções diagnósticas e terapêuticas e que gerarão o melhor impacto na sua vida, seja em tempo, seja em qualidade de vida.

Um dos problemas da avaliação geriátrica é a falta de um “padrão-ouro” de instrumentos para defini-las. A despeito disso, é importante que ela inclua estado funcional, suporte social, comorbidades, cognição, nutrição, estado de humor e todas as síndromes geriátricas.

Em recente revisão sobre o tema, a SIOG apontou diversos dados da literatura que demonstram a importância da realização de uma avaliação especializada, porém lembrou diversos questionamentos a serem respondidos.

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



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

Estudos demonstram que a avaliação geriátrica é importante na detecção de problemas de saúde e riscos não identificados em consulta médica habitual e que podem ser revertidos – dados mostram que problemas geriátricos passam despercebidos em até 50% das consultas com outros médicos.

A avaliação ainda auxilia na predição de eventos adversos relacionados ao tratamento oncológico e na estimativa de sobrevida geral. Diversos estudos demonstraram que o estado funcional, o nutricional, o de saúde geral e o mental se associaram com sobrevida global dos idosos.

Por fim, dados da literatura mostram que a avaliação complementar do idoso com a AGA foi responsável por mudanças terapêuticas – após a avaliação geriátrica, os oncologistas fizeram ajustes no tratamento para planos terapêuticos mais ou menos agressivos. Um estudo específico que comparou a

indicação de tratamento oncológico antes e depois da AGA demonstrou que houve alteração do tratamento em aproximadamente 45% dos pacientes.

Conclusão

Os idosos são a maior parte dos indivíduos com doença oncológica e ainda são sub-representados nas pesquisas da doença. A atuação conjunta da equipe multiprofissional, do geriatra e do oncologista visa a otimização do paciente e do julgamento acerca de suas potencialidades para atingir o objetivo comum: o melhor tratamento do idoso com câncer, com ganho de sobrevida e manutenção de qualidade de vida. Muito ainda há que se avançar nessa área, mas o cenário dos últimos anos e o interesse concomitante das áreas trazem a expectativa de um futuro muito promissor.

Referências bibliográficas

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Síntese de indicadores sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013 (ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/SIS_2013.pdf).
- Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/faqs/#How>; <http://www.cancerresearchuk.org/> visitado em 30/08/2014.
- Maggiore, R. J., et al. (2014). "Polypharmacy and potentially inappropriate medication use in older adults with cancer undergoing chemotherapy: effect on chemotherapy-related toxicity and hospitalization during treatment." *J Am Geriatr Soc* 62(8): 1505-1512.
- Puts, M. T., et al. (2012). "Use of geriatric assessment for older adults in the oncology setting: a systematic review." *J Natl Cancer Inst* 104(15): 1133-1163.
- Puts, M. T., et al. (2014). "An update on a systematic review of the use of geriatric assessment for older adults in oncology." *Ann Oncol* 25(2): 307-315.
- Wildiers, H., et al. (2014). "International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With Cancer." *J Clin Oncol*.
- Wildiers, H., et al. (2013). "End points and trial design in geriatric oncology research: a joint European organisation for research and treatment of cancer – Alliance for Clinical Trials in Oncology – International Society Of Geriatric Oncology position article." *J Clin Oncol* 31(29): 3711-3718.
- Aliamus, V., et al. (2011). "[Geriatric assessment contribution to treatment decision-making in thoracic oncology]." *Rev Mal Respir* 28(9): 1124-1130.
- Foster JA, Salinas GD, Mansell D, Williamson JC, Casebeer LL. How does older age influence oncologists Cancer management. *Oncologist*. 2010;15(6):584-92.
- Piccirillo JF, Tierney RM, Costas I, Grove L, Spitznagel EL Jr. Prognostic importance of comorbidity in a hospital based cancer registry. *JAMA*. 2004;291(20):2441-7.
- Wan-Chow-Wah D, Monette J, Monette M, Sourial N, Retornaz F, Batist G, Puts MT, Bergman H. Difficulties in decision-making regarding chemotherapy for older cancer patients: A census of cancer physicians. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011 Apr;78(1):45-58.
- Van Spall HG, Toren A, Kiss A, Fowler RA. Eligibility Criteria of Randomized Controlled Trials Published in High-Impact General Medical Journals *JAMA*. 2007;297:1233-1240.
- Girre V, Arkoub H, Puts MT, Vantelon C, Blanchard F, Droz JP, Mignot L. Potential drug interactions in elderly cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011 Jun;78(3):220-6
- Bouchardy C, Rapiti E, Blagojevic S, Vlastos AT, Vlastos G. Older female cancer patients: importance, causes, and consequences of undertreatment. *J Clin Oncol*. 2007 May 10;25(14):1858-69.
- Ross H, Albert, Matthew M. Clark, MD, Cancer Screening in the Older Patient *Am Fam Physician*. 2008 Dec 15;78(12):1369-1374.
- Lebrão, M.L. et al. Saúde, bem-estar e envelhecimento. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 127-41.



Doutor(a), Mande o seu recado para a indústria farmacêutica



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



Doutor(a),

Entendemos que o seu tempo é precioso.

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

Hoje estamos convidando você e toda a classe médica a dividir conosco num portal ético e seguro, mais dados do seu perfil profissional para melhorar o seu relacionamento com a indústria farmacêutica, instituições hospitalares e de ensino, pagadores e demais agentes do seu mundo profissional, na medida em que você doutor(a) estabelecer:

www.doutorfarmacerto.com.br

Isso ajuda a otimizar **o seu tempo** porque otimiza o fluxo de informações realmente pertinentes para sua atualização e seu desenvolvimento profissional. Você se relaciona melhor e **ganha mais tempo**.



Alessandra Barbosa Avelar Saramago

Médica reumatologista pela AMB/SBR;
médica reumatologista do Centro de Referência
do Idoso (CRI- NORTE)

Contato alebavelar@bol.com.br

Artrite reumatoide do idoso

TAKE HOME MESSAGE

- A AR do idoso tem uma manifestação peculiar, caracterizando-se por início súbito, com importante limitação funcional, acometendo grandes articulações, principalmente os ombros.
- O diagnóstico diferencial é importante, pois várias doenças cursam com sintomas inespecíficos e podem simular a AR do idoso. Entre elas, a polimialgia reumática, associada ou não à arterite de células gigantes, a síndrome RS3PE, a condrocalcinose poliarticular e as síndromes paraneoplásicas, principalmente hematológicas.
- O tratamento da AR do idoso é realizado com as mesmas medicações da AR clássica, devendo ser conduzido com cuidado devido à presença de comorbidades e polifarmácia.

Introdução

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica que afeta primariamente a membrana sinovial, levando ao dano articular e à destruição óssea. É uma doença relativamente frequente, acometendo de 1% a 2% da população adulta e de 2% a 2,3% da população geriátrica, embora estudos estimem uma prevalência de 4,5% na faixa etária de 55 a 75 anos. A condição afeta de duas a três vezes mais mulheres do que homens.

A etiologia da artrite reumatoide é desconhecida. Sabe-se que há influência genética e hormonal, moduladas por fatores ambientais, que causam acometimento principalmente de articulações periféricas de mãos e punhos de forma simétrica e persistente.

A artrite reumatoide do idoso (EORA – *elderly-onset rheumatoid arthritis*, na sigla em inglês) tem algumas peculiaridades quando comparada com a artrite reumatoide clássica (YORA – *younger-onset rheumatoid arthritis*). A EORA é uma doença heterogênea, de início após 65 anos, que pode se apresentar com características de polimialgia reumática (PMR) ou da síndrome RS3PE (*syndrome of remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema*). Portanto, deve-se estar atento para as manifestações articulares em idosos.

Apresentação clínico-laboratorial

A artrite reumatoide caracteriza-se por dor, edema e limitação das articulações acometidas, geralmente com comprometimento poliarticular e simétrico, em especial de articulações metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e punhos, de caráter aditivo e com rigidez matinal prolongada (>1 hora).

Embora as manifestações articulares sejam as mais típicas, a AR pode acometer outros órgãos e sistemas. As manifestações extra-articulares incluem quadros cutâneos, oculares, pleuropulmonares, cardíacos, hematológicos e neurológicos. Geralmente, essas manifestações estão associadas a doença grave, com sorologia positiva para fator reumatoide (FR) e/ou anticorpos antipeptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP) e presença de nódulos subcutâneos.

Já a AR do idoso continua sendo mais frequente em mulheres, mas acomete uma proporção maior de homens. Caracteriza-se por início agudo, com importante limitação funcional, principalmente em membros superiores. Estudos mostram que, no idoso, o comprometimento de grandes articulações é característico, em especial os ombros. É seguido do acometi-

mento de interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas, cotovelos, metatarsofalangeanas e tornozelos. O idoso apresenta mais comumente perda de peso, mialgia, linfadenopatia, polimialgia reumática e neuropatia, assim como maiores valores de VHS (velocidade de hemossedimentação), PCR (proteína C reativa) e anemia de doença crônica quando comparado com pacientes com AR clássica.

Também foi demonstrada na AR do idoso uma menor frequência de FR, assim como FAN, anti-Ro e anti-La, lembrando que o FR pode ser positivo em pessoas sem artrite reumatoide, já que sua prevalência aumenta com o envelhecimento. Em baixos títulos, o FR positivo pode ocorrer em até cerca de 40% dos indivíduos saudáveis, dependendo da população estudada. Em indivíduos acima de 70 anos, essa positividade pode alcançar 9% em mulheres e 14% em homens.

Apesar de a AR do idoso se caracterizar por uma maior limitação funcional, o dano articular é menor, com menos deformidades clássicas de mãos, menor frequência de doença intersticial pulmonar, nódulos subcutâneos e síndrome de Sjögren.

Diagnóstico

O diagnóstico da AR é baseado em história clínica, exame físico, testes laboratoriais e exames radiológicos.

No idoso esse diagnóstico se torna difícil, devido a uma apresentação clínica peculiar, como comprometimento de grandes articulações, alta frequência de sinais e sintomas inespecíficos, menor positividade de FR e presença de comorbidades ou até mesmo déficit cognitivo. Portanto, não se deve aguardar o aparecimento de todos os parâmetros definidos pelos critérios de classificação da AR para se iniciar o tratamento.

Vale ressaltar que tanto os critérios do ACR 1987 como os mais recentes do ACR/EULAR 2010 (Tabela 1) são classificatórios e não diagnósticos, tendo como finalidade homogeneizar populações para estudos.

É necessária pontuação ≥ 6 para a classificação definitiva de um paciente com AR. O domínio “acometimento articular” refere-se a qualquer articulação dolorosa ou inchada (excluindo IFD do pé ou mão, primeira MTF e primeira carpometacarpiana). Evidências adicionais obtidas por exames de imagem podem ser utilizadas para confirmação dos achados clínicos. Consideram-se, para fins de classificação, como pequenas articulações as MCF, IFP, MTF (segunda a quinta), primeira IF e punhos. Como grandes articulações são considerados ombros, cotovelos, quadris, joelhos, tornozelos. Articulações adicionais (temporomandibular, esternoclavicular, acromioclavicular) podem ser contadas na avaliação de “>10 articulações”, desde que ao menos uma pequena articulação esteja acometida.

No domínio “sorologia”, considera-se negativo o resultado de fator reumatoide ou de anticorpos antipeptídeos/proteínas citrulinadas (ACPA) se o valor encontrado for \leq ao limite superior da normalidade para o respectivo laboratório; positivo baixo se o resultado encontrado for $>$ que o limite da normalidade, mas \leq que 3 vezes o limite superior da normalidade; e positivo alto quando o valor for $>$ que 3 vezes o limite superior da normalidade.

O domínio “duração dos sintomas” refere-se ao relato do próprio paciente quanto à duração máxima de sinais e sintomas de qualquer articulação que esteja clinicamente envolvida no momento da avaliação.

Tabela 1 Critérios classificatórios para a artrite reumatoide 2010 ACR/EULAR

| População-alvo (quem deve ser estudado?) | |
|---|---|
| - Paciente com pelo menos uma articulação com sinovite clínica definida (edema)*. | |
| - Sinovite que não seja mais bem explicada por outra doença. | |
| *Os diagnósticos diferenciais podem incluir condições como lúpus eritematoso sistêmico, artrite psoriásica e gota. Se houver dúvida quanto aos diagnósticos diferenciais relevantes, um reumatologista deve ser consultado. | |
| Acometimento articular (0-5) | |
| 1 grande articulação | 0 |
| 2-10 grandes articulações | 1 |
| 1-3 pequenas articulações (grandes não contadas) | 2 |
| 4-10 pequenas articulações (grandes não contadas) | 3 |
| >10 articulações (pelo menos 1 pequena) | 5 |
| Duração dos sintomas (0-1) | |
| < 6 semanas | 0 |
| ≥ 6 semanas | 1 |
| Provas de atividade inflamatória (0-1) | |
| PCR normal E VHS normal | 0 |
| PCR anormal OU VHS anormal | 1 |

Modificado a partir de: Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd. 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(9):1580-8

Já as “provas de atividade inflamatória” (VHS e PCR) são consideradas normais ou anormais de acordo com o valor de referência do laboratório utilizado.

O FR é encontrado em cerca de 70 % dos pacientes com AR e correlaciona-se estatisticamente com pior prognóstico. Como dito anteriormente, pode estar presente em baixos títulos em pessoas saudáveis. Em títulos mais elevados, pode ser detectado em várias outras condições, como doenças autoimunes, tuberculose, hanseníase, sífilis, hepatite C e neoplasias (principalmente hematológicas, como macroglobulinemia de Waldenström, linfomas e neoplasias de células B). Portanto, um FR positivo não é garantia de diagnóstico de AR, assim como um teste negativo não exclui a doença, principalmente no idoso.

Mais recentemente, temos o anti-CCP, com sensibilidade de 75% e especificidade de 95% para AR. Estudos mostraram que, no paciente geriátrico, o anti-CCP foi útil para diferenciar a AR do idoso com apresentação polimiálgica-símile da verdadeira PMR, pois a positividade do anti-CCP em pacientes com sintomas de PMR seria altamente sugestiva para AR do idoso. Outro estudo mostrou que um terço dos pacientes com AR do idoso, FR negativo, apresentou positividade para o anti-CCP na avaliação inicial.

Portanto, o anti-CCP é válido na investigação de poliartrites indiferenciadas, com FR negativo ou manifestações sugestivas de PMR. A positividade do anti-CCP contribui com o diagnóstico de AR, mas, se negativo, não afasta a doença. É usado também como indicador de progressão e prognóstico da doença.

As provas de atividade inflamatória, como VHS e PCR, são de difícil interpretação no idoso, pois podem estar elevadas em outras situações, como infecções, hipercolesterolemia e neoplasias.

Os exames de imagem também auxiliam no diagnóstico. A radiografia convencional é a mais utilizada, mas apresenta limitações, principalmente em fases iniciais da doença, pois pode não estar alterada. Ela é importante no monitoramento da progressão da doença.

Pode-se utilizar a ultrassonografia (US) musculoesquelética, que pode ser complementada com power doppler e doppler colorido, para auxiliar na caracterização de atividade inflamatória. Um estudo comparou a utilização de ultrassonografia na AR do idoso e na AR clássica, mostrando que na AR do idoso a alteração inflamatória é muito maior do que na AR clássica, mesmo com atividade de doença semelhante entre as duas.

A ressonância magnética (RM) também é uma opção, principalmente na fase inicial, pois permite detecção de erosões antes da radiografia. Tanto a US como a RM são métodos com

maior sensibilidade que a radiografia, mas com limitações como custo e falta de padronização.

Diagnóstico diferencial

No idoso, o diagnóstico diferencial é difícil, pois várias doenças cursam com sintomas inespecíficos e podem simular a AR do idoso. Entre esses diagnósticos temos a polimialgia reumática, que pode estar associada à arterite de células gigantes, a síndrome RS3PE, a condrocalcinose poliarticular e as síndromes paraneoplásicas.

A polimialgia reumática é uma síndrome inflamatória sistêmica caracterizada por dor e rigidez matinal prolongada, com acometimento de dois ou três grupos musculares (cinturas escapular e pélvica, região cervical), por um período mínimo de um mês. Caracteriza-se por uma forte associação com arterite temporal. Acomete pessoas acima de 50 anos, e sua incidência aumenta com a idade. O envolvimento articular ocorre em 31% dos pacientes, sendo frequente a sinovite em joelhos, punhos e articulação esternoclavicular. Não há um achado laboratorial específico, porém a VHS é elevada e há uma boa resposta aos corticoides. Um estudo mostrou que a positividade em altos títulos do FR e as provas de atividade inflamatória persistentemente elevadas apesar do uso de corticoide sugerem a presença de AR do idoso.

A síndrome RS3PE é rara e caracteriza-se por poliartrite simétrica, sinovites, principalmente em metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, punhos, ombros, cotovelos, joelhos e tornozelos, além de edema difuso em dorso de mãos e pés. Ela acomete pessoas entre 70 e 80 anos, com predomínio em homens. Não há um achado laboratorial específico – sabe-se que o FR é negativo e não ocorrem erosões ósseas. Tem uma ótima resposta a baixas doses de corticoides. Outras doenças podem cursar com sintomas semelhantes a essa síndrome, entre elas AR do idoso, sarcoidose aguda, artropatia psoriásica, doença mista do tecido conjuntivo. Também pode ser uma manifestação paraneoplásica de linfoma não Hodgkin, neoplasias gástricas, pancreáticas, pulmonares, de cólon, mama e próstata.

A condrocalcinose é caracterizada pela deposição de cristais de hidroxiapatita e outros cristais básicos de fosfato de cálcio, em região periarticular ou intra-articular. Pode se manifestar como um quadro semelhante ao da AR, e sua prevalência aumenta com a idade, podendo acometer 60% dos indivíduos com mais de 70 anos. Outro diagnóstico diferencial pode ser a osteoartrite nodal erosiva, principalmente quando acomete interfalangeanas proximais e quando há processo inflamatório associado à rizoartrose, que pode ser confundida ao acometimento de punhos.

Devem-se ressaltar também no diagnóstico diferencial da AR do idoso as síndromes paraneoplásicas (principalmente doenças hematológicas), as doenças infecciosas e o uso de algumas medicações, como interferon, estatinas, fibratos e tamoxifeno.

Tratamento

O tratamento da AR do idoso tem como objetivo controlar as manifestações clínicas, prevenir dano articular, preservar função e diminuir mortalidade, já que a dor e a rigidez podem contribuir para imobilidade, fraqueza e risco de quedas e, conseqüentemente, para a diminuição da sobrevida.

O tratamento da AR com drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) deve ser iniciado para todos os pacientes a partir da definição do diagnóstico. Sabe-se que a eficácia e a toxicidade das DMCD são semelhantes nas duas faixas etárias, tanto na AR clássica como na AR do idoso. Deve-se lembrar que no idoso o tratamento deve ser cuidadoso, devido à presença de comorbidades e polifarmácia, o que pode contribuir para o aumento de efeitos adversos às drogas.

As medicações utilizadas são:

- Anti-inflamatórios não hormonais são úteis para diminuir o processo inflamatório e a dor, mas, devido ao risco cardiovascular, gastrointestinal e renal, no idoso devem ser usados com cautela.

- Glicocorticoides são utilizados também para diminuir o processo inflamatório e a dor, embora atualmente haja evidências para sua indicação como participantes da modificação do curso da doença, em associação com as DMCD. Devido aos seus efeitos adversos, devem ser usados na menor dose pos-

sível pelo tempo mais abreviado possível.

- Metotrexate (MTX) tem sua eficácia bem definida e atualmente é a medicação padrão para o tratamento de AR clássica e de AR do idoso, pois é capaz de reduzir a atividade da doença, melhorar o estado funcional e reduzir a progressão das lesões radiográficas. Um estudo mostrou que pacientes idosos não tiveram mais efeitos adversos quando comparados com pacientes mais jovens.

Outras medicações utilizadas são os antimaláricos (difosfato de cloroquina e hidroxicloroquina), que são drogas menos potentes, devendo ser usadas em casos iniciais de AR ou em artrites com baixo potencial de erosão. A leflunomida e a sulfassalazina apresentam eficácia semelhante ao MTX no tratamento da AR ativa, mas têm um maior risco de intolerância e toxicidade. Essas drogas podem ser usadas em associação com MTX.

Atualmente, temos disponíveis no Brasil as DMCD biológicas, que são: bloqueadores do TNF (adalimumabe, certolizumabe, etanercepte, infliximabe e golimumabe), bloqueador da coestimulação (abatcepte), bloqueador do receptor da interleucina-6 (tocilizumabe) e depletor de linfócito B (rituximabe). Os agentes biológicos devem estar preferencialmente associados a uma DMCD, principalmente ao MTX. Todas essas medicações biológicas podem ser usadas na AR do idoso, não existindo contraindicação formal ou indicação específica para o seu uso nessa faixa etária. Deve-se ter cuidado com o risco de infecções, insuficiência cardíaca congestiva e doenças desmielinizantes. Portanto, a escolha do melhor tratamento deve ser individualizada.

Referências bibliográficas

1. Gravallesse EM. Bone destruction in arthritis. *Ann Rheum Dis.*2002; 61(Suppl.2):84-6.
2. Rasch EK, Hirsch R,Paulose-Ram R, Hochberg MC. Prevalence of rheumatoid arthritis in persons 60 years of age and older in the United States: effect of different methods of case classification. *Arthritis Rheum.*2003; 48(4):917-26.
3. Laurindo IMM. Artrite reumatoide. *Tratado de clínica médica.*São Paulo-Roca: 2006;Vol.1: 1580-94.
4. Alamanos Y, Drosos AA. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev.* 2005; 4(3):130-6.
5. Tutuncu Z, Kavanaugh A. Rheumatic disease in the elderly: rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.*2007; 33(1):57-70.
6. Goeldner I, Skare TL, de Messias Reason IT, Nisihara RM, Silva MB, da Rosa Utiyama SR.Association of anticyclic citrullinated peptide antibodies with extra-articular manifestations, gender, and tabagism in rheumatoid arthritis patients from southern Brazil. *Clin Rheumatol.* 2011; 30:975-80.
7. Turesson C, Eberhardt K, Jacobsson LT, Lindqvist E. Incidence and predictors of severe extra-articular disease manifestations in an early rheumatoid arthritis inception cohort. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:1543-44.
8. Lima RA, Paula AP, Silva JA, Mota LM, Costa GP, Simaan CK, et al. Artrite reumatoide: estudo comparativo transversal entre a doença do idoso e do adulto jovem. *Rev Bras Reumatol.*2002; 41:S31.
9. Turkcapar N, Demir O, Kopuk M, Turgay M, et al. Late onset rheumatoid arthritis:clinical and laboratory comparisons with yonger onset patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2006; 42(2):225-31.
10. Vitetcoq O,Pouplin S, Krzanowska K, Jouen-Beads F, Menard JF, Gayet A, et al. Rheumatoid factor is the strongest predictor of radiological progression of rheumatoid arthritis in a three-year prospective study in community-recruited patients. *Rheumatology (Oxford).*2003; 42:939-46.
11. Calvo Alen J,Corrales A, Sanchez Andrada S, Fernandez MA, Pena JL, Rodriguez Valverde V. Outcome of late-onset rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.*2005; 24(5):485-89.
12. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988; 31(3):315-24.

13. Mota LM, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, et al. Diretrizes para o diagnóstico da artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol.2013; 53(2):141-157.
14. Lopez-Hoyos M, Ruiz de Alegria C, Blanco R, Crespo J, Peña M, Rodriguez-Valverde V, et al. Clinical utility of anti-CCP antibodies in the differential diagnosis of elderly-onset rheumatoid arthritis and polymyalgia rheumatica. Rheumatology (Oxford).2004; 43(5):655-7.
15. Ceccato F, Roverano S, Barrionuevo A, Rillo O, Paira S. The role of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in the differential diagnosis of elderly-onset rheumatoid arthritis and polymyalgia rheumatica. Clin Rheumatol.2006;25(6):854-7.
16. Dejaco C, Duftner C, Wipfler-Freissmuth E, Weiss H, Schneider T, Schirmer M. Elderly-versus younger-onset rheumatoid arthritis: Higher levels of ultrasound-detected inflammation despite comparable clinical disease activity. Arthritis Care and Research.2013; 65(2):304-8.
17. Pease CT, Haugeberg G, Morgan AW, Montague B, Hensor EMA, Bhakta BB. Diagnosing late onset rheumatoid arthritis, polymyalgia rheumatic, and temporal arteritis in patients presenting with polymyalgic symptoms. A prospective long-term evaluation. J. Rheumatol. 2005;32(6):1043-46.
18. Olivé A, del Blanco J, Pons M, Vaquero M, Tena X. The clinical spectrum of remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. The Catalán Group for the Study of RS3PE. J. Rheumatol.1997; 24(2):333-6.
19. Russel EB. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema syndrome: follow up for neoplasia. J. Rheumatol. 2005, 32(9):1760-1.
20. Fietta P, Manganelli P. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema syndrome: follow up for neoplasia. J. Rheumatol.2006; 33(11):2365-6.
21. Quiceno GA, Cush JJ. Iatrogenic rheumatic syndromes in the elderly. Rheum Dis Clin North Am.2007, 33(1):123-34.
22. Soubrier M, Mathieu S, Payet S, Dubost JJ, Ristori JM. Elderly-onset rheumatoid arthritis. Joint, Bone, Spine. 2010; 77(4): 290-96.
23. Mota LM, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, et al. Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol. 2013; 53(2):158-183.
24. Van Everdinger AA, Jacobs JW, Siewertsz Van Reesema DR, Bijlsma JW. Low-dose prednisone therapy for patients with early rheumatoid arthritis: clinical efficacy, disease-modifying properties, and side effects: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. Ann Intern Med.2002;136:1-12.
25. Sulli A, Montecucco CM, Cavagna L, Montagna P, Capellino S, et al. Glucocorticoid effects on adrenal steroids and cytokine responsiveness in polymyalgia rheumatic and elderly onset rheumatoid arthritis. Ann NY Acad Sci.2006;1069:307-14.



Em 2015 a **Academia Nacional de Cuidados Paliativos** completa **dez anos**.

Uma década de esforços para o crescimento e reconhecimento dos Cuidados Paliativos no Brasil.

Uma década de **obstáculos vencidos e conquistas comemoradas**, sempre em prol do paciente.

Mas precisamos de mais – muito mais. Mais gente, mais mãos, mais corações envolvidos com essa causa. Queremos que esse movimento cresça, porque **unidos somos mais fortes**.



Venha conosco nessa jornada.
Faça parte desse círculo, associe-se.

Juntos, podemos mais!

www.paliativo.org.br

**Para você, uma escolha segura e eficaz.
Para seus pacientes, uma nova qualidade de vida.**



MAXIMA PROMOÇÕES

**Natural, seguro e sem contraindicação.
Descubra a eficácia comprovada* de GENACOL.**

*De acordo com os resultados de estudos clínicos internacionais

Tecnologia AminoLock®

- Fórmula exclusiva: maiores índices de absorção e síntese dos colágenos
- Matriz de aminoácidos feita a partir de peptídeos do colágeno hidrolisado 100% puro
- Estimula a produção e absorção dos colágenos TIPOS I, II, III, IV e V.

Alívio nas dores de:

- Artrite ● Artrose ● Tendinite ● Fibromialgia

Mais saúde e regeneração para:

- Cartilagens ● Ligamentos ● Tendões ● Músculos ● Ossos



PODE SER USADO CONCOMITANTE
A OUTROS TRATAMENTOS.

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

www.genacol.com.br

 /genacol.br

Genacol®
REATIVE-SE

ARQUEOLOGIA E MEMÓRIA



O Museu de Arqueologia e Etnologia (MAE) da USP oferece a oficina Arqueologia e Memória: Oficina para a Terceira Idade, de 25 de feve-

reiro a 1 de julho. Durante a oficina serão realizadas atividades educativas e lúdicas que envolvem reflexões sobre arqueologia, etnologia, museologia e objetos biográficos; elaboração de trabalhos com várias formas de expressão (escrita, desenho, bordado, cerâmica) relacionados às reflexões acima; e elaboração e montagem da exposição. São 25 vagas disponíveis.

A atividade faz parte do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da USP. As inscrições podem ser feitas de 2 a 24 de fevereiro pelo e-mail: educativo.mae@usp.br.

IDOSOS NA WIKIPÉDIA



A Wikipédia ainda é um dos experimentos mais interessantes da internet – uma enciclopédia online em que pessoas comuns do mundo todo escrevem e editam de maneira colaborativa, mantendo as informações

atualizadas e precisas.

De olho em inovações, a Wikipédia na República Tcheca desenvolveu o projeto “Senior Citizens Write Wikipedia” (Cidadãos idosos escrevem a Wikipédia, em tradução livre), cujo objetivo foi ensinar idosos a colaborar e editar materiais.

Depois de várias ações para divulgar a iniciativa, um total de 37 idosos se inscreveu para participar das aulas semanais. Uma breve visita às suas páginas de usuários mostra como eles podem ser valiosos como colaboradores: a maioria tinha ensino superior e falava várias línguas. Alguns deles eram pesquisadores. Segundo os coordenadores do projeto, através dessa ação os idosos se tornaram produtores de conteúdo digital em vez de simples consumidores e todos se beneficiaram de seu conhecimento acumulado durante uma vida toda.

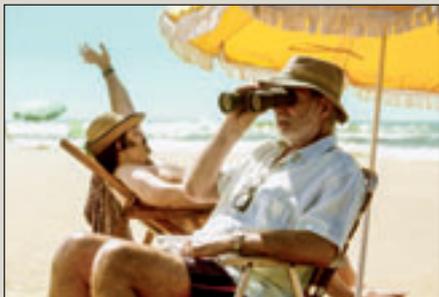
MENOS É MAIS



Muitos americanos vêm adotando um estilo de vida baseado no desapego. Essa é a filosofia do “Tiny House Movement” (Movimento das casas minúsculas, em tradução livre), que reúne adeptos que querem reduzir o que têm, consumir menos e usufruir de uma casa e de um estilo de vida mais simples e customizado. Qualquer casa com menos de 93 m² é oficialmente “minúscula”, mas a maioria varia entre 10 e 40 m².

O movimento cresce principalmente entre pessoas jovens e sem filhos, mas está ganhando força entre gente mais velha: cerca de 40% dos proprietários de casas minúsculas têm mais de 50 anos. Entre as vantagens citadas para esse tipo de moradia estão redução nos gastos, maior liberdade, menor impacto no ambiente e melhores relacionamentos. Por outro lado, muita gente tem dificuldade de se desfazer de suas pertences e a burocracia pode ser complicada, já que elas não são bem-vindas em todas as cidades.

SR. KAPLAN



Eu fiz algo de memorável? Essa é a pergunta do Sr. Kaplan, personagem que dá nome ao novo longa da **Pandora Filmes** que estreia no final de fevereiro. É uma coprodução entre Uruguai, Alemanha e Espanha que foi a indicação uruguaia para o Oscar de 2015.

Baseado no romance *El Salmo de Kaplan*, de Marco Schwartz, o enredo conta a história de Jacobo Kaplan (Hector Noguera), um senhor judeu de 76 anos entediado com a ociosidade da velhice. O personagem mergulha em uma missão que o tira da mesmice: desmascarar um ex-nazista que vive em uma pequena praia vizinha. Tudo começa quando Kaplan ouve de seu médico que não poderá mais dirigir, e seus filhos contratam Wilson Contreras (Néstor Guzzini), amigo da família, para ser seu motorista. A situação evolui para uma amizade entre os dois personagens insatisfeitos com o momento em que vivem. Kaplan passa pelas limitações da velhice e Contreras está desempregado. Os dois começam então uma jornada de situações cômicas em meio a insolações e muito calor, perseguições e vilões.

Para o diretor do filme, Álvaro Brechner, o objetivo foi, por meio de personagens que mostram contradições e fragilidades, retratar com humor a história de um homem que teme a morte. Diante dela, ele reavalia seus valores e seus receios de perda de identidade, e seu desejo inato de deixar uma marca de sua passagem pelo mundo.

COMUNIDADE ATIVA



O **Centro de Referência do Idoso da Zona Norte** acaba de abrir inscrições para o curso Comunidade Ativa. O objetivo é capacitar e estimular a formação e a participação política do idoso e de lideranças que atuam na área do envelhecimento. Entre os

temas abordados estão movimentos sociais, políticas públicas, violência e maus-tratos contra o idoso e protagonismo e empoderamento da pessoa idosa.

O curso acontecerá todas as quintas-feiras, das 14h às 16h30, entre os dias 19 de março e 28 de maio. As inscrições podem ser feitas de 2 de fevereiro a 2 de março pelos telefones (11) 2972-9218 e (11) 2972-9240.

ENCONTRO DE GERAÇÕES



Um projeto intergeracional holandês encontrou uma forma criativa de evitar o isolamento social dos idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPI). Através dessa iniciativa, estudantes podem morar nas

ILPIs em troca de 30 horas por mês de trabalho dedicado a idosos institucionalizados. É o caso da residência **Humanitas**, na cidade de Deventer, cuja motivação principal não é econômica, mas social, pois é uma forma de evitar o isolamento social dos idosos.

Os estudantes contribuem com o que falta às enfermeiras e ao resto da equipe que lá trabalha: tempo. Segundo Arjen Meihuizen, coordenador das atividades da instituição, os estudantes visitam os idosos para bater papo, jogar com eles, acompanhá-los ao shopping ou ainda fazer compras para aqueles que não podem sair por sua condição de saúde.

A ideia teve uma ótima repercussão num país em que muita gente se envolve com trabalho voluntário, e outras ILPIs vêm desenvolvendo seu próprio programa intergeracional.

Duplo cuidado

Especialistas falam sobre a importância do bem-estar para os cuidadores dos pacientes de Alzheimer

Por Christye Cantero



Quem viaja de avião já sabe até de cor um dos avisos da equipe de tripulantes: “Em caso de depressurização, as máscaras de oxigênio cairão automaticamente. Caso esteja acompanhado de alguém que necessite de ajuda, coloque primeiramente a máscara em você para em seguida ajudar a outra pessoa”.

Esse “aviso de segurança” ilustra bem o que acontece na relação entre um paciente portador de uma doença que exige cuidados acirrados, como o Alzheimer, e quem zela por ele. Se a pessoa responsável pela atenção no dia a dia não estiver bem, isso acabará se refletindo na qualidade de vida do paciente.

Segundo Selma Castro de Lima, cuidadora familiar, portavoza e membro do Conselho Fiscal da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ/Nacional), pesquisas apontam que o declínio do paciente com doença de Alzheimer (DA) e suas demandas específicas são fatores de estresse constantes para os cuidadores. “Por causa disso, eles costumam apresentar alguns sintomas psiquiátricos, especialmente depressão, além de comprometimento no sistema imunológico, acidente vascular cerebral (AVC) e altos índices de conflitos familiares, necessitando de acompanhamento e supervisão constantes”, comenta.

Segundo os especialistas entrevistados para esta reportagem, o problema começa logo no diagnóstico. Muitos familiares relutam em aceitar que a doença existe e acabam consultando dois ou mais médicos para confirmá-lo. A psicóloga Vera Bifulco, do Instituto Paulista de Cancerologia (IPC), aponta que o impacto do diagnóstico é tão grande que o cuidador/familiar se esquece de que, se ele próprio não estiver bem física, espiritual, mental e economicamente, não terá condições de cuidar de alguém.

Como explica Cybelle Diniz, médica especialista em geriatria e gerontologia e mestre em ciências da saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), apesar do avanço no campo de laboratório e imagem, a certeza só acontece pela biópsia *post mortem* do tecido cerebral. “Assim, sempre paira uma dúvida que inquieta o familiar. A sobrecarga física é grande, mas a emocional é ainda maior, como demonstra o último relatório da *Alzheimer’s Disease – Facts and Figures 2014* sobre o cuidador/familiar: quando comparado com outras doenças que causam o mesmo nível de incapacidade, o Alzheimer provoca maior sobrecarga no cuidador”, comenta Cybelle. “Muitos familiares experimentam um luto antecipado. Isso é ruim para ambos, pois, apesar de estar com limitações neurológicas, o paciente com DA não morreu. O familiar vive uma dualidade entre querer estar ao lado do paciente e a sobrecarga do cuidado”, diz.

Por isso, é necessário que os profissionais de saúde lancem um olhar atento não apenas para o paciente, mas também para quem zela por ele. A psicóloga Fernanda Gouveia Paulino, ex-presidente da ABRAZ e docente da Pontifícia Universidade

Católica (PUC), afirma que, aos poucos, a classe médica tem se sensibilizado sobre a importância da atenção ao familiar/cuidador do portador de Alzheimer. “Antes o paciente diagnosticado com DA tinha expectativa de sete anos de vida. Com os tratamentos disponíveis, isso passou para 11 anos, e agora são 15. Isso exige uma reorganização de longo prazo no sistema familiar”, comenta.

Fernanda afirma que a doença, que é progressiva e degenerativa, envolve momentos muito diferentes tanto para o paciente como para a família, e leva a mudanças no estilo de vida para ambas as partes. A primeira delas é a aceitação. “Isso é importante para a qualidade de vida do paciente, pois diminui os conflitos e favorece a estimulação. Se a família aceita o diagnóstico, pode estimular cognitivamente, e adequadamente, o portador de DA com os recursos disponíveis”, diz.

Depois do diagnóstico, há a fase em que o paciente precisa que os familiares tomem decisões por ele. Isso acontece quando, por exemplo, ele paga a mesma conta três vezes ou começa a dizer que o dinheiro sumiu. “Nesse caso, quem cuida tem de ter estratégias para acalmá-lo. Isso não quer dizer que o paciente precise de acompanhamento psicológico, apenas que alguém organize sua rotina. O familiar/cuidador terá de assumir suas tarefas e tomar o seu papel. Para os filhos que cuidam do pai ou da mãe, há uma inversão hierárquica, e pode dar a impressão de que estão invadindo a privacidade dos pais”, revela. “E, no final, tem o processo de despedida, que é dolorido. Nessa fase, o paciente já não estabelece uma relação afetiva com os cuidadores e pode ter dificuldades para se comunicar e mesmo para se alimentar”. Segundo Fernanda, é fundamental que a família esteja alinhada, para não sobrecarregar uma única pessoa.

DICAS PARA O CUIDADOR LIDAR COM O DIA A DIA

- Cuidar da própria saúde
- Fazer atividade física
- Alimentar-se adequadamente
- Ter momentos voltados a questões pessoais, como aula de dança, de pintura, ir ao cinema
- Se preciso, buscar apoio psicológico
- Saber se organizar (tanto a vida pessoal quanto a do paciente)
- Participar de grupos de apoio
- Evitar sobrecarga de trabalho, combinando com os familiares uma escala de atendimento ao paciente
- Estabelecer programa de lazer e apoio espiritual, oração e meditação

Zelando pelo cuidador

É fato: para cuidar bem, é preciso estar bem. E isso quer dizer, inclusive, não abrir mão da própria vida. Geraldine Alves dos Santos, professora de psicologia da Universidade Feevale, alerta que, muitas vezes, o cuidador acaba fazendo da sua vida a do paciente. “O paciente naturalmente precisa de atenção, mas o cuidador também, por isso deve manter suas atividades laborais, de lazer e suas relações familiares e de amizade. O bem-estar de um depende do bem-estar do outro”, comenta.

De acordo com a especialista, é comum o cuidador abraçar isso como uma profissão e passar a pensar que ninguém pode substituí-lo. “Esse erro deve ser evitado desde as primeiras etapas da doença, para que ele evite o estresse decorrente do cuidado. Toda essa atenção deve ocorrer, pois o sofrimento do cuidador é muito grande ao perceber a evolução das etapas da doença. E são vários os lutos que têm de ser realizados ao longo da DA. Como esse processo é difícil, é preciso estar muito bem amparado física, social e emocionalmente, além, é claro, dos aspectos financeiros e espirituais”, diz Geraldine.

Para manter a saúde física e mental em dia, a médica Cybelle diz que é importante conversar com familiares e amigos e descobrir com quem se pode contar. A partir dessa lista de apoio, é preciso organizar sua vida e a do paciente. “A ABRAZ é uma forma de apoio e aprendizado de alta qualidade (www.abraz.org.br) Muitas igrejas e centros comunitários têm palestras e podem ajudar a socializar tanto o familiar/cuidador quanto o portador de DA”, diz.

A psicóloga Vera, do IPC, reforça a importância dos grupos de apoio da ABRAZ. Por meio de palestras gratuitas, cuidadores e familiares recebem informações sobre as várias fases da doença e sobre como lidar com cada uma delas. “Escolho pessoas para falar de cuidados paliativos na demência, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros especialistas. Nesses encontros também se fala muito do luto – o físico é o último deles, mas quantos lutos diários o familiar já não está passando com o portador que não reconhece mais o filho, o pai, a mãe ou o esposo?

Quem é o cuidador?

Segundo Selma, da ABRAZ, o cuidador familiar é aquele que convive e cuida com amor da pessoa com demência. É a ponte entre o paciente, a equipe inter e multidisciplinar de saúde, familiares e auxiliares.

Apesar de levantamentos apontarem que os cuidadores são geralmente do sexo feminino, esposas ou filhas dos pacientes, isso não deve ser considerado um padrão. “Com a progressão do número de idosos e, conseqüentemente, dos casos de Alzheimer e de outras demências, todos os familiares precisarão auxiliar. Além disso, as famílias estão ficando cada vez menores, e as mulheres, culturalmente consideradas cuidadoras, estão no mercado de trabalho e, muitas vezes, impossibilitadas de exercer esse papel”, afirma a professora Geraldine.

Segundo Vera, que há dez anos está à frente do Projeto Cuidador, um grupo de apoio a cuidadores da ABRAZ no Hospital Santa Catarina, em São Paulo, algumas coisas mudaram de uma década para cá. “Há dez anos, quem cuidava era alguém da família. Agora não. Temos hoje um projeto que capacita cuidadores – tanto formais, que são pagos para exercer a função, quanto informais, que são os que surgem na família, geralmente o cônjuge ou um dos filhos”, aponta. E são prioritariamente mulheres? Nem sempre. “A mulher nasce com a essência do cuidar. É inerente ao universo feminino. Mas já vi casos em que o filho cuida melhor da mãe do que a filha ou de genro que cuida primorosamente da sogra”, revela.

A psicóloga comenta que a opção de ter um cuidador formal ou alguém da família irá depender de cada caso. “Há situações em que a família é bem estruturada e quer cuidar, e as tarefas são divididas entre os familiares. Quem pode e quer dispor de um cuidador pode delegar cuidados mais pesados, como dar banho e trocar fralda. E a família fica junto nas refeições, leva para passear, dá carinho e amor. Isso é mais importante do que se exaurir com outras tarefas e não quer dizer que tem menos amor pelo paciente”, aponta Vera.

PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Com o envelhecimento da população, a tendência é que o número de pessoas com DA também aumente. Quanto mais informação se tiver sobre o tratamento e os cuidados com a doença, melhor para pacientes, familiares e cuidadores.

Para isso, a ABRAZ está desenvolvendo um projeto que consiste no preenchimento de um questionário online por cuidadores e familiares, com o objetivo de levantar dados sobre a adesão ao tratamento e a busca de cuidados para a doença. “Queremos in-

vestigar as informações recebidas e os tratamentos seguidos, identificando estratégias que favoreçam ou prejudiquem a adesão, que sabidamente é baixa”, explica a psicóloga Fernanda Gouveia, que está à frente da iniciativa.

Segundo ela, com os resultados pretende-se desenhar métodos que permitam uma melhor adesão, visto que tanto o tratamento medicamentoso quanto o não farmacológico são ferramentas eficazes para retardar a doença e promover assistência de qualidade com vida digna.

Para acessar o questionário, basta escrever para abraz.pesquisa@gmail.com.

Novartis

RADAR :: lançamentos e notícias do mercado de saúde

VERSÃO GENÉRICA DE MEDICAMENTO PARA DISFUNÇÃO ERÉTIL



A **Sandoz**, divisão de genéricos do Grupo Novartis, será a primeira farmacêutica a lançar no mercado a versão genérica do medicamento para disfunção erétil **Cialis®** (tadalafila). A novidade é fruto

de um acordo comercial com a Eli Lilly do Brasil®.

“Com este medicamento vamos alcançar uma gama de pacientes a partir dos 40 anos que, por causas variadas, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes, problemas neurológicos, hiperplasia benigna ou cirurgia de prostatectomia, não podem manter uma vida sexual ativa”, explica Diego Santoro, diretor de marketing e desenvolvimento de negócios.

O medicamento poderá ser encontrado nas versões de 20 mg com dose única, dois e quatro comprimidos e apresentação de 5 mg com 28 comprimidos para uso diário. A ação do princípio ativo tadalafila se inicia, em média, a partir de 30 minutos após a ingestão do medicamento e pode agir por até 36 horas, de acordo com a apresentação em uso.

APLICATIVO PARA PACIENTES COM HIPOTIREOIDISMO



A **Abbott** desenvolveu um aplicativo para pacientes com disfunção na glândula tireoide, que deixa de produzir hormônios suficientes para a necessidade do organismo. Conhecido como SynApp, o aplicativo

traz diversas facilidades aos pacientes que fazem uso diário da levotiroxina, hormônio sintético que substitui o tireoidiano, como alertas de horários de tomadas de medicação, data de nova compra, bem como futuras consultas.

O paciente também tem acesso a uma área exclusiva destinada ao envio de resultados de exames de TSH (*thyroid-stimulating hormone*), que servem para medir a quantidade de hormônio estimulante da tireoide no sangue. Isso ajuda o médico a se manter atualizado sobre a situação do paciente e auxilia o tratamento de maneira adequada e personalizada.

A novidade encontra-se disponível na Apple Store ou na Play Store. Basta digitar a palavra SynApp para baixar o aplicativo gratuitamente.

EM NOVA EMBALAGEM



A **Nova Química** está relançando para a classe médica o benzodiazepínico **Diazepam® NQ**, cujo princípio ativo é o Diazepam, que tem vasta experiência clínica. **Diazepam® NQ** está com nova embalagem, mas sua formulação continua inalterada.

Diazepam® NQ é indicado para o alívio sintomático da ansiedade, tensão e outras queixas somáticas ou psicológicas associadas com a síndrome da ansiedade. Pode ser útil como adjuvante no tratamento da agitação relacionada a transtorno psiquiátrico. Pode ser indicado também em

casos de estado epiléptico, relaxamento muscular, pré-medicação anestésica e para o tratamento da abstinência alcoólica.

Diazepam® NQ está disponível nas dosagens de 5 mg e 10 mg, com 20 comprimidos.

EQUIPAMENTO PORTÁTIL VERIFICA ANTICOAGULAÇÃO DO SANGUE



O **Alta Excelência Diagnóstica**, centro de diagnóstico focado no cliente premium, disponibiliza aos seus pacientes o CoaguChek, equipamento portátil que mede em tempo real a eficácia de determinados medicamentos orais para a anticoagulação do sangue. O aparelho faz a verificação em apenas 6 minutos, com liberação do laudo em 30 minutos – uma economia de tempo de 83% em relação ao exame “tempo de protrombina” convencional (INR), cujo resultado leva pelo menos três horas para ficar pronto no atendimento ambulatorial, se solicitado com urgência.

O aparelho conta com um sistema de punção que permite o recolhimento mínimo exato da quantidade de sangue necessária à amostra, sem ter de recorrer à coleta de sangue venoso.

Segundo Regina Biasoli Kiyota, coordenadora de Análises Clínicas do Alta, o CoaguChek é especialmente útil em situações de emergência. “Com ele é possível descobrir com exatidão se o paciente sob anticoagulação possui risco aumentado de trombose ou de sangramento iminente, para adequação do tratamento”, disse. Em caso positivo, a comunicação entre o laboratório e o médico que solicitou o controle fica mais ágil e garante a melhor tomada de decisão.

SOLUÇÃO COMPLETA PARA INCONTINÊNCIA INTENSA



Plenitud, a marca especializada em cuidado adulto da **Kimberly-Clark**, inicia o ano de 2015 com dois lançamentos que oferecem uma solução completa para incontinência urinária intensa.

Plenitud Active Plus é uma roupa íntima descartável com proteção para incontinência que oferece a mesma capacidade de absorção que uma fralda geriátrica comum. Active Plus oferece uma absorção em segundos para uma pele mais seca, e cintura respirável para maior circulação do ar, contribuindo para o cuidado com a pele.

Já os Lenços Umedecidos Plenitud foram relançados em nova embalagem, com um produto mais macio para o momento da higiene íntima e corporal e um exclusivo sistema neutralizador de odores.

CENTRO DE REABILITAÇÃO CERTIFICADO



Com foco em melhorar os serviços de saúde do mundo, a certificadora americana Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) acaba de validar o **Centro de Reabilitação do Hospital Sírio-Libanês (HSL)**, em São Paulo. O HSL foi o primeiro centro médico privado brasileiro a obter o selo.

Concedido depois de uma auditoria de três dias, o selo tem validade de três anos e certifica a qualidade do trabalho assistencial com foco em reabilitação física, psicossocial e profissional. Com uma equipe multidisciplinar, o centro desenvolve atividades não apenas com foco na doença, mas também para o acolhimento e entendimento das necessidades particulares de cada paciente.

Fundado em 1966, o CARF é um grupo sem fins lucrativos e inclui também o CARF Canadá e o CARF Europa.

PROGRAMA-SE :: cursos, congressos e simpósios

2015

abr/mai

➡ VII COMLAT – Congresso do Comitê Latino-Americano e Caribe em Geriatria e Gerontologia
9 a 11 de abril • Hangar, Belém, PA • www.comlat2015.com.br

➡ XXV Jornada Paranaense de Geriatria e Gerontologia III Simpósio Idoso na Atenção Primária
10 e 11 de abril • Associação Médica do Paraná • Curitiba, PR • www.jornadasboggpr.org.br

➡ World Congress on Brain, Behavior and Emotions 2015
29 de abril a 2 de maio • FIERGS, Porto Alegre, RS • www.braincongress2015.com

➡ 14th World Congress of the European Association for Palliative Care
8 a 10 de maio • Copenhagen, Dinamarca • www.eapc-2015.org

➡ Life@50+ National Event – AARP
14 a 16 de maio • Miami, FL, EUA • www.aarp.org

➡ The American Geriatrics Society 2015 Annual Scientific Meeting
14 a 17 de maio • National Harbor, MD, EUA • www.americangeriatrics.org

➡ XVII Jornada de Inverno da SBGG-RS
29 a 30 de maio • Hotel Deville • Porto Alegre, RS • www.ccmew.com/sbgg2015

➡ 7ª Jornada Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia (JIGG)
30 de maio • Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa • São Paulo, SP

jun/jul/ago

➡ VI Congresso de Nutrição Integrada GANEPÃO 2015 II Congresso Brasileiro de Probióticos, Prebióticos e Simbióticos
16 a 20 de junho • Centro de Convenções Rebouças • São Paulo, SP • www.ganepao.com.br

➡ VIII Congresso Norte e Nordeste de Geriatria e Gerontologia
30 de julho a 1 de agosto • Centro de Convenções Ruth Cardoso • Maceió, AL • www.gerontomaceio.com.br

➡ GERO 2015
7 e 8 de agosto • Centro de Convenções Rebouças • São Paulo, SP • clc@clceventos.com.br

➡ VIII Congresso de Geriatria e Gerontologia de Minas Gerais
27 a 30 de agosto • Centro de Artes e Convenções da UFOP • Ouro Preto, MG • www.congressogeriatrics.com.br

set/out/nov

➡ VIII Congresso de Geriatria e Gerontologia do Rio de Janeiro (GeriatRio 2015)
3 a 6 de setembro • Centro de Convenções Hotel Royal Tulip • Rio de Janeiro, RJ • www.geriatrio2015.com.br

➡ VI Congresso Brasileiro de Neuropsiquiatria Geriátrica
17 a 19 de setembro • Centro de Convenções Rebouças • São Paulo, SP • www.abnpg2015.com.br

➡ II Congresso Brasileiro de Nutrição e Envelhecimento
8 a 10 de outubro • Centro de Eventos do Hotel Plaza São Rafael • Porto Alegre, RS • www.cbne2015.com.br

➡ 9º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia
19 a 21 de novembro • Centro de Convenções Frei Caneca • São Paulo, SP • www.gerp2015.com.br



O Comlat espera você!

VII COMLAT

— Belém • Pará • Brasil • de 9 a 11 / 04 / 2015 —
Inovação Científica, Sustentabilidade e Envelhecimento



Acesse o site e participe: www.comlat2015.com.br

Promoção:



Realização:



Apoio:



Patrocinador Platina:



Organização:





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



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

BIGFRAL