

FYI

SELEÇÃO DE ESTUDOS EM PERIÓDICOS
NACIONAIS E INTERNACIONAIS



EM MOVIMENTO

IDEIAS E RECURSOS PARA
O PACIENTE E O CUIDADOR

RADAR

LANÇAMENTOS E NOTÍCIAS
DO MERCADO DE SAÚDE

ano I • edição 4
março/abril 2013



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

CONDIÇÕES CRÔNICAS NO IDOSO

Polifarmácia, iatrogenia, adesão
ao tratamento: saiba como
manejar múltiplas condições
crônicas no idoso

ODONTOLOGIA

Implantes dentais:
um recurso para
qualquer idade

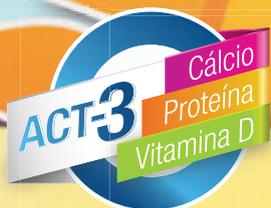
DIFERENÇA

Entenda as diretivas
antecipadas de vontade
e como elas se encaixam
na geriatria

Distribuição exclusiva
para a classe médica

NOVO NUTREN® SENIOR

VIDA ATIVA EM QUALQUER IDADE



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

Sem Sabor

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

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

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

Para mais informações, acesse:

www.nestlehealthscience.com.br

Serviço de Atendimento ao Profissional de Saúde 0800-7702461 - SMS 25770

Para solucionar dúvidas, entre em contato com seu Representante



NestléHealthScience

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



7 Colóquio

O geriatra **Ricardo Komatsu**, da Faculdade de Medicina de Marília, analisa o ensino da especialidade nas universidades brasileiras



11 FYI

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

13 Capa

O manejo de múltiplas condições crônicas é hoje um dos maiores desafios nos pacientes idosos. Veja as principais dificuldades e como lidar com elas

19 Gastroenterologia

Cirurgia bariátrica no idoso
Alexander Charles Morrell



24 Odontologia

Implantes dentais: um recurso para qualquer idade
Marli Amanda Davanço Leite

30 Clínica médica

Interações medicamentosas em idosos
Maria Cristina Guerra Passarelli

35 Em movimento

Ideias e recursos para o paciente e o cuidador

37 Diferença

Entenda as diretivas antecipadas de vontade e como elas se encaixam no contexto da geriatria

40 Radar

Lançamentos e notícias do mercado de saúde

42 Programe-se

Anote na agenda: simpósios, congressos e workshops



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

GERIATRIA

Editor clínico:

João Toniolo Neto

Conselho editorial:

Claudia Burlá

Clineu de Mello Almada Filho

Cybelles Maria Costa Diniz

Eduardo Ferriolli

Elisa Franco de Assis Costa

Elizabeth Viana de Freitas

Emilio Hideyuki Moriguchi

Eurico T. De Carvalho Filho

Fânia Cristina dos Santos

João Carlos Barbosa Machado

João Senger

Julio César Moriguti

Matheus Papaléo Netto

Mauricio de Miranda Ventura

Maysa Seabra Cendoroglo

Milton Luiz Gorzoni

Naira H. Salles de Lima Hojaij

Nereida Kilza da Costa Lima

Omar Jaluul

Paulo Renato Canineu

Renato Maia Guimarães

Renato Moraes Alves Fabbri

Renato Peixoto Veras

Roberto Dischinger Miranda

Sami Liberman

Vitor Last Pintarelli

Wilson Jacob Filho

Yukio Moriguchi

Colaboradores:

Alexandre Leopold Busse

Amanda Aranha

André Kayano

André Pernambuco

Bibiana Povinelli

Carlos André Uehara

Eduardo Canteiro Cruz

Felix Martiniano M. Filho

Ianna Lacerda Sampaio Braga

Lara Miguel Quirino Araújo

Lilian Faria

Lilian Schafirovits Morillo

Luciana Farias

Luiz Antonio Gil Jr.

Marcelo Valente

Rodrigo Demarch

Rodrigo Flora

Sumika Mori Lin

Thiago Avelino

Venceslau Coelho

GERONTOLOGIA

Editora clínica:

Claudia Fló

Adriana Keller Coelho

Alexandre Leopold Busse

Anita Liberalesso Neri

Elaine Rodrigues da M. Baptista

Eliane Jost Blessmann

Eloisa Adler Scharfstein

Fábio Falcão de Carvalho

Fernanda Varkala Lanuez

João Marcos Domingues Dias

Johannes Doll

Jordelina Schier

Laura Mello Machado

Leani Souza Máximo Pereira

Leila Auxiliadora J. de Sant'Ana

Leonor Campos Mauad

Ligia Py

Maria Angelica S. Sanchez

Maria Claudia M. Borges

Mariela Besse

Marisa Accioly Domingues

Monica Rodrigues Perracini

Myrian Spinola Najas

Naira de Fátima Dutra Lemos

Rita de Cássia Guedes

Sabrina Michels Muchale

Sandra Regina Gomes

Sonia Lima Medeiros

Telma de Almeida B. Mendes

Tereza Bilton

Túlia Fernanda Meira Garcia

Valmari Cristina Aranha

Viviane Lemos Silva Fernandes

Wilson Jacob Filho

Zally P. Vasconcelos Queiroz

Aptare

GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Editorial

Lilian Liang

Projeto gráfico e direção de arte

Luciana Cury

Revisão

Patrícia Villas Bôas Cueva

Comercial

Thelma Guimarães

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:

Thelma Guimarães

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição: Alexander Charles Morrell,

Flávia Lo Bello, Maria Cristina Guerra Passarelli,

Marli Amanda Davanço Leite e Sergio Azman

A revista *Aptare – Geriatria e Gerontologia para Especialidades Clínicas* é bimestral e de distribuição gratuita em todo o território nacional. Seu objetivo é aproximar do profissional clínico o universo do envelhecimento, trazendo informações novas e de qualidade sobre o cuidado do paciente idoso.

As opiniões aqui expressas não refletem necessariamente a posição da revista.



DÍNAMO EDITORA

Endereço para correspondência

Rua João Álvares Soares, 1288

Campo Belo – 04609-003 – São Paulo – SP

Tel: (11) 2337-8763

E-mail: contato@dinamoeditora.com.br

Pré-impressão e impressão

Ipsis Gráfica e Editora

Tiragem

12.500 exemplares

Exercício de reflexão



O filme *Amor*, do diretor austríaco Michael Haneke, não só levou a estatueta de melhor filme estrangeiro no Oscar deste ano, como também fez a nós todos um grande favor: trouxe à telona um drama que se desenrola todos os dias no mundo todo.

A história é simples: a vida de um casal de octogenários, Anne e Georges, ambos professores de música em Paris, sofre uma reviravolta quando Anne sofre um derrame e Georges passa a ser responsável por seu cuidado. Um filme rodado com um realismo cru e uma delicadeza desconcertante, que traz questões importantes e familiares a todos nós: nossos pais idosos, nossos pacientes idosos, nosso próprio envelhecimento. Quando as luzes do cinema se acendem, a reflexão é inevitável.

É esse mesmo tipo de reflexão que procuramos provocar com a *Aptare*. Acreditamos que, quanto mais discutimos, mais avançamos na direção de propor-

cionar um envelhecimento melhor para milhares de brasileiros que todos os dias cruzam a linha dos 60 – limite que, aliás, já começa a ser questionado. Para isso, procuramos trazer temas que aproximem o profissional clínico da realidade do idoso e que o obriguem a pensar fora dos moldes a que está habituado.

A edição que você tem em mãos, por exemplo, traz um artigo sobre implantes dentários no idoso, de autoria da odontogeriatra Amanda Davanço. “Implantes?”, você vai perguntar. Sim, implantes. E outro sobre cirurgia bariátrica no idoso, escrito pelo especialista Alexander Morrell. São temas geralmente pouco associados a esses pacientes e que, no entanto, podem trazer um ganho em qualidade de vida imensurável. Basta estarmos atentos a eles.

Ainda nessa linha, o repórter Sergio Azman traz um panorama detalhado da resolução do Conselho Federal de Medicina sobre as diretivas antecipadas de vontade, aprovada em agosto do ano

passado. No contexto da geriatria, essa discussão se faz ainda mais necessária. O que falta é engajar e equipar os profissionais clínicos a ter essa conversa com seus pacientes. É ela que vai não só servir como bússola na hora mais complicada mas também fortalecer o vínculo médico-paciente, que parece ter se perdido em algum lugar da atualidade tecnológica em que vivemos.

Quando nos propomos a enxergar por outro ângulo, novas possibilidades se abrem. Haneke conseguiu fazer isso de uma maneira primorosa com *Amor*. É o que nos esforçamos para fazer, edição após edição, aqui na *Aptare*.

Boa leitura!

Lilian Liang
Editora

CARTAS



• Chegou às minhas mãos a revista *Aptare*, que tive o privilégio de ler. Considero uma produção excelente na área de geriatria. Parabéns!

Helenio Bastos de Carvalho
CRM-MG 10988

• Faço residência em geriatria na Unicamp e recebi um exemplar da revista *Aptare*. Gostei muito dos artigos e da revista!

Vívian Bespo de Souza
CRM 140588

• Sou médica em Cuiabá (MT) e terminei minha pós-graduação em geriatria em Belo Horizonte, onde tive contato com a *Aptare*. A revista é excelente.

Rosana Muniz Paiva
CRM-MT 4851

• Recebi um exemplar da *Aptare* e fiquei surpresa com a qualidade dos artigos. Sou assinante de revistas internacionais como *Clinics in Geriatrics Medicine* porque encontrava dificuldade de encontrar exemplares com o nível da *Aptare*. Parabéns!

Sandra Gaia Dephelippe
CRM-RJ 257910

• Tive acesso ao exemplar da primeira edição da *Aptare* e gostaria de dizer que achei a revista muito interessante. Parabéns!

Adriana Vasques
Neuropsicóloga

• Trata-se de uma revista de alta contribuição para aqueles que se relacionam profissionalmente com os idosos e mesmo aos geriatras e gerontólogos, como modelo de esclarecimento aos coparticipantes dessa especialidade. Os temas, abordados com seriedade, permitem uma melhor avaliação técnica e administrativa pelas instituições de longa permanência (ILPs) ou centros de acolhimento para idosos.

Pedro José Barbanti
CRM-SP 5960

• Achei a revista extremamente interessante e gostaria muito de recebê-la.

Silvia Takahashi Ribeiro e Prado
CRM-SP 124548

• Achei realmente muito interessante a proposta da *Aptare* e todo o seu conteúdo.

Karol Bezerra Thé
CRM-SP 109161

• Gostaria de saber como receber a revista *Aptare*. Tenho muito interesse, pois trabalho há 17 anos com grupos de idosos e a questão do envelhecimento. Trabalho na UNATI/UERJ.

Cristie de Moraes Campello
Psicomotricista

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

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

ERRATA: No artigo "Manejo da dor em afecções articulares" (*Aptare* ed.3), de autoria de Fânia C. Santos e Amanda A. O. Vieira, o harpagosídeo foi erroneamente descrito como tendo atividade inflamatória. Ele apresenta atividade **anti-inflamatória**. Segue o parágrafo com a informação correta:

E. Harpagosídeo: seu princípio ativo é o extrato seco da planta africana *Harpagophytum procumbens*. Apresenta atividade anti-inflamatória em estudos clínicos através da inibição da síntese de leucotrieno e lipoxigenase. A dose usual é de 400 mg três vezes ao dia.



Ricardo Komatsu Chefe da disciplina de geriatria e gerontologia da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

Uma nova forma de ensinar (e aprender)

Por **Lilian Liang**

Encontrei o geriatra Ricardo Komatsu, chefe da disciplina de geriatria e gerontologia da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), na última semana de 2012. Komatsu já me esperava no lobby do prédio, com as perguntas que havia enviado a ele na semana anterior já na tela do iPad para que ele não se perdesse na conversa.

Não se perdeu. Esse clínico-geriatra-educador respondeu em detalhes cada questão enviada sobre o ensino da geriatria nas universidades brasileiras. Fala não apenas com base em sua experiência, mas com um surpreendente conhecimento teórico, adquirido durante anos de carreira e em seu doutorado em educação na Universidade Estadual Paulista (Unesp). “Meu interesse em educação vem da minha época de aluno de medicina. Estudei numa escola tradicional e fui percebendo as dificuldades desse modelo. Terminei o curso com a convicção de que minha escola deveria mudar, não apenas na estrutura, mas no processo”, conta.

Para isso, resolveu se preparar e trilhou um caminho bem pouco convencional na época. Enquanto fazia residência em geriatria, frequentou ao mesmo tempo o curso

de administração hospitalar oferecido por uma parceria entre a Fundação Getúlio Vargas e o Hospital das Clínicas da FMUSP. Ao longo de sua carreira, travou contato com inúmeras escolas de medicina no exterior que adotavam métodos inovadores de ensino para entender como funcionavam. Trouxe de lá exemplos e estratégias bem-sucedidas. Aprofundou-se no estudo do envelhecimento em países já envelhecidos, trocando experiências com profissionais da área inseridos em outras realidades.

Essa bagagem lhe permitiu encabeçar uma mudança não apenas no currículo, mas na filosofia no ensino da medicina em sua alma mater. Não foi tarefa fácil: foi preciso convencer outros professores, conquistar alunos e acreditar que o novo método formaria uma geração mais preparada de médicos. Nesse processo, ganhou adeptos – na universidade e fora dela – e a convicção de estar no caminho certo.

A seguir, Komatsu conta um pouco dessa história.

Aptare – Um estudo publicado em 2011 na revista da SBGG mostra que já se observa progresso no ensino da geriatria. Estamos no caminho certo?

Ricardo Komatsu – A geriatria

tem um número extremamente limitado de profissionais. É uma especialidade que se estrutura nas escolas médicas, mas obviamente não podemos contar somente com a formação de especialistas para oferecermos uma atenção de saúde do idoso na proporção de que o Brasil necessita.

A concepção mais adequada seria formar médicos e enfermeiros mais sensibilizados em vez de acreditar que apenas com os geriatras que formamos daremos conta da necessidade no país. A atenção à saúde do idoso deve ser oferecida por todos os profissionais de saúde, desde o clínico até o cirurgião, mais sensibilizados com o cuidado da pessoa idosa.

Costumo dizer aos meus estudantes que os médicos encontrarão cada vez mais pacientes idosos e terão de dar conta da situação. Esse dar conta é entender até onde vai seu limite. Assim, trabalhamos tanto com as possibilidades diagnósticas e terapêuticas desses profissionais quanto com a concepção do limite, até onde ir. Essa é uma noção bastante adequada. É nessa percepção que talvez os meios de comunicação científicos possam contribuir – para

formar um conceito de onde seria o limite. Em que tipo de complexidade deve entrar o geriatra? Muitas vezes, diante de uma especialidade nova como é a geriatria, a concepção que se tem desse especialista é de que ele deve estar em todos os níveis de atenção da saúde. No entanto, seria muito esperar geriatras na atenção primária, porque não temos especialistas em número suficiente para integrar a equipe da estratégia de saúde da família. Não temos geriatras suficientes não apenas pela estrutura de formação, mas pelo interesse do egresso. Existem áreas clínicas muito mais atrativas que a geriatria, que é uma especialidade nova, difícil e complexa. Uma das questões fundamentais é a pessoa querer ser geriatra para poder buscar uma formação adequada, ter uma atuação dedicada a essa população específica. Portanto o cenário que se desenha é este: temos que formar não apenas mais geriatras, mas mais profissionais de saúde sensibilizados para a questão do envelhecimento.

Aptare – O que diferencia o ensino da medicina na FAMEMA do de outras escolas?

Komatsu – A FAMEMA foi pio-

neira no Brasil no método de aprendizagem baseada em problemas (*problem based learning*, PBL). Em 1997, introduzimos esse método ativo de ensino e aprendizagem, que acabava com as aulas teóricas. Os estudantes do primeiro ao terceiro ano têm uma conferência semanal, que é o ponto de encontro. Todo o currículo é baseado em sessões de tutoria, em que um tutor – um professor – atua como facilitador do processo de aprendizagem. São apresentados pequenos recortes da realidade, batizados de “problemas”, com os quais temos de lidar. Os problemas são pequenas histórias clínicas de pacientes, famílias ou populações. A partir disso, faz-se um brainstorming, em que os estudantes discutem, formulam hipóteses, questões de aprendizagem e perguntas que devem ter respostas. Entre as sessões reservamos três períodos de quatro horas para que eles busquem essa informação. Dessa forma, eles aprendem a separar o joio do trigo, buscando uma informação que seja útil, relevante, cientificamente aceita. Depois eles evoluem para os níveis de evidência. É um processo extremamente rico.

Aptare – De onde veio essa ideia?

Komatsu – O PBL surgiu pela primeira vez em 1969, na Universidade de McMaster, em Ontário, no Canadá. Era uma universidade antiga, que no final da década de 1960 iniciou um curso de medicina devido à escassez de médicos. Para elaborar o curso, foram contratados 20 professores, que tinham total autonomia. Sem que ne-

“

...Temos que formar não apenas mais geriatras, mas mais profissionais de saúde sensibilizados para a questão do envelhecimento.”

nhum deles fosse um profundo conhecedor das correntes educacionais, mas baseados no método científico, esse grupo de professores desenvolveu esse novo método. A novidade se disseminou para a Universidade de Maastricht [Holanda], onde todos os cursos passaram a ser ministrados usando o método PBL.

Na década de 1980 o PBL chegou à faculdade de medicina da Universidade de Harvard, que já utilizava cases em seus cursos de negócios e administração. Tais cases se assemelhavam muito aos casos que utilizamos em PBL. Quando o novo método chegou à faculdade de medicina, eles passaram a oferecer as duas possibilidades aos alunos: o currículo novo e o tradicional. Em determinado momento, os alunos passaram a optar apenas pelo novo currículo, porque detestavam as palestras. Os organizadores das palestras reclamavam, porque traziam cientistas que haviam recebido o Prêmio Nobel e os alunos criticavam, consideravam aquilo um conhecimento limitado. É muito interessante ver como uma universidade muito tradicional foi capaz de mudar dessa forma.

Aptare – A geriatria também passou a ser ensinada dessa forma na FAMEMA?

Komatsu – Nós iniciamos a disciplina no sistema tradicional em 1990, no ambulatório de geriatria, no sexto ano. Até 1997 as aulas eram teóricas. Naquele ano, introduzimos situações-problema com pessoas idosas, que foi uma maneira de fazer com que o estudante não apenas aprendesse geriatria, mas também aprendesse a aprender. Agora usamos esse método durante todo o curso de medicina. O internato permanece mais tradicional, mas os quatro primeiros anos do curso de medicina e os dois primeiros do curso de enfermagem são o período em que utilizamos o PBL como uma das estratégias fundamentais do processo de ensino e aprendizagem. Além disso, os alunos têm a prática profissional desde o primeiro ano: vão a unidades de saúde da família, se inserem junto às equipes etc.

Portanto, eles têm a unidade de prática profissional e a unidade estrutural sistematizada – uma em PBL e outra num processo bem parecido, chamado de problematização, em que se captura uma realidade, discute-se o processo e tenta-se, com

base em novos conhecimentos, refazer esse processo. O aluno começa com uma observação e gradativamente vai conseguindo fazer intervenções. Com isso, rompemos com o paradigma de que é preciso a teoria antes da prática. Em muitas situações nós inclusive invertimos essa ordem, temos a prática antes da teoria. Um professor tradicional que vai ensinar estudantes a medir a pressão arterial provavelmente daria uma aula sobre os princípios da pressão arterial e como medi-la para depois partir para a prática. Qual o raciocínio de quem acredita ser possível ir para a prática primeiro? Mesmo que o aluno nunca tenha feito um curso de saúde, medir a pressão arterial é algo intuitivo. Assim, chamam-se dois voluntários – um mede a pressão, outro deixa que ela seja medida. Conforme os erros e acertos acontecem, os alunos vão aprendendo. Ao trabalharmos dessa maneira, reativamos conhecimentos prévios: “Mas não é preciso deixar o braço na altura do coração?” ou “Não é preciso palpar o pulso?”. Isso é reativação de conhecimento prévio. Qual o processo mais rico? O aluno aprender com a experiência e construir o conhecimento ou tentar transmitir o conhecimento para uma plateia de 200 pessoas?

Esse processo todo me permitiu ter uma visão tanto da educação quanto do envelhecimento. Conseguimos melhorar isso, influenciando o currículo. Do começo ao fim do curso temos problemas que envolvem idosos. Minha crença de que precisamos

formar os profissionais de saúde para que eles possam atuar melhor nessa área e delimitar aquilo que os especialistas precisam fazer é um processo que vem dessa experiência educacional.

Aptare – Em termos de saúde pública e no longo prazo, qual opção deveria ser priorizada: formar mais geriatras ou mais médicos com conhecimentos sobre o paciente idoso?

Komatsu – Tenho convicção de que nossa missão é muito mais ampla numa escola médica do que formar geriatras. Precisamos formar médicos e a universidade precisa dos atuais especialistas em geriatria e gerontologia para ajudar a influenciar os currículos. É uma visão da parte educacional, não apenas assistencial e clínica. Nas décadas de 1990, 2000 nosso desafio foi levar a disciplina às universidades, faculdades de medicina e escolas de enfermagem. Hoje o desafio é fazer com que esses especialistas que contam com grande reconhecimento em suas comunidades acadêmicas influenciem as universidades e instituições, de forma que elas tenham uma concepção mais ampla de formação do médico sensibilizado para lidar com o idoso. Ao olhar para trás, vemos profissionais que tiveram que abrir pequenos espaços para que os serviços de geriatria se formassem. Esses pequenos espaços se consolidaram e as pessoas que os ocuparam fizeram os serviços crescer e ganharam o respeito da comunidade acadêmica. Hoje essas pessoas têm condição de determinar o rumo das coisas.

Essa concepção de que não somos só nós, os geriatras, os responsáveis pelo cuidado dos idosos é algo que nos conforta. Somos responsáveis no sentido de influenciarmos outras pessoas, estabelecermos parcerias, formarmos e divulgarmos a especialidade. Porém, essa responsabilidade deve ser compartilhada e acho que precisamos ser mais ativos nesse processo.

Aptare – Quais os principais desafios hoje em relação ao ensino de geriatria?

Komatsu – Há um grande desafio da residência em atrair mais candidatos para os cursos. Há um paradoxo no Brasil: se por um lado temos uma escassez de formação de médicos geriatras, por outro temos ainda uma ociosidade em vagas de residência de geriatria. Houve um aumento considerável na oferta de vagas, principalmente nas faculdades do interior, mas a procura ainda é por fazer geriatria em grandes centros. Outro aspecto que precisa ser melhorado é o desenvolvimento de áreas do conhecimento científico que permitam que os futuros geriatras possam fazer pós-graduação *stricto sensu* – mestrado, doutorado – em áreas de concentração mais voltadas ao envelhecimento. O que houve com essa geração de agora? O Wilson [Wilson Jacob Filho, professor titular de geriatria da FMUSP], por exemplo, é doutor em patologia, porque foi onde abriram espaço para ele fazer pesquisa. Outros foram para a área de clínica médica porque não havia geriatria. Havia uma necessidade de conseguir desenvolver projetos de

pesquisa numa diáspora de programas de pós. Quem sabe no futuro as pessoas terão oportunidade de encontrar grupos de pesquisa específicos que permitam que mais pessoas interessadas nesse conhecimento se agrupem e se formem nesses programas *stricto sensu*.

Aptare – Será que essa falta de interesse em ingressar na residência em geriatria vem da ideia errada de que o geriatra é aquele que “assina o atestado de óbito”?

Komatsu – Não vejo essa concepção de que o geriatra vai ser aquele que vai oferecer os cuidados paliativos. Entendo esse como o extremo talvez de quem tem uma visão mais hospitalar desse processo. No entanto, acho que existe preconceito, sim. Numa das entrevistas que fiz para a pesquisa da minha tese entre estudantes que estavam para se graduar em alguns dias, um deles confessou: “Vou contar algo para o senhor: no PS ainda existem colegas que pedem pra trocar ficha” – única e exclusivamente porque o paciente era idoso e ele tinha dificuldade de atender paciente idoso. Talvez não uma dificuldade, pois o estudante nem sabia quem era o paciente, mas o preconceito de que talvez o paciente fosse dar mais trabalho, tomar mais o tempo dele.

Mesmo assim, não podemos deixar que esse preconceito seja uma marca da nossa sociedade. Há a ideia de que o idoso vale menos, de que ele é um peso para a sociedade. Nossa concepção do idoso é diferente da que se tem no Japão, por exemplo, onde se entende que o

idoso já contribuiu muito.

Quanto ao “assinar o atestado de óbito”, a vida é obviamente finita, mas podemos tornar esse processo de envelhecimento mais feliz, com menos dor, com mais qualidade, mais dignidade. Precisamos saber também onde delimitar essa finitude, que na minha opinião é onde se perde a dignidade sem nenhuma chance de resgate. Quem trabalha com cuidados paliativos trabalha nesse limite. O geriatra não precisa ser um especialista em cuidados paliativos, mas deve ser um médico com conhecimento nessa especialidade. Trabalhar essas situações com estudantes de medicina e enfermagem é um desafio cotidiano: mostrar que é possível ajudar a desenvolver um sistema de saúde mais sensibilizado às necessidades dos idosos. Creio que essa é uma boa argumentação: hoje você pode trocar a ficha do paciente, mas um dia vai se deparar de novo com o paciente idoso. Melhor que seja numa situação com supervisão, assistência e equipe do que sozinho. A escola, o hospital-escola e os serviços acadêmicos de certa forma protegem e determinam uma prática profissional segura para os que estão aprendendo uma profissão de saúde. É o ambiente ideal para expor suas dificuldades, trabalhar limitações.

Aptare – O método de ensino da FAMEMA foi adotado por outras escolas? Já é possível fazer uma avaliação da eficácia desse método?

Komatsu – Foram vários projetos no Brasil, mas os que vingaram mesmo foram os da FAMEMA e da Universidade

Estadual de Londrina (UEL). Em 2003 fizemos uma pesquisa com os estudantes que estavam saindo, para avaliar se eles eram sensibilizados com a questão do idoso. Conseguimos demonstrar que os alunos do novo currículo tinham maior sensibilização e melhores condições de buscar informações sobre envelhecimento. Por terem passado por um processo de ensino e aprendizagem e discutido questões importantes sobre o tema, eles tinham também melhores condições de atender uma pessoa idosa.

O que esperamos com esse método é que os estudantes tenham condições de, ao se deparar com um paciente idoso, oferecer um melhor tratamento e gerenciar a situação segundo sua formação e aí encaminhar ou conduzir esses pacientes. Queremos que eles tenham uma concepção mais ampla. Essa é uma formação que não cabe só à geriatria, mas a um conjunto de disciplinas que integram uma escola de medicina ou outro curso que forme profissionais de saúde.

Aptare – Com o aumento da expectativa de vida, tem-se dado muita ênfase à questão da prevenção de doenças. Estamos saindo de um modelo terapêutico para um modelo preventivo?

Komatsu – Eu espero que isso esteja acontecendo. Essa mudança passa, no entanto, por um outro desafio, que é a educação dos pacientes. Precisamos utilizar as estratégias que desenvolvemos nas universidades em melhorias de processo de ensino e aprendizagem e uti-

“

Qual o processo mais rico? O aluno aprender com a experiência [...] ou tentar transmitir o conhecimento para uma plateia de 200 pessoas? ”

”

lizá-las com nossos pacientes. Há alguns meses participei de um simpósio de pós-graduação da faculdade, para falar sobre o que tínhamos desenvolvido em termos de ensino e aprendizagem. Ousei dizer que não havia nenhuma evidência que não fosse minha experiência pessoal, mas que contar pequenos casos pode ajudar seus pacientes – talvez usar com eles a mesma situação-problema utilizada com os estudantes nos primeiros anos da graduação. Ao colocar a situação num plano concreto, é mais fácil conseguir captar a atenção do paciente de forma que ele entenda sua mensagem. “Olha, sr. João, eu tinha um paciente como o senhor, que...” Como são situações reais, eles prestam mais atenção. Ao usarmos exemplos assim, o paciente compreende melhor, porque se ele não entende a própria doença, como falar de prevenção primária (não ter a doença), secundária (evitar que a doença já instalada piore) ou terciária (reabilitação)? Ao entender o exemplo, é possível ampliar o enfoque de prevenção para diferentes níveis e agregar uma estratégia educativa.

Além do paciente, é preciso educar também o familiar. Esse é um

grupo que precisa de apoio e as estratégias devem ser trabalhadas para eles. Nesse caso, trabalhar o conceito de prevenção é trabalhar o conceito de cuidado com as pessoas que o desenvolvem em nível domiciliar, que pode ser tanto o próprio paciente, os cuidadores informais e os cuidadores formais.

E, acima de tudo, precisamos engajar o profissional de saúde. Ele não pode mais ficar enclausurado no seu consultório, no ambulatório, no hospital. Ele terá que focar mais sua atenção em nível domiciliar desses pacientes, cuidados informais e desenvolver estratégias novas de aprendizado, envolvendo o próprio paciente e seus cuidadores.

Aptare – Há motivo para otimismo?

Komatsu – Por mais que estejamos longe do modelo ideal, temos que ser otimistas, pelo desenvolvimento que já tivemos, principalmente nas últimas duas décadas. Precisamos continuar trabalhando para construir um futuro melhor para nossos idosos – não só porque estamos envelhecendo, mas porque essa população está crescendo numa velocidade tão grande que precisa-

mos ser mais céleres. Isso é fundamental. Precisamos continuar a apostar na educação para o envelhecimento e ampliar esse processo educacional, não apenas aos estudantes de graduação mas aos de ensino básico, fundamental e médio. É preciso envolver a sociedade, os egressos, os recém-formados, os que fizeram residência, pós-graduação e os que não fizeram nada disso. É preciso investir em programas de educação continuada. Precisamos focar também nos pacientes em relação aos seus autocuidados e em seus cuidados, inclusive informais.

Minha visão é otimista porque temos hoje melhores condições de desenvolver isso. Havia uma crise de credibilidade até o fim da década de 1970, início da década de 1980, em relação às pessoas que estudavam o envelhecimento. Confundia-se geriatria com charlatanismo, com o “evitar o envelhecimento”. Essa crise não existe mais. Acho que esse otimismo está nisto: estamos respaldados pelo desenvolvimento científico nessa área, pela nossa boa prática com relação ao cuidado com o idoso, pelo processo de ensino e aprendizagem da geriatria e gerontologia e por uma necessidade crescente de informação na área, sabendo que a tecnologia por si não vai transformar o mundo, mas a tecnologia da informação bem utilizada pode fazer toda a diferença no desenvolvimento desse campo. Precisamos utilizar todo esse aparato que se desenvolve e se desenvolverá para otimizar-mos essa atenção adequada à saúde do idoso.

NÍVEIS SÉRICOS DE VITAMINA B12 NÃO SE RELACIONAM COM BAIXA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM MULHERES BRASILEIRAS NA PÓS-MENOPAUSA



Osteoporose e deficiência de vitamina B12 são condições de prevalência crescente com o envelhecimento. A associação entre níveis séricos de vitamina B12, baixa massa óssea e risco aumentado de fraturas ósseas tem sido descrita, mas os estudos não são homogêneos e os resultados são controversos.

Um estudo publicado em novembro de 2012 na *Revista Brasileira de Reumatologia* se propôs a investigar a associação entre níveis plasmáticos de vitamina B12 e densidade mineral óssea em mulheres assintomáticas na pós-menopausa. Foram incluídas no estudo transversal 70 mulheres, com média de idade de 62,5 ± 7 anos. A densidade mineral óssea (coluna lombar e fêmur) foi avaliada pelo método DXA Lunar Prodigy Vision e os níveis sanguíneos de vitamina B12, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina óssea e hormônio paratireoideiano foram determinados. Os critérios da Organização Mundial de Saúde foram considerados para o diagnóstico de osteoporose.

Do total de mulheres avaliadas, 18 (25,7%) apresentaram densidade mineral óssea normal, 33 (47,1%) tinham osteopenia e 19 (27,1%) tinham osteoporose. Seis (8,6%) pacientes haviam apresentado fratura de punho, duas (2,8%) reportaram diagnóstico de fratura vertebral e apenas uma (1,4%) paciente havia sofrido fratura de quadril. Os níveis de vitamina B12 (média ± DP; pg/mL) das mulheres com densidade mineral óssea normal, osteopenia e osteoporose foram 590,2 ± 364,3, 536,6 ± 452,3 e 590,2 ± 497,9, respectivamente (P = 0,881). A análise de regressão múltipla mostrou que o índice de massa corporal e a fosfatase alcalina óssea foram preditores da densidade mineral óssea na coluna lombar.

Os resultados do estudo indicam que níveis de vitamina B12 não se relacionam à densidade mineral óssea nesse grupo de mulheres brasileiras na pós-menopausa.

RISCO DE RECAÍDA APÓS A DESCONTINUAÇÃO DE RISPERIDONA NA DOENÇA DE ALZHEIMER



Ainda não foi estabelecido o risco de recorrência dos sintomas após a descontinuação da medicação entre pacientes com doença de Alzheimer que obtiveram resposta à medicação antipsicótica para psicose ou agitação/agressão. Para avaliar isso, pesquisadores do New York State Psychiatric Institute realizaram esse estudo, publicado em 2012 no periódico *The New England Journal of Medicine*.

Pacientes com doença de Alzheimer e psicose ou agitação/agressão foram tratados com risperidona por 16 semanas. Os que responderam à terapia foram alocados aleatoriamente, de forma duplo-cega, a um dos três regimes: terapia continuada de risperidona por 32 semanas (grupo 1), terapia de risperidona por 16 semanas seguida por placebo por 16 semanas (grupo 2), ou placebo por 32 se-

manas (grupo 3). O resultado primário foi o tempo até a recaída de psicose ou agitação.

Um total de 180 pacientes recebeu risperidona (dose médica, 0,97 mg diariamente). A severidade da psicose e da agitação foi reduzida, apesar de ter sido observado um leve aumento nos sinais extrapiramidais; 112 pacientes entraram no critério de resposta ao tratamento, dos quais 110 foram randomizados.

Nas primeiras 16 semanas após a randomização, a taxa de recaída foi maior no grupo que recebeu placebo do que nos grupos que receberam risperidona (60% [24 de 40 pacientes no grupo 3] contra 33% [23 de 70 nos grupos 1 e 2]; P=0,004; razão de risco com placebo, 1,94; 95% de intervalo de confiança [CI], 1,09 a 3,45; P=0,02). Durante as outras 16 semanas, a taxa de recaída foi maior no grupo que trocou de risperidona para placebo do que no grupo que continuou recebendo risperidona (48% [13 de 27 pacientes no grupo 2] contra 15% [2 de 13 no grupo 1]; P=0,02; razão de risco, 4,88; 95% CI, 1,08 a 21,98; P=0,02). Não houve diferença significativa entre as taxas de eventos adversos e morte após randomização entre os grupos, apesar de as comparações serem baseadas em um número pequeno de pacientes, especialmente durante as 16 semanas finais.

Os pesquisadores concluíram que, em pacientes com doença de Alzheimer com psicose ou agitação que responderam à terapia com risperidona por 4 a 8 meses, a descontinuação de risperidona foi associada a um risco aumentado de recaída.

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E DECLÍNIO COGNITIVO EM ADULTOS COM 50 ANOS OU MAIS: UM ESTUDO COORTE POPULACIONAL



O objetivo do estudo, publicado na edição de janeiro de 2013 da revista *Age and Ageing*, é explorar a associação entre risco cardiovascular e declínio cognitivo em adultos com 50 anos ou mais.

A população era composta por adultos mais velhos que participaram no English Longitudinal Study of Aging. As medidas dos resultados incluíram escores z para cognição global, memória e funcionamento executivo. Foram estimadas as associações entre fatores de risco cardiovascular e os escores de risco de Framingham em dez anos, com resultados cognitivos em follow-ups de quatro e oito anos.

A idade média dos participantes (n=8.780) na pesquisa de 2004-05 foi de 66,93, e 55% deles eram mulheres. Os participantes no quartil mais alto do escore de risco de Framingham para derrame tinham escores de cognição global (b = -0,73, CI: -1,37, -0,10), memória (b = -0,56, CI: -0,99, -0,12) e executivo (b = -0,37, CI: -0,74, -0,01) mais baixos num follow-up de quatro anos se comparados àqueles no quartil mais baixo. A pressão sanguínea sistólica ≥160 mmHg na pesquisa de 1998-2001 foi associada a escores de cognição global (b = -1,26, CI: -2,52, -0,01) e memória específica (b = -1,16, CI: -1,94, -0,37) mais baixos no follow-up de oito anos. O tabagismo foi associado a pior desempenho nos três resultados cognitivos.

O estudo concluiu que o risco cardiovascular elevado pode estar associado ao declínio acelerado do funcionamento cognitivo em idosos.

Futuros estudos de intervenção podem ser mais bem direcionados para o risco geral do que níveis de fatores de risco individuais.

ATROFIA PRÉ-FRONTAL, INTERRUPTÃO DE ONDAS LENTAS DO NREM E DEFICIÊNCIA NA MEMÓRIA DEPENDENTE DO HIPOCAMPO NO ENVELHECIMENTO



O envelhecimento tem sido independentemente associado a atrofia cerebral regional, atividade de ondas lentas (*slow wave activity*, ou SWA, na sigla em inglês) reduzida durante o sono NREM e retenção deficiente de memórias episódicas no longo prazo. Ainda não se sabe, no entanto, se a interação desses fatores representa um *pathway* neuropatológico associado a declínio cognitivo na idade avançada.

Num estudo no periódico *Nature Neuroscience*, publicado online em janeiro de 2013, pesquisadores observaram que a atrofia da massa cinzenta do córtex pré-frontal medial relacionada ao envelhecimento estava associada a uma reduzida atividade de ondas lentas no sono NREM em adultos mais velhos, cuja extensão mediou estatisticamente a deficiência de retenção de memória dependente de sono de um dia para outro. Além disso, essa deficiência de memória foi mais tarde associada a uma ativação persistente do hipocampo e reduzida conectividade funcional entre hipocampo e córtex pré-frontal, potencialmente representando uma transformação empobrecida da memória do hipocampo e neocórtex.

Juntos, esses dados sustentam um modelo em que a atrofia do córtex pré-frontal medial relacionada ao envelhecimento diminui a atividade de ondas lentas, levando ao prejuízo da memória de longo prazo. Tais achados sugerem que a interrupção do sono no idoso, medida por mudanças estruturais no cérebro, representa um fator que contribui para o declínio cognitivo em idade mais avançada.

A CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA, ACEITAÇÃO DA DOENÇA E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS A SAÚDE DE PACIENTES COM IDADE AVANÇADA



O objetivo desse estudo, publicado em outubro de 2012 no *Archives of Gerontology and Geriatrics*, é analisar as correlações entre qualidade de vida (QV), aceitação da doença (AD) e comportamentos relacionados a saúde (CS) demonstradas por pacientes com doenças crônicas e idade avançada. O estudo foi composto por 1.974 pacientes com doenças crônicas (idade média 71,60 ± 7,98) recrutados em 131 clínicas de atendimento básico. A qualidade de vida foi avaliada com o instrumento de avaliação da Organização Mundial da Saúde. A Escala de Aceitação da Doença e o Inventário de Comportamento Relacionado a Saúde mediram quatro categorias do comportamento relacionado a saúde: hábitos alimentares saudáveis (HAS), comportamentos de prevenção (CP), atitudes mentais positivas (AMP) e práticas de saúde (PS). O teste de correlação de Spearman foi usado para checar correlações

entre as variáveis; a análise de regressão múltipla foi usada para examinar o impacto de variáveis explanatórias na variável de resposta.

Os escores mais altos foram obtidos no Domínio Relação Social de QV (M = 13,68 ± 2,75) e os mais baixos no Domínio Psicológico de QV (M = 12,38 ± 2,66) dos pacientes. A baixa AD foi notada em 65,68% (1.221). Níveis mais baixos de QV e AD foram observados em pacientes com grande número de doenças crônicas e utilização mais alta de cuidados de saúde. Os escores mais baixos de comportamento relacionado a saúde foram obtidos na categoria AMP (M = 3,61 ± 0,73) e HAS (M = 3,36 ± 0,84). O nível de AD foi mais fortemente relacionado com: Domínio Físico da QV (rS = 0,49, p < 0,0001) e AMP (rS = 0,23, p < 0,0001). CS foi mais fortemente correlacionado com o Domínio Psicológico da QV (rS = 0,33, p < 0,0001). Programas de comportamento de saúde para pacientes com condições crônicas em idade avançada deveriam estimular categorias de comportamento de saúde como AMP e HAS, e aumentar o nível de AD. Segundo o estudo, isso resultaria em melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, menor utilização dos serviços de saúde.

A ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE FITNESS CARDIORRESPIRATÓRIO NA MEIA-IDADE E DEMÊNCIA EM IDADE AVANÇADA: UM ESTUDO COORTE



A prevenção primária da doença de Alzheimer e outros tipos de demência é um objetivo importante na saúde pública. As evidências atuais são insuficientes para recomendar qualquer mudança de estilo de vida para prevenir ou adiar o estabelecimento da demência.

O objetivo do estudo, publicado em fevereiro no periódico *Annals of Internal Medicine*, é avaliar a associação entre fitness na meia-idade objetivamente medido e o desenvolvimento de demência em idade avançada.

O estudo de coorte prospectivo e observacional envolveu 19.458 adultos não idosos, residentes em comunidade, que tiveram um exame de forma física de base. Os níveis de forma física foram avaliados usando o protocolo de Balke de esteira modificado entre 1971 e 2009, e a demência através de dados das partes A e B dos requerimentos Medicare entre 1999 e 2009.

Um total de 1.659 casos de demência ocorreram em 125.700 pessoas-ano de acompanhamento de Medicare (acompanhamento mediano, 25 anos [amplitude interquartil, 19 a 30 anos]). Depois de ajuste multivariável, os participantes no quintil mais alto do nível de forma física tinha um risco menor de demência que aqueles no quintil mais baixo (*hazard ratio*, 0,64 [95% CI, 0,54 a 0,77]). Níveis de forma física mais altos foram associados com menor risco de demência com derrame anterior (*hazard ratio*, 0,74 [CI, 0,53 a 1,04]) ou sem derrame anterior (*hazard ratio*, 0,74 [CI, 0,61 a 0,90]).

O estudo conclui que níveis mais altos de forma física na meia-idade parecem estar associados com perigo mais baixo de desenvolver demência em idade avançada. A magnitude e a direção da associação foram similares com ou sem derrame anterior, sugerindo que melhores níveis de forma física em etapas anteriores da vida podem diminuir o risco para demência numa fase avançada da vida, independentemente de doença cerebrovascular.

UMA, DUAS, TRÊS...

O manejo de múltiplas condições crônicas é hoje um dos maiores desafios dos médicos diante de pacientes idosos. Veja as principais dificuldades e como lidar com elas

Por Flávia Lo Bello

Estudos recentes apontam um aumento no mundo todo no número de idosos com dois ou mais problemas crônicos de saúde, como hipertensão e diabetes, artropatias e doenças cardíacas, hipertensão e câncer, entre outros. O tema vem ganhando tamanha importância que a Sociedade Americana de Geriatria publicou o manual *Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians*, com diretrizes para orientar os profissionais clínicos no manejo desses pacientes. Segundo especialistas, é um quadro que tende a se agravar

conforme o indivíduo envelhece, e uma realidade cada vez mais comum no consultório.

Clineu de Mello Almada Filho, chefe da disciplina de geriatria e gerontologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp), conta que o Projeto Epidoso, conduzido pela universidade e coordenado pelo professor Luiz Roberto Ramos, publicado inicialmente na década de 1990, já apontava para tais resultados. “Evidentemente, quando as pessoas vivem mais, ficam mais tempo expostas a fatores de risco de doenças e a alterações ambientais



“

Sabemos que quatro em cada cinco idosos apresentam uma ou mais doenças crônicas, proporção que aumenta progressivamente com a idade. ”

que culminam em sua manifestação clínica, aumentando sua prevalência”, salienta, comentando que pelo menos uma queixa clínica importante é observada em 80% da população acima de 65 anos. “Didaticamente se diz que a maneira como envelhecemos é determinada em 25% pela nossa ‘carga’ genética e 75% pela influência dos fatores ambientais – portanto, quanto mais tempo de exposição, mais risco de adversidades”, complementa.

Para Theodora Karnakis, médica geriatra assistente do serviço de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (FMUSP/Icesp) e representante da Sociedade Internacional de Oncogeriatrics no Brasil, os dados epidemiológicos brasileiros evidenciam um acelerado envelhecimento populacional para as próximas décadas, o que refletirá, sem dúvida, na maior incidência de multimorbidades nessa população. “Sabemos que quatro em cada cinco idosos apresentam uma ou mais doenças crônicas, proporção que aumenta progressivamente com a idade”, informa a geriatra.

“Essa é uma realidade mundial, visto que o envelhecimento populacional está se tornando global, com repercussões a curto e médio prazo significativas quanto a planejamentos de saúde pública e benefícios previdenciários”, emenda Milton Luiz Gorzoni, professor adjunto e coordenador das disciplinas de geriatria e de fundamentos de gerontologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

O médico enfatiza que esse fato provoca alterações de relacionamentos entre gerações na mesma família, necessidade da formação de redes sociais de apoio a idosos e criação de mercado de trabalho a cuidadores profissionais. De acordo com o especialista, dados estatísticos da Santa Casa de São Paulo em 2007 observaram que, em 552.098 atendimentos, 132.948 eram pacientes idosos (24,1% do total). “Vale lembrar que a cidade de São Paulo apresenta aproximadamente 9,3% de idosos em sua população e um estudo com 639 idosos na mesma instituição hospitalar verificou uma média de 2,8 + 1,5 doenças, sendo a maioria delas crônica, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e osteoartrite.”

Roberto Dischinger Miranda, cardiologista e geriatra da EPM/Unifesp, esclarece que a multiplicidade de doenças crônicas representa uma tendência com o aumento da expectativa de vida da população. “E não só as doenças crônicas são mais frequentes com o aumento da idade, como também várias doenças agudas têm maior incidência em indivíduos com idade mais avançada, como pneumonia”, acrescenta. Segundo ele, a idade é um importante fator de risco para diversas doenças. “Podemos perceber que, quanto maior a idade, menor a influência da genética e maior a influência de hábitos de vida. O envelhecimento traz, por exemplo, um aumento no risco de hipertensão arterial – entretanto, esse risco será maior ou menor dependendo dos hábitos de vida de cada um”, afirma.

Na opinião de Gorzoni, o processo do envelhecimento populacional associa-se normalmente à urbanização. Isso implica situações de estresse crônico, dietas inapropriadas e redução de atividades físicas, aspectos que, ao encontrarem predisposições genéticas, desencadeiam doenças crônicas, notadamente fatores de risco para doença aterosclerótica (hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias e obesidade). “Mesmo sendo passíveis de prevenção e de tratamento, esses fatores de risco não são diagnosticados e/ou são menosprezados em segmentos significativos de adultos na meia-idade, resultando em futuros eventos vasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC)”, explica.

Doenças mais prevalentes

Segundo Almada, da EPM/Unifesp, as queixas osteoarticulares provavelmente são as mais frequentes entre os idosos, principalmente secundárias a quadros degenerativos das cartilagens articulares, conhecidos por osteoartrose ou osteoartrite. Ele informa que cerca de 50% dessa população apresentam hipertensão arterial sistêmica e 20% têm diabetes mellitus. “As combinações podem ser diversas e dependem de fatores genéticos e ambientais. Porém, devemos lembrar também de outras condições, como osteoporose (muitas vezes secundária à deficiência de vitamina D) e as doenças que comprometem os órgãos dos sentidos (catarata, degeneração macular, lesões auditivas) e levam a uma limitação importante da qualidade de vida”, destaca. Ele afirma ainda que até 25% dos idosos apresentam distúrbios afetivos mais sérios e igualmente limitantes, como depressão.

Segundo Theodora, dados relacionados às condições de saúde do idoso levantados pela Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (PNAD), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontam que a hipertensão arterial foi a condição crônica mais frequente (53,4%), seguida por artropatia (33,8%), doença cardíaca (20,6%), diabetes mellitus (17,5%), doença pulmonar crônica (12,5%), embolia/derrame e câncer (3,6%). Na opinião da geriatra, a combinação de doenças está associada muitas vezes ao estilo de vida, podendo ou não se correlacionar a fatores genéticos, havendo elevada associação das doenças cardiovasculares com diabetes, sobrepeso, sedentarismo e vida estressante. Como exemplo, ela cita a hiperten-

são arterial, que pode ser uma consequência de sobrepeso, sedentarismo, estresse e consumo exagerado de sal.

“Se não estiver bem controlada, a hipertensão arterial a longo prazo pode levar a doenças cardiovasculares, como miocardiopatia hipertensiva e AVC”, alerta a especialista. Nesse mesmo contexto, ela salienta que a obesidade a longo prazo pode ser tanto um fator de risco para hipertensão arterial sistêmica como para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo II, osteoartrose e até mesmo câncer de cólon. “O tabagismo também é fator de risco para o desenvolvimento de doença pulmonar obstrutiva crônica, doença arterial crônica e câncer de pulmão”, relata, acrescentando que as evidências são claras nessa relação de causa e efeito com o estilo de vida que se leva e o consequente desenvolvimento de condições crônicas.

Doenças cardíacas na população idosa

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em toda a população adulta e idosa, sendo as duas principais causas o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral (AVC). Conforme explica o cardiogeriatra Roberto Dischinger Miranda, a doença que leva ao infarto do miocárdio e ao AVC é a aterosclerose. “A idade é um fator de risco extremamente importante para a aterosclerose, sendo um fator não modificável. Há ainda dois outros fatores de risco não modificáveis, que são a herança genética e o sexo masculino”, revela, esclarecendo que os homens desenvolvem doença cardiovascular mais precocemente que as mulheres.

De acordo com o médico, a aterosclerose também se manifesta clinicamente de outras formas, dependendo do leito arterial acometido. “A doença arterial obstrutiva periférica, por exemplo, também tem maior prevalência nos idosos e leva a sintomas desagradáveis, como a claudicação intermitente e, em casos mais graves, à gangrena”, explica. Segundo Miranda, além da idade, da genética e da propensão maior no sexo masculino, várias outras comorbidades, também frequentes no idoso, como hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus, levam à aterosclerose e em última instância a essas manifestações clínicas.

“Essas doenças podem acometer simultaneamente o mesmo indivíduo, e essa combinação de fatores tem um efeito multiplicativo no risco”, comenta o especialista, salientando ainda que, dentre outras, a insuficiência cardíaca merece destaque, visto que também possui um aumento de frequência progressiva com a idade e compromete significativamente tanto a sobrevida quanto a qualidade de vida dos pacientes. “As principais causas da insuficiência cardíaca são a hipertensão arterial e a doença coronariana”, conclui o cardiogeriatra.

“
Cabe ao profissional da saúde resistir
à tentação de prescrever novos
medicamentos a cada queixa
do idoso [...]”

“Isso demonstra que o campo da prevenção é um ponto fundamental a ser abordado e precisa ser aprofundado à medida que os programas de saúde pública são implementados e avaliados em cada contexto específico”, pondera Theodora. Ela ressalta que, embora não existam medidas específicas para a prevenção primária dos cânceres de mama e colorretal, estudos observacionais sugerem que prevenir a obesidade, realizar exercícios físicos, manter dietas saudáveis e evitar o consumo de bebidas alcoólicas são medidas que reduzem os riscos de desenvolvimento dessas neoplasias. “Ambas têm as taxas de mortalidade reduzidas com o diagnóstico precoce, havendo benefício significativo no rastreamento. Infelizmente, no Brasil cerca de 50% dos tumores de mama diagnosticados estão em estágio avançado.”

Mas um aspecto importante destacado por Almada – e que o profissional clínico que atende o idoso deve ter em mente – é que, mesmo com o surgimento de doenças crônicas (em média duas a cinco patologias) em virtude do envelhecimento, esses indivíduos nem sempre são considerados doentes. “Quando essas doenças passam a interferir na funcionalidade dos pacientes, ou seja, quando os limitam e os deixam dependentes de terceiros para a realização de suas atividades de vida diária, aí sim comprometem sua capacidade funcional e os deixam à mercê de um envelhecimento mal-sucedido (são doentes de fato)”, declara o especialista.

Riscos da polifarmácia

Para Gorzoni, a assistência adequada ao paciente idoso caracteriza-se pelo binômio preservação da independência/autonomia do paciente e cuidados multidisciplinares. A partir desse binômio, devem-se definir prioridades para as doenças potencialmente mais incapacitantes e opções de terapêutica não medicamentosa.

“Cabe ao profissional da saúde resistir à tentação de prescrever novos medicamentos a cada queixa do idoso. Muitos casos de incontinência urinária são resolvidos com a retirada de diuréticos; já os de obstipação intestinal, com a suspensão de opiáceos e/ou de antidepressivos tricíclicos”, orienta o médico. Ele diz que, além da polifarmácia, os riscos envolvidos no manejo do paciente com múltiplas

“

O que precisamos fazer é individualizar o cuidado dos idosos, não apenas por quem eles são, mas também com base em sua força ou fragilidade. ”

condições também incluem interpretações equivocadas por manifestações atípicas ou pelo temor de intervenções nesses pacientes.

“Exemplos comuns na prática clínica são idosos portadores de doenças limitantes fisicamente, como osteoartrite de joelho ou seqüela de acidente vascular cerebral, o que limita queixas como dispnéia ou precordialgia de esforço como indicativos de insuficiência cardíaca e doença coronariana, respectivamente”, complementa o geriatra. Theodora esclarece que pacientes portadores de mais de uma doença crônica requerem um monitoramento clínico constante. Nesse contexto de multimorbidades é fundamental o profissional estar atento às interações medicamentosas, em que uma medicação pode aumentar ou inibir o efeito da outra, podendo muitas vezes aumentar a toxicidade e, portanto, ser contraindicada. “A responsabilidade do médico ao prescrever uma medicação [nessa situação] deixa de ser avaliada apenas pelos efeitos colaterais que aquela medicação específica pode causar”, declara.

A especialista ressalta ainda que, muitas vezes, os médicos se deparam com medicações que são prescritas para tratar o efeito colateral de outra droga de que o idoso faz uso, levando à polifarmácia e consequente iatrogenia, como quedas, sonolência e até mesmo aspiração de alimentos e pneumonias. “É imperativo, portanto, que o médico sempre reveja as medicações prescritas e suas potenciais interações”, alerta. Segundo Miranda, para o paciente que tem várias comorbidades, a polifarmácia – uso de cinco ou mais medicamentos de forma crônica – é quase inevitável. “Há uma tendência hoje, em diversas doenças, de se fazer o tratamento combinado, ou seja, para a mesma doença se utiliza mais de um fármaco com mecanismo de ação diferente, no intuito de se ganhar eficácia e diminuir eventos adversos”, explica. Ele esclarece que isso gera uma responsabilidade maior para o médico, que precisa ter uma atenção muito especial às interações farmacológicas.

“Hoje já temos disponíveis programas para computador e smartphones que podem fazer o cruzamento dos fármacos e com isso mostrar quais têm maior potencial de interação entre eles”, continua o especialista. Outras questões importantes, ele ressalta, são os medicamentos considerados potencialmente inapropriados para idosos por terem risco maior de efeitos colaterais nessa população e também o cuidado da interação entre um fármaco e as comorbidades

que o paciente apresenta. “Há drogas, por exemplo, que podem piorar a incontinência urinária, a obstipação intestinal, o glaucoma, a depressão etc. Os betabloqueadores, por exemplo, são fundamentais na insuficiência cardíaca e no pós-infarto do miocárdio, porém o uso dos que são lipossolúveis pode levar a efeitos colaterais centrais, como distúrbios do sono e depressão”, comenta, salientando ainda que algumas medicações podem piorar a função cognitiva porque penetram sobremaneira no sistema nervoso central. “Sendo assim, a atenção do médico deve ser extrema”, avalia.

A respeito desses cuidados na prescrição, Miranda revela que um paciente que tem insuficiência cardíaca ou renal, por exemplo, não deve utilizar medicações anti-inflamatórias. De acordo com o médico, o anti-inflamatório pode também aumentar a pressão arterial, por isso pacientes idosos devem ter a sua pressão arterial monitorada quando em uso dessa classe de medicamentos. “Esse paciente deve estar ciente dessa situação, porque ele pode a qual-

Múltiplas comorbidades e câncer

Na opinião da geriatra Theodora Karnakis, as comorbidades são muito importantes no cuidado de pacientes idosos com câncer, pois apresentam um impacto profundo em vários aspectos desse cuidado, desde o rastreamento até o diagnóstico, prognóstico e tratamento. “Dados da literatura evidenciam que o prognóstico dos idosos com câncer está mais comprometido quando associado às seguintes comorbidades: cardiopatia, enfisema, disfunção renal crônica, diabetes mellitus insulino-dependente e história prévia de câncer”, declara. Em pacientes com câncer colorretal, o abuso de álcool, a depressão e a anemia também são preditores de pior sobrevida, segundo a especialista.

Ela alerta que a avaliação das comorbidades em idosos que receberam o diagnóstico de câncer e também da gravidade das várias condições preexistentes e seu impacto geral e específico na evolução do câncer são cruciais para promover um atendimento de qualidade aos idosos portadores de câncer. “A avaliação adequada e cuidadosa das comorbidades pode melhorar o manejo dos pacientes idosos com câncer, influenciando na cura, na qualidade de sobrevida, na prevenção de recorrência e na limitação das complicações”, enfatiza, ressaltando que muitas vezes ao receber o diagnóstico de uma doença oncológica o indivíduo esquece de suas outras condições, negligenciando seus tratamentos prévios. “Muitas idosas que têm diagnóstico de câncer de mama ganham peso ao longo do seu tratamento oncológico, prejudicando suas comorbidades como diabetes mellitus, dislipidemia, osteoartrose e hipertensão arterial sistêmica”, finaliza.

quer momento se consultar com outro profissional ou ir a um pronto-socorro e o médico que o atender, sem conhecimento de todos os problemas, prescrever um anti-inflamatório, podendo descompensar seu problema cardíaco ou renal”, assegura.

Miranda esclarece que na atualidade várias classes de medicamentos ganharam bastante no quesito tolerabilidade. Há hoje medicamentos com um perfil de efeitos colaterais muito melhor que outros mais antigos – com isso, as medicações estão muito mais seguras, aumentando a gama de opções terapêuticas. “E isso vale para todas as classes farmacológicas: anti-hipertensivos, antidepressivos, medicamentos para colesterol etc. O leque de opções aumentou. Se o paciente não tolera um determinado medicamento, pode-se tentar outro. É uma questão de persistência por parte do médico e do paciente em achar a medicação apropriada”, opina o cardiogeriatra.

Dificuldades na aderência ao tratamento

De acordo com Theodora, em situações de múltiplas comorbidades é comum o indivíduo sempre priorizar o tratamento da doença que lhe causa algum sintoma, não valorizando muitas vezes uma condição clínica que pode até ser mais grave e ter maior morbidade. “Muitos pacientes não valorizam doenças como hipertensão arterial e diabetes até que elas venham lhes causar algum sintoma específico. Este é um dos maiores desafios que o médico enfrenta no consultório: garantir a aderência ao uso de medicações para uma doença assintomática”, afirma. O problema, conforme explica a

geriatra, é que a longo prazo o diabetes mellitus não controlado, assim como a hipertensão arterial, levam a condições crônicas muitas vezes incapacitantes, como déficit visual pelo diabetes, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, entre outras.

Segundo Miranda, o comportamento dos pacientes é bastante variável e por isso as orientações devem ser cuidadosas e adaptadas a cada perfil.

“Certamente que no início é necessário priorizar alguns tratamentos, até pela questão dos efeitos colaterais. No caso de um paciente que necessita de vários medicamentos e inicia todos ao mesmo tempo, por exemplo: se ele tiver um determinado efeito colateral, muitas vezes não dá para saber qual a medicação causadora de tal evento”, relata. Para o médico, deve-se priorizar o tratamento de uma determinada doença sem, contudo, perder o foco nas outras patologias. “Se nesse momento o problema cardíaco é o mais grave e o tratamento da osteoporose não é tão importante no curto prazo, devemos priorizar o tratamento cardiológico e dar sequência ao tratamento da osteoporose posteriormente. Com isso, vamos introduzindo gradativamente os fármacos necessários para cada condição do paciente, de forma a otimizar todo o tratamento.”

O cardiogeriatra diz que vários são os fatores associados à não adesão ao tratamento, que pode ser tanto medicamentoso quanto não farmacológico. “Esses fatores são variados, como o paciente não ter consciência da gravidade do seu problema, esquemas terapêuticos muito complexos, surgimento de eventos adversos etc”, revela. “Al-



“

O profissional também tem responsabilidade na adesão ao tratamento: quanto melhor a relação médico/paciente, maior é a adesão. ”

guns estudos mostram que o custo é importante, mas outras pesquisas, por incrível que pareçam, mostram que ele não tem importância alguma. Podemos ver isso pelos tratamentos que são fornecidos gratuitamente pelo governo, tanto no Brasil como em outros países”, avalia Miranda. O que se observa, segundo o especialista, é um substancial aumento na taxa de não adesão ao tratamento nas doenças crônicas assintomáticas, tais como hipertensão, colesterol elevado e diabetes. “Por isso o paciente precisa ser muito bem orientado e as medidas devem estar bem adaptadas às suas expectativas.”

Para Gorzoni, quando o número de medicamentos tomados é baixo e o regime terapêutico é pouco complexo, a aderência ao tratamento é maior e o controle das doenças de base também. “Pacientes com mais de cinco medicamentos em uso simultâneo e contínuo, com horários de tomada dispersos pelo dia, apresentam erros de tomada (ausência ou duplicidade dela) acima de 70%”, explica. Miranda enfatiza que é primordial o médico usar de toda a sua capacidade de convencimento para fazer com que o paciente siga o tratamento de forma adequada. “O profissional também tem responsabilidade na adesão ao tratamento: quanto melhor a relação médico/paciente e profissionais de saúde/paciente, maior é a adesão”, enfatiza o especialista.

“Definir qual o melhor tratamento a ser implementado em idosos com multimorbidades requer uma avaliação específica, na qual o indivíduo é avaliado de maneira global, em suas dimensões física, psíquica e social”, revela Theodora, esclarecendo que o controle de uma doença pode ou não garantir qualidade de vida ao idoso. “É correto suspender um tratamento quando o comprometimento que ele traz na qualidade de vida do idoso é maior do que o benefício proposto. No entanto, definir qual a melhor conduta não é intuitivo, requer equipes inter e multidisciplinares qualificadas mediante a Avaliação Global do Idoso”, diz. Ela acrescenta que essa avaliação é essencial para posteriores tomadas de decisão, que serão determinantes para uma melhor relação risco-benefício do tratamento desses indivíduos.

Para Almada, as doenças devem ser muito bem controladas para que não resultem em sequelas que incapacitem o idoso. “O conceito de capacidade funcional deve ser considerado como um conceito de

saúde para essa faixa etária e está intimamente relacionado com a qualidade de vida dessa população”, afirma. Almada enfatiza que os alvos terapêuticos devem ser bem avaliados e, considerando a heterogeneidade encontrada nesse grupo etário, nem sempre o médico pode se orientar por protocolos ou linhas de conduta que muitas vezes são estabelecidos para a população geral, ainda que de idosos. “O tratamento médico aos idosos ainda se compõe de uma forte associação entre tecnologia e arte”, analisa.

Na opinião de Gorzoni, a prioridade na conduta de idosos com doenças crônicas concomitantes vincula-se necessariamente à qualidade de vida. “Manter o idoso com capacidade de autodecisão (autonomia) e de independência é altamente humano e significativo, individual e coletivamente. O paciente deve ser medicado para viver, e não viver para ser medicado”, declara, citando como exemplos comuns na prática clínica o uso de medicamentos que interferem no paladar ou provocam hipotensão postural, gerando perda de peso e quedas passíveis de reversão com a troca dos fármacos. “É por isso que diretrizes como as publicadas pela Sociedade Americana de Geriatria merecem elogios, porque pouparam o paciente idoso de múltiplas consultas e de vários procedimentos de indicação duvidosa quanto ao benefício e/ou influência no plano terapêutico. E também por apresentar o potencial de influenciar o raciocínio médico padrão de procurar um único diagnóstico que abranja todos os sintomas e sinais relatados”, finaliza.

Atenção redobrada

O geriatra Clineu de Mello Almada Filho enumera algumas orientações importantes para reduzir os riscos iatrogênicos dos tratamentos medicamentosos aos idosos:

- **Apurar** um diagnóstico clínico e funcional ao paciente.
- **Considerar** um tratamento não medicamentoso, ao menos como parte coadjuvante.
- **Estratificar** o risco do paciente ao tratamento sugerido, quer por suas condições fisiológicas e clínicas, quer pelos riscos inerentes às drogas a serem utilizadas. Hoje há aplicativos e programas para celulares e outros dispositivos que auxiliam o profissional nesse sentido.
- **Eleger** as prioridades dos pacientes a serem tratadas e iniciá-las individualmente, administrando uma medicação de cada vez e “tateando” a dose adequada para cada paciente.
- **Ouvir** as queixas dos pacientes após a instituição da terapêutica medicamentosa, valorizando seu potencial iatrogênico.
- **Reavaliar** com frequência a relação risco/benefício do tratamento instituído.



Alexander Charles Morrell

Presidente da Sociedade Brasileira de Videocirurgia – Sobracil-SP; membro titular e diretor de relações intersocietárias da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

Contato alexander.morrell@gmail.com

Cirurgia bariátrica no idoso

TAKE HOME MESSAGE

- O tratamento da obesidade com dieta, exercícios (terapias comportamentais) e medicamentos apresenta resultados relativamente ineficazes na manutenção do peso perdido. Na obesidade mórbida esses resultados são ainda mais desapontadores.
- A idade não deve ser considerada como critério isolado para contraindicar um procedimento cirúrgico. É importante avaliar a capacidade funcional do paciente e o controle das comorbidades preexistentes. Assim, não raro encontramos pacientes da mesma idade com perfis de saúde muito distintos.
- A cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz para a obesidade mórbida, produzindo uma perda de peso duradoura, melhoria ou remissão de comorbidades, e proporcionando uma maior e melhor vida útil (nível I, grau A).
- A cirurgia pode ser realizada pelo método convencional (cirurgia aberta) ou por videolaparoscopia e existem várias técnicas descritas e de uso consagrado.

Introdução

Nos últimos anos a comunidade médica tem presenciado uma epidemia mundial de sobrepeso e obesidade que afeta aproximadamente 1,5 bilhão de pessoas em todo o mundo. Nos Estados Unidos, segundo os Centers for Disease Control and Prevention, mais de um terço (35,9%) da população de adultos com mais de 20 anos é obesa.

Com mais de 300 mil vítimas nos EUA a cada ano, a obesidade mórbida é projetada para ultrapassar o tabagismo como a principal causa de morte no futuro próximo. A obesidade reduz a expectativa de vida desses pacientes.

No Brasil, estima-se que haja 15% de obesos. Desse total, entre 1% e 2% da população adulta apresenta obesidade grau III ou mórbida (IMC > 30 Kg/m²), mostrando que ao menos 1,5 milhão de pessoas no Brasil são obesos mórbidos.

O grau de obesidade é geralmente descrito usando-se o índice de massa corporal (IMC). É calculado como peso (em kg) dividido pela altura (em metros) ao quadrado.

A obesidade está associada a uma morte prematura, bem como a um aumento do risco de diabetes mellitus tipo 2, apneia do sono,

hipertensão arterial, dislipidemia, doença cardíaca e osteoartrite, entre outras. Estudos têm demonstrado que a perda de peso está associada a uma diminuição do risco para o desenvolvimento dessas doenças.

Qual a justificativa para o tratamento cirúrgico da obesidade?

A cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz para a obesidade mórbida, produzindo uma perda de peso duradoura, melhoria ou remissão de comorbidades, e proporcionando uma maior e melhor vida útil (nível I, grau A).

O tratamento da obesidade com dieta, exercícios (terapias comportamentais) e medicamentos apresenta resultados relativamente ineficazes na manutenção do peso perdido. Na obesidade mórbida, tais resultados são ainda mais desapontadores.

A cirurgia bariátrica (*barros* = peso), também chamada de cirurgia da obesidade, consiste em um conjunto de técnicas cirúrgicas que visam proporcionar a perda de peso do paciente e a resolução das comorbidades desencadeadas ou agravadas pela obesidade mórbida.

Mais recentemente, num contexto mais amplo, tem sido chamada também de cirurgia metabólica, pois hoje se sabe que, além da perda

de peso, os pacientes são beneficiados com a cura ou controle de doenças associadas à obesidade, como diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias, apneia do sono e outras.

A cirurgia pode ser realizada pelo método convencional (cirurgia aberta) ou por videolaparoscopia, e existem várias técnicas descritas e de uso consagrado.

Diferenças entre cirurgia convencional e cirurgia videolaparoscópica

Convencional	Laparoscópica
Um pouco mais de dor na ferida operatória	Menor dor no pós-operatório
Incisão maior que a laparoscópica	Melhor resultado cosmético, com cicatrizes menores
Retorno mais tardio às atividades rotineiras	Retorno mais rápido às atividades rotineiras
Menor custo	Maior custo
Uma incisão	Cinco ou seis pequenas incisões
Maior índice de hérnia na incisão	Menor índice de infecção de ferida cirúrgica

Tipos de cirurgia bariátrica

As cirurgias bariátricas podem ser divididas em três tipos de procedimentos:

1. Procedimentos restritivos que diminuem a ingestão de alimentos

A gastrectomia vertical (ou gastrectomia em manga, ou *gastric sleeve*) foi inicialmente descrita como parte da operação de derivação biliopancreática (*switch* duodenal). O conceito de gastrectomia vertical evoluiu das cirurgias que realizavam tuneilização parcial da pequena curvatura gástrica com a finalidade de restringir a capacidade de ingestão alimentar.

A gastrectomia vertical pode se mostrar uma alternativa viável como tratamento isolado da obesidade mórbida. Algumas publicações recentes mostram que esse procedimento é relativamente seguro em termos de morbimortalidade, com adequada diminuição do IMC e perda de excesso de peso, com impacto positivo na resolução das comorbidades relacionadas à obesidade.

Vantagens:

- Por ser um procedimento restritivo puro, a gastrectomia vertical

não promove efeitos significativos com relação a deficiências nutricionais e vitamínicas.

- Seu insucesso como procedimento isolado permite que seja feita uma complementação tanto para gastroplastia redutora em Y de Roux como para a derivação biliopancreática.

2. Procedimentos disabsortivos, que causam uma absorção incompleta do alimento

Embora essas operações também reduzam o tamanho do estômago, o reservatório gástrico criado é maior que o dos outros procedimentos. O objetivo é restringir a quantidade de alimento consumido e diminuir a absorção dos alimentos. A anatomia do intestino delgado é alterada para desviar os sucos biliares e pancreáticos de forma que encontrem o alimento ingerido mais próximo ao meio ou final do intestino delgado (íleo). Com isso, a absorção de nutrientes e calorias também é reduzida, mas para um grau muito maior do que com os procedimentos ditos como mistos. Em função da necessidade de se repor vitaminas e nutrientes de forma mais rigorosa, deve-se reservar essas cirurgias para os pacientes chamados de superobesos.

- Derivação biliopancreática (cirurgia de Scopinaro): essa cirurgia promove uma redução de aproximadamente 3/4 do estômago para determinar a restrição da ingestão de alimentos. A parte disabsortiva fica a cargo do intestino delgado, que é então dividido, tendo uma extremidade ligada ao estômago para criar a chamada “alça alimentar”. Os sucos biliares e pancreáticos passam por outro segmento de intestino delgado, chamado de “alça biliopancreática”, que será unida ao outro segmento intestinal mais distalmente (alça comum).

- Derivação duodenal *switch*: esse procedimento é uma variação da derivação biliopancreática de Scopinaro, em que a remoção do estômago se faz com a realização de uma gastrectomia vertical, diminuindo-se assim os inconvenientes decorrentes da exclusão duodenal que ocorre na cirurgia de Scopinaro. O duodeno, a primeira parte do intestino delgado, é dividido para que a drenagem pancreática e biliar seja desviada. A extremidade proximal, também chamada de alça alimentar, é então ligada ao início do duodeno, enquanto a alça biliopancreática é criada à semelhança da cirurgia de Scopinaro.

Vantagens:

- Essas operações geralmente permitem que o paciente consiga fazer refeições maiores que as do procedimento restritivo puro ou gastroplastia com derivação em Y de Roux.
- Esses procedimentos podem causar uma perda maior de peso excessivo, por permitir os mais altos níveis de má absorção.

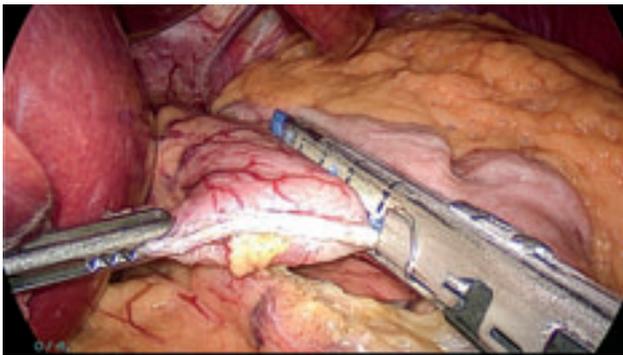
3. Procedimentos mistos

- Gastroplastia com derivação em Y de Roux (cirurgia de Fobi Capella): a gastroplastia com derivação em Y de Roux é considerada hoje o procedimento padrão ouro para a cirurgia bariátrica. É um dos procedi-

mentos cirúrgicos para perda de peso mais realizados no Brasil e no mundo. Nesse procedimento, o grampeamento cirúrgico cria um novo e pequeno (15 a 20 cc) estômago. O restante dele não é removido, mas totalmente grampeado e separado do "novo estômago". O novo reservatório gástrico é então unido a um desvio intestinal.

Vantagens:

- Estudos demonstram que, após 10 a 14 anos, 50-60% da perda de peso corporal excessivo foi mantida por alguns pacientes.
- Teoricamente, pode ser revertida.



Confecção do "novo estômago" com uso de grampeador cirúrgico na cirurgia de Fobi Capella (gastroplastia com derivação em Y de Roux)



Sequência de grampeamento para finalizar o "novo estômago"

O primeiro consenso de indicação da cirurgia bariátrica foi consolidado em 1986 nos EUA. Ao critério de Índice de Massa Corpórea (IMC) > 40 foi acrescentada a necessidade do fornecimento de um consentimento livre e informado, detalhando as complicações possíveis e a necessidade de um atendimento e seguimento multidisciplinar de longo prazo. Há também indicação de tratamento cirúrgico em pacientes com IMC > 35, na presença de comorbidades significativas com possibilidades de melhora ou reversão.

A cirurgia bariátrica e o idoso. Quem pode ser operado?

Com o aumento da expectativa de vida nas últimas décadas no Brasil, o número de procedimentos cirúrgicos na população geriátrica vem crescendo progressivamente. Estudos mostram que 65% das atividades exercidas por cirurgiões gerais são com pacientes acima de 65 anos de idade. Os procedimentos cirúrgicos atualmente são mais seguros graças à modernização das técnicas cirúrgicas empregadas, como a videolaparoscopia, associadas a avaliação pré-operatória adequada e melhor manejo dos pacientes no intra e pós-operatório. A idade não deve ser considerada como critério isolado para contraindicar um procedimento cirúrgico. É importante avaliar a capacidade funcional do paciente e o controle das comorbidades preexistentes. Assim, não raro encontramos pacientes da mesma idade com perfis de saúde muito distintos.

O objetivo é, portanto, realizar a cirurgia sempre que necessário, otimizando a avaliação pré-operatória. Nessa equipe multiprofissional incluem-se o clínico/geriatra que acompanha previamente o paciente, o anestesiológico, o cirurgião, o endocrinologista, o cardiologista e outros profissionais da área de saúde, como nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas.

Há limite de idade para se indicar a cirurgia bariátrica?

A última resolução do Conselho Federal de Medicina em vigor desde sua publicação no *Diário Oficial da União* (12 de fevereiro de 2010, Seção I, p. 72) faz referência e normatiza o aspecto da idade dos pacientes que podem ser submetidos a tratamento cirúrgico da obesidade.

- Abaixo de 16 anos: exceto em caso de síndrome genética, quando a indicação é unânime, o Consenso Bariátrico recomenda que, nessa faixa etária, os riscos sejam avaliados por cirurgião e equipe multidisciplinar. A operação deve ser consentida pela família ou responsável legal e eles devem acompanhar o paciente no período de recuperação.
- Entre 16 e 18 anos: sempre que houver indicação e consenso entre a família ou o responsável pelo paciente e a equipe multidisciplinar.
- Entre 18 e 65 anos: sem restrições quanto à idade.
- Acima de 65 anos: avaliação individual pela equipe multidisciplinar, considerando risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

A maioria dos idosos tolera um procedimento cirúrgico tão bem quanto os mais jovens. Nos últimos anos, vários estudos mostraram que a mortalidade operatória caiu em cirurgias eletivas de grande porte quando realizadas em pacientes idosos bem controlados do ponto de vista clínico. O grande risco ocorre durante o pós-operatório, quando a resposta ao trauma pode desencadear alterações que aumentam a morbidez em até cinco vezes e são responsáveis pela maior mortalidade do idoso.

Entretanto, ao contrário do conceito estabelecido de que a operação no paciente idoso é acompanhada de alto índice letal, o que se

verifica na prática é uma evolução muito favorável em mais de 90% dos casos. Os resultados piores ocorrem após operações de urgência devido à falta de preparo adequado do doente e por ele já estar diante de uma complicação que lhe ameaça iminentemente a vida.

Cuidados pós-operatórios em pacientes geriátricos

Vários aspectos têm relevância no pós-operatório para minimizarmos as complicações e diminuirmos o tempo de internação do paciente idoso. Devem-se avaliar sinais de:

- Hipoxemia
- Hipotensão arterial
- Dor
- Distúrbios hidreletrolíticos
- Complicações cardíacas e pulmonares
- Infecções
- Delirium
- Disfunção cognitiva
- Tromboembolismo venoso

O que dizem os estudos?

Em um estudo prospectivo sobre cirurgia bariátrica realizado entre 1985 e 2004 foram operados 1.834 pacientes. O objetivo dos autores foi determinar, a curto prazo (30 dias) e a longo prazo, os resultados da cirurgia bariátrica em pacientes com 60 anos ou mais e em menores de 18 anos. Foram identificados 127 pacientes com mais de 60 anos e 12 com menos de 18 anos.

Nos pacientes com mais de 60 anos, a mortalidade nos primeiros 30 dias após a cirurgia foi de 0,7%, a morbidade foi de 14% e a mortalidade, em cinco anos, foi de 5%. A queda no IMC dessa faixa etária variou entre médias de 46 para 33, com 51% de desaparecimento das comorbidades associadas à obesidade, e melhora subjetiva de 89% quanto à satisfação do paciente.

Os autores concluíram que a cirurgia da obesidade nesses grupos pode ser indicada, devendo-se porém avaliar caso a caso.

Em outro estudo, apresentado na Semana do Aparelho Digestivo (DDW) de 2011, foram analisados mais de 48 mil adultos submetidos a uma cirurgia bariátrica entre 2005 e 2009.

Nesse período a porcentagem de adultos com idade acima de 65 anos submetidos a cirurgia bariátrica mais do que dobrou.

Os pesquisadores concluíram que pacientes com mais de 65 anos não tiveram um risco maior quando comparados àqueles com 30 ou 40 anos.

Setenta e dois pacientes morreram durante o estudo. Oito tinham mais de 65 anos. O risco de morrer nos primeiros 30 dias após a cirurgia foi de 0,12% para adultos com idade entre 35 e 49 anos, 0,21% para aqueles que tinham entre 50 e 64 anos e 0,4% para os que tinham mais de 65 anos.

Após levar em conta a presença de fatores que influenciariam nos resultados da cirurgia, incluindo peso, sexo, doença cardíaca, diabetes

e função renal, os autores chegaram à conclusão de que os resultados não mostravam uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de jovens e idosos. Entretanto, a permanência hospitalar foi maior nos pacientes com idade acima de 70 anos e submetidos preferencialmente a cirurgia aberta.

Quem não deve ser submetido a cirurgia bariátrica?

Não devem ser submetidos a cirurgia pacientes com grave comprometimento cardiorrespiratório, renal ou hepático, aqueles com limitação intelectual significativa e sem suporte familiar adequado; portadores de quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas, além de pacientes com doenças genéticas.

Quais as vantagens para quem é submetido a cirurgia bariátrica?

Com a grande aceitação e o excelente resultado da cirurgia bariátrica para pacientes não idosos, pode-se ao longo dos últimos anos confirmar e contabilizar positivamente os bons resultados desses pacientes em relação a cura ou melhora de doenças associadas a obesidade também em pacientes idosos.

A cirurgia bariátrica, comparada ao tratamento clínico, apresenta resultados favoráveis quando analisamos os fatores de risco cardiovasculares.

Adicionalmente à perda de peso, a cirurgia bariátrica oferece a esses pacientes uma série de benefícios à saúde, incluindo a redução do risco de eventos cardiovasculares maiores, como infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares.

Em um estudo recente, os pesquisadores revisaram os dados de 9.140 indivíduos obesos mórbidos com idade entre 40 e 79 anos e que haviam sido submetidos a cirurgia bariátrica (n = 4.747), cirurgia gastrointestinal (n = 3.066) e cirurgia ortopédica (n = 1.327) entre os anos de 1996 a 2008 na Carolina do Norte, nos EUA.

O grupo de pacientes submetidos a cirurgia gastrointestinal (hérnia ou vesícula biliar) e o grupo ortopédico (joelhos) serviram de grupo controle por causa de sua similaridade no estado de saúde e risco.

Cinco anos após a cirurgia, 85% dos pacientes submetidos ao procedimento bariátrico não referiam história de infarto agudo do miocárdio ou quadro de acidente vascular, comparados a 73% no grupo ortopédico e 66% no gastrointestinal.

Aos dez anos, os mesmos grupos apresentavam 77% no grupo bariátrico, 64% no ortopédico e 62% no gastrointestinal (P < ,05).

Após ajustes na diferença em idade e comorbidades relevantes, a cirurgia bariátrica mostrou-se como um preditor independente de sobrevivência nesses pacientes.

Pode-se dizer que a obesidade afeta todas as partes do corpo. Se pudermos promover uma perda de peso, proporcionaremos também a resolução de outros problemas, especialmente aqueles mediados por resposta inflamatória.

Em outro estudo multicêntrico, foram analisados 73 trabalhos

relacionando risco cardiovascular envolvendo 19.543 pacientes (média de idade 42 anos, 76% do sexo feminino). Os dados pré-operatórios mostravam uma prevalência de hipertensão arterial, diabetes e hiperlipidemia de 44%, 24% e 44%, respectivamente. O tempo médio de acompanhamento foi de 57,8 meses e a perda média de excesso de peso foi de 54%.

A resolução ou melhora pós-operatória das comorbidades estudadas foi de 63% para hipertensão arterial, 73% para diabetes e 65% para hiperlipidemia. Ecocardiogramas realizados mostraram que em 713 desses pacientes houve um aumento de massa de ventrículo esquerdo com melhora de sua função contrátil.

Além das morbidades cardiovasculares, outras doenças representam um papel importante nos pacientes obesos.

A doença hepática gordurosa não alcoólica, também conhecida como esteatose hepática, é uma das causas mais comuns de doença hepática crônica em todo o mundo. Recomendações para seu tratamento incluem redução de peso, contribuindo também para diminuir a resistência à ação periférica da insulina.

Infelizmente, o tratamento medicamentoso e as modificações no estilo de vida isoladamente não apresentam sucesso a longo prazo, enquanto a perda de peso duradoura é rotineiramente obtida com a cirurgia bariátrica.

A cirurgia bariátrica também é conhecida por ter efeitos profundos sobre o diabetes mellitus tipo 2. Além dos pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) maior que 40, uma parte daqueles com IMC maior do que 35, mas portadores de diabetes mellitus tipo 2, também é elegível para esse tipo de intervenção cirúrgica.

A Federação Internacional do Diabetes (IDF) em 2011, após análise de vários estudos, divulgou um comunicado recomendando a cirurgia bariátrica como uma das opções terapêuticas para o controle do diabetes tipo 2.

A cirurgia bariátrica pode ajudar a parar o declínio da função cognitiva associada à obesidade, disseram pesquisadores em um estudo prospectivo.

Sabemos que a obesidade é um fator de risco para acidente vascular cerebral, e pesquisas mais recentes sugerem que é um risco para a doença de Alzheimer.

Pesquisadores têm estudado se é possível que a obesidade realmente prejudique o cérebro anteriormente ao aparecimento dessas outras desordens.

Há estudos que demonstram que, se uma pessoa está acima do peso na meia-idade, ela está mais propensa a apresentar problemas com memória, resolução de problemas ou concentração do que alguém de peso normal, mesmo se ela não tem doença de Alzheimer ou já tenha tido um acidente vascular cerebral.

Nesse estudo ao fim de 12 semanas, houve melhorias significativas na aprendizagem e memória no grupo cirúrgico, medidos a curto e longo prazo.

A modificação de comportamento e estilo de vida, dieta e exercício continuam sendo os principais tratamentos para a obesidade.

A terapia farmacológica pode ser indicada para pacientes que têm complicações clínicas da obesidade, ressaltando-se que seus resultados podem ser limitados pelos efeitos secundários e eficácia modesta.

Recuperar o peso perdido é um problema comum. Entre os indivíduos que perdem peso durante qualquer programa de tratamento medicamentoso, a maioria não mantém a perda de peso a longo prazo.

Com os resultados que temos acompanhado, entendemos que se considere a cirurgia bariátrica ou metabólica não somente como um mecanismo que promova a perda de peso do paciente obeso, mas uma alternativa para um controle de graves doenças associadas e um ganho de qualidade de vida.

Referências bibliográficas

1. Fátima J, Houghton M, Iqbal CW, Thompson GB, Que FL, Kendrick ML, et al. Bariatric surgery at the extreme of age. *J Gastroint Surg.* 2006; 10(10):1392-6.
2. Elias Jirjoss Ilias - Rev. Assoc. Med. Bras. vol.53 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2007
3. Centers for Disease Control and Prevention. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2010. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics* 10(252); 2012.
4. Kayano A, Flora R. Avaliação perioperatória no idoso. *Revista Aptare.* Ano 1 Edição 2 Dezembro 2012.
5. Leung JM, Dzankic S. Relative importance of preoperative health status versus intraoperative factors in predicting postoperative adverse outcomes in geriatric surgical patients. *J Am Geriatr Soc.* 2001 Aug; 49(8):1080-5.
6. Goodman B. Weight Loss Surgery May Benefit Older Adults. *Digestive Disease Week 2011 meeting, Chicago.*
7. Brooks M. Bariatric Surgery Good for the Heart. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) 28th Annual Meeting. Abstract PL-105. Presented June 15, 2011.
8. Amanda R Vest, Helen M Heneghan, Shikhar Agarwal, Philip R Schauer, James B Young. Bariatric Surgery and Cardiovascular Outcomes. *A Systematic Review Heart.* 2012;98(24):1763-1777
9. Gagnon L. Elderly Obese Patients Benefit From Weight Loss Surgery. ASMBS 26th Annual Meeting: Abstract PL-207. Presented June 25, 2009.
10. Davies, A R, Efthimiou E. Curing Type 2 Diabetes Mellitus With Bariatric Surgery. Reality or Delusion? *British Journal of Diabetes and Vascular Disease.* 2012;12(4):173-176.
11. MacReady N. Cognitive Function Improves After Bariatric Surgery. The Obesity Society 28th Annual Scientific Meeting. Presentation 22-OR. Presented October 9, 2010.



Marli Amanda Davanço Leite

Cirurgiã dentista; especialista em odontogeriatría pelo Conselho Federal de Odontologia; especialista em prótese dentária pela Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas; especialista em implantodontia pelo CETAO; preceptora da disciplina de odontologia da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo
Contato iog.amanda@globo.com

Implantes dentais: um recurso para qualquer idade

TAKE HOME MESSAGE

- A pesquisa, a tecnologia e o preparo de profissionais dentistas propiciam soluções para todos os casos de forma simples e segura.
- A odontologia hoje é uma ciência minimamente invasiva. As restaurações, as cirurgias periodontais e a endodontia podem ser executadas com microscopia, reduzindo desgastes em estrutura dental, tornando o índice de sucesso intra e pós-operatório muito satisfatório.
- Os implantes confeccionados com o auxílio das cirurgias guiadas, com planejamento em 3D, aumentam a previsibilidade de sucesso com pouca intervenção. Os enxertos com biomaterial diminuiram muito a morbidade cirúrgica, facilitando a execução de procedimentos delicados. Os implantes curtos são cada vez mais usados, com resultados satisfatórios.

Introdução

O implante dental surgiu na década de 1960 por meio de pesquisas em coelhos realizadas pelo grupo do professor sueco Per-Ingvar Branemark, que, trabalhando com materiais à base de titânio, notou haver uma grande biocompatibilidade entre o titânio e o tecido ósseo. A grande atividade osteoblástica proporcionava um crescimento ósseo no leito implantar, causando um travamento do implante, que por sua vez deu início à chamada osseointegração implantodôntica.

Essa descoberta foi inicialmente usada em pacientes que haviam sofrido exérese de tumores de face. Com apenas dois retentores implantados em regiões sadias específicas ao redor da lesão, era possível ter uma boa retenção das próteses, como próteses de nariz ou cavidade orbicular, reintegrando os pacientes à sociedade com uma solução estética segura e confortável. Pesquisas mostraram que, além desse uso, os implantes de titânio também poderiam reabilitar falhas dentais.

A implantodontia, portanto, deixou de ser uma esperança para se tornar uma realidade biologicamente aceitável. Com o tempo, os implantes passaram por inúmeras alterações: na composição da liga de titânio, no tratamento de superfície, na forma, no tamanho (diâmetro

ou altura), na possibilidade do uso de barreiras e filtros celulares na reparação óssea, na utilização de biomateriais, entre outros. Tal evolução proporcionou um enfoque positivo na especialidade como alternativa segura como um substituto dental.

O que é o implante?

Nossos pacientes não vêm em busca de implantes, mas de dentes – comumente confunde-se implante com dentes sobre implante (prótese). O implante dentário é uma peça fabricada em titânio ou liga de zircônio e titânio, que é colocada no osso da maxila ou mandíbula onde havia a falta do dente natural. Após um período de osseointegração, que pode variar de implante para implante, de acordo com a especificação do fabricante, esses implantes recebem uma estrutura parafusada, que viabiliza a colocação de próteses sobre eles.

Se anteriormente os implantes eram colocados onde havia osso, hoje o critério é diferente: sua colocação só pode ser feita se houver um bom posicionamento, que garanta a estética gengival e dental. Assim, o local onde esses implantes serão colocados muitas vezes precisa ser preparado para proporcionar uma solução estética e funcional adequada.



Fratura radicular – tratamento proposto: exodontia e reabilitação funcional e estética com implante



Colocação do implante imediato após a exodontia



Colocação do implante dentro do alvéolo



Reabilitação protética com restabelecimento da estética gengival e dental

Histórico do edentulismo

Os números, há pouco mais de três décadas, eram assustadores: mais de 40% da população acima dos 65 anos nos países desenvolvidos já haviam perdido todos os dentes. No entanto, embora a taxa de edentulismo tenha diminuído de maneira significativa nesses países, no Brasil ainda estamos diante de uma taxa média de 65% de pacientes edêntulos totais (75,8% em maxila e 52,8% em mandíbula) e cerca de 87% de desdentados parciais na população acima dos 65 anos.

Entre indivíduos com perda de dois elementos dentais unilaterais, cerca de 15% têm má oclusão, que leva a problemas articulares, digestivos, posturais e cervicais.

Em pessoas totalmente edêntulas, as próteses totais podem restabelecer a capacidade mastigatória. Quando apenas mucossuportadas, essas próteses apoiam-se somente na mucosa.

A fixação na maxila é melhor, pois o palato é um platô que oferece melhores condições para limitar a inserção muscular ao se confeccionar uma prótese total. Com a saliva, as próteses em maxila apresentam uma forte adesão, com muito mais estabilidade.

A mandíbula, por sua vez, tem a forma de ferradura e os músculos abaixadores e elevadores de mandíbula se inserem ao redor dessa estrutura. Com o tempo, o remanescente ósseo reabsorve e as próteses perdem sua capacidade de adaptação, gerando desconforto mastigatório, quer pela instabilidade, quer pela nevralgia de pressão decorrente da exposição do forame mental.

A eficácia mastigatória desses indivíduos gira em torno de 20% quando comparados aos indivíduos dentados. Quando reabilitamos esses pacientes com apenas dois implantes em mandíbula (prótese overdenture), a eficácia mastigatória sobe para 80%, mesmo se tratando de prótese implantomucossuportada.

Planejamento em implantes osseointegrados

Ao assumir uma postura minimamente invasiva é possível evitar, utilizando-se implantes orais, os preparos de elementos naturais para substituir elementos ausentes. Essa medida garante menos danos, menor risco de sobrecarga aos dentes remanescentes e melhor prognóstico a longo prazo. Com o advento da implantodontia como fonte segura, é inadmissível nos dias de hoje o desgaste de dentes vizinhos ao espaço protético, onde houve a perda dental, para restabelecer a estética e função mastigatória.



Pilar em titânio sobre implante e preparo em dentes naturais para substituir a falta de um dente

O conceito leigo de que é necessário um implante para cada dente a ser substituído é errado. Com dois implantes podemos restabelecer a falha de 3 a 4 dentes; com 6 implantes em maxila podemos restabelecer de forma fixa 10 a 12 dentes; com 4 implantes em mandíbula podemos restabelecer de forma fixa 10 a 12 dentes. Isso é o que chamamos de protocolo fixo em implantodontia.

Temos também os protocolos muco-dento-suportados, em que com 4 implantes superiores podemos abotoar uma prótese total, ou com 2 implantes em mandíbula podemos abotoar uma prótese total inferior. A isso chamamos de *overdenture*, que requer um procedimento minimamente invasivo, seguro e rápido.



Prótese total tipo *overdenture* inferior – sistema barra

Indicação e contraindicação

O limite de idade não é motivo para indicar ou contraindicar os implantes dentários. Sua instalação deve ser decidida caso a caso. A avaliação médica é muito importante, pois o tratamento com implantes é inicialmente cirúrgico e o paciente deve estar em bom estado de saúde para passar por esse procedimento. Devemos aqui

esclarecer que a colocação do implante é muito menos agressiva que a exodontia e hoje, com as cirurgias guiadas e a microscopia, mesmo os casos mais complexos são realizados com grande segurança e pouca invasão.

Contamos com a equipe multidisciplinar para verificar de maneira mais prática e íntima a disfunção mastigatória, o refluxo e a deficiência na formação do bolo alimentar. Se estivermos diante de próteses bem adaptadas, o quadro clínico é mais estável, mas às vezes o equilíbrio mastigatório está tão comprometido que é necessária uma solução melhor para restabelecer a função mastigatória desses indivíduos.

Indicação:

- paciente com ausência de um ou mais elementos dentais
- pacientes portadores de próteses parciais removíveis ou próteses dento-muco-suportadas
- pacientes portadores de próteses totais
- casos ortodônticos
- próteses de reconstrução facial

Contra indicações:

- doença de Paget
- osteomalácia
- síndrome de Cushing
- insuficiência renal
- doenças reumáticas autoagressivas
- radioterapia
- pacientes imunodeprimidos

Exames laboratoriais necessários:

- hemograma
- glicemia
- coagulograma

Exames radiográficos:

- tomografia volumétrica de maxila, mandíbula e zigomático

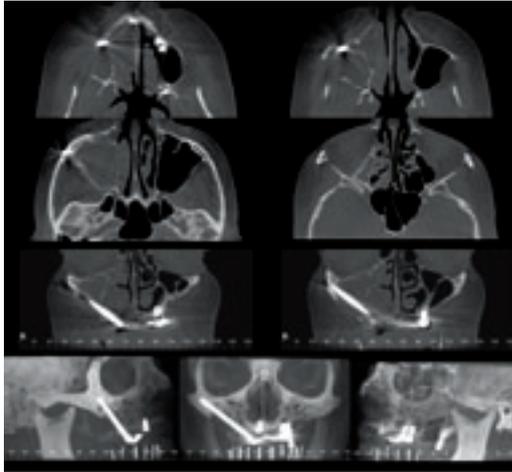
Reabilitação oral com implantes

No dente saudável a raiz transmite as forças da mastigação para o osso ao redor. O osso, dessa forma dinâmica, permanece ao redor dos dentes de maneira estável. Na ausência de um ou mais dentes, essas forças não são mais eficazes e a tábua óssea começa a ser reabsorvida.

O tratamento com implantes dentários pode ajudar a prevenir a reabsorção óssea gradual na tentativa de substituir o elemento dental.

A perda óssea pode modificar até a forma do osso, sustentação de lábio e perfil. Os dentes vizinhos à perda dental podem se deslocar para os espaços vazios, criando um desequilíbrio oclusal.

Quando a região envolvida é a região dos molares superiores, por vezes temos uma hiperpneumatização do seio de face, já que esses dentes estão intimamente ligados a essa estrutura anatômica. Por não haver resistência à pressão do ar, temos uma pressão negativa na região e a perda óssea pode ser tanto do rebordo para a cavidade sinusal como da cavidade para o rebordo. É comum a necessidade de uma intervenção corretiva nessa região, de modo a proporcionar uma



Tomografia computadorizada com duplo escaneamento (exames para cirurgias guiadas)



Prototipagem maxila e mandíbula

condição ideal para a confecção do leito implantar.

Os implantes, desenvolvidos para oferecer uma estabilidade confiável, também representam uma boa solução estética, pois propiciam aparência natural.

A estética do sorriso pode ser definida pela harmonia entre a face, os lábios, a gengiva, os dentes e a inter-relação entre eles. Assim, para o correto planejamento e execução da reabilitação estética, devemos ter em mente uma análise detalhada e precisa de todos esses dados. Nesse momento também devem ser considerados os aspectos fisiológicos do envelhecimento bucal e suas características, que podem influenciar diretamente o resultado final, tanto funcional quanto estético. As limitações muitas vezes impõem soluções de tratamento aceitáveis, mas não ideais.

Para a reposição de um dente é necessário avaliar:

Estética branca:

- tamanho e forma dos dentes
- altura
- tipo de sorriso
- simetria de face
- cor

Estética vermelha:

- qualidade de tecido gengival (espessura e coloração)
- tipo de tecido periodontal
- espessura
- coloração
- altura da linha de sorriso – sorriso dental ou sorriso gengival

Análise facial:

- formato
- análise do sorriso/face
- lábios
- altura do sorriso (sorriso baixo, médio, alto) determinada pela quantidade de exposição dos dentes superiores e tecido gengival

Tudo isso é importante para avaliar o tipo de tratamento empregado para cada paciente.

A reposição de um único dente é um dos casos mais difíceis, pois é necessário executar uma cópia perfeita do dente simétrico, principalmente na forma, na altura em que ficará na curvatura gengival e na cor. A reposição do conjunto – dois ou mais dentes – torna essa exigência estética mais fácil de ser obtida.

A reposição de todos os dentes em substituição à prótese total traz um excelente benefício para o paciente, principalmente pelo fato de o palato ficar descoberto. A cobertura do palato com a resina acrílica da prótese total pode alterar fala, deglutição e sensação térmica. Em uma reabilitação de paciente edêntulo com uma prótese implantossuportada não há o recobrimento do palato, deixando essa região livre. Na mandíbula, a estabilidade de uma prótese implantossuportada é muito maior quando comparada à prótese total, pois também fica livre das movimentações musculares durante a fala, a deglutição e a mastigação.



Reabilitação fixa sobre implantes maxila e mandíbula



Protocolo superior com implantes – palato encoberto



Vista frontal da reabilitação fixa maxila e mandíbula

Fatores limitantes e recursos disponíveis para solucioná-los

- pouca espessura óssea
- pouca altura óssea
- proximidade com o nervo alveolar inferior
- proximidade com a cavidade sinusal
- defeitos ósseos pequenos, médios e grandes
- pouca gengiva inserida – gengiva muito fina

Pouca espessura óssea

Para colocarmos um implante é necessário confeccionarmos o leito implantar com um diâmetro adequado. Atualmente, esse diâmetro pode ser planejado segundo a quantidade de osso remanescente e o tipo de periodonto. Diante disso, restabelecer a estética do sorriso pode depender de mais do que a simples colocação do implante.

Quando nos deparamos com uma região onde a perda dental é antiga, esse osso pode apresentar um defeito de espessura. Na maioria das vezes tal defeito é pela tábua vestibular, onde a nutrição é mais limitada.

Com o objetivo de colocar implantes em uma posição ideal, tentando copiar a emergência dental, deparamo-nos com situações que exigem enxerto ósseo. As características do enxerto ideal incluem a indução de nova formação óssea, biocompatibilidade e antigenicidade (ausência de resposta imune), ampla disponibilidade e baixo custo. É fundamental dominar as propriedades de cada material para extrair dele sua melhor característica (Tabela 1).

Tabela 1 Princípios biológicos relacionados aos materiais de preenchimento

Osteocondução	Manutenção do arcabouço físico das partículas que facilitam a angiogênese e penetração das células
Osteoindução	Diferenciação de células mesenquimais indiferenciadas da região em osteoblastos, na presença das proteínas ósseas morfogenética
Osteogênese	Presença de osteoblastos viáveis incorporados ao enxerto com capacidade de produção de matriz óssea

Tipos de enxerto

- autógeno: doador e receptor é o mesmo indivíduo
- homogêneo ou alógeno: doador e receptor são indivíduos diferentes, mas da mesma espécie
- heterógeno ou xenógeno: doador e receptor são indivíduos diferentes e de espécies diferentes
- sintéticos: material produzido sinteticamente

O enxerto de osso autógeno é o padrão ouro dos biomateriais usados em enxertia. É o único osteoindutor, osteocondutor e osteogênico, além de ser facilmente substituído, seguro e de não induzir risco de transmissão de doenças, o que lhe confere melhor previsibilidade. Ele pode ser obtido de regiões intraorais (mento, tuberosidade, ramo da mandíbula) ou de regiões extraorais (calota craniana, crista ilíaca ou tíbia). Embora apresente a desvantagem da proporção cirúrgica se comparada a soluções mais conservadoras, como materiais sintéticos, apresenta indicação precisa.

O enxerto de osso homogêneo, liofilizado (congelado e seco), desmineralizado (DFDBA – osso desmineralizado, congelado e seco) ou não desmineralizado (FDBA – osso congelado e seco) apresenta propriedades osseointegradoras, mas devido à sua instabilidade de resultados apresenta pouca previsibilidade. As vantagens desse tipo de enxerto incluem a ausência da necessidade de um segundo sítio cirúrgico, sua quantidade ilimitada e a rapidez do procedimento cirúrgico, diminuindo assim a morbidade pós-operatória e o custo.

Como enxerto heterógeno temos a matriz bovina, substituto ósseo muito pesquisado e utilizado com grande sucesso clínico em procedimentos periodontais ou peri-implantares. É considerado ótimo osteocondutor. É usado com excelente prognóstico em levantamento da membrana sinusal, evitando a repneumatização, além de favorecer a estabilidade do implante e aumentar a densidade óssea.

Os enxertos sintéticos são materiais à base de fosfato-tricálcio (β -TCP), sendo atualmente utilizados com sucesso. É um material considerado seguro, não alergênico e efetivo como arcabouço na formação óssea.

Pouca altura óssea

Trata-se de um desafio um pouco mais difícil de ser sanado. As alternativas são limitadas e apresentam resultados com segurança pouco previsível.

Os materiais de enxerto geralmente não toleram cargas verticais, quando aplicadas diretamente sobre o bloco de enxerto. Assim, uma maneira de solucionar esse problema é a distração osteogênica, uma forma de engenharia de tecidos em que a separação gradual de margens ósseas resulta na formação de novo tecido ósseo.

No caso dos pacientes edêntulos de mandíbula, na região do mento normalmente há osso suficiente para a colocação de implantes – por se tratar de uma região de sínfise e de pouca estrutura medular, a reabsorção é menor.

Os implantes curtos hoje em dia são amplamente utilizados em região de pouca altura óssea, funcionando perfeitamente para reabilitação de casos pouco extensos, ou em casos de perdas unitárias. Compreende-se por implantes curtos aqueles com altura inferior a 8 mm. Os implantes curtos hoje se apresentam com 6 mm de diâmetro, usados com sucesso.

Proximidade com a cavidade sinusal

Trata-se de uma situação muito comum, devido à proximidade das raízes dos dentes posteriores. Quando há a perda desses elementos por pressão negativa, pode-se ter uma repneumatização da cavidade sinusal. Uma manobra cirúrgica permite a elevação da membrana sinusal e a colocação de biomaterial nessa região, criando condições para inserir um implante.

Esse procedimento é de simples execução e feito em consultório odontológico.

Defeito em estética vermelha

O enxerto de tecido conjuntivo é frequentemente utilizado para

solucionar a questão. Porém, a abordagem das áreas doadoras pode representar um problema para alguns pacientes, pois nem sempre são suficientes ou têm qualidade para o reparo do defeito. A área doadora mais utilizada é a região do palato.

Esse recurso é muitas vezes usado concomitantemente ao enxerto ósseo para corrigir espessura, visando aprimorar a estética peri-implantar.

Com conhecimento sobre essa grande variedade de alternativas, torna-se mais simples solucionar cada caso individualmente.

Conclusão

As indicações para a confecção de implantes não estão relacionadas ao fator idade dos pacientes. Apresentamos acima soluções para a maioria dos problemas que possam, de alguma forma, limitar o uso do implante como reabilitador oral.

A indicação dos implantes está na tentativa de reposição da ausência de um ou mais dentes. Hoje, com o advento de biomateriais, técnicas minimamente invasivas ou cirurgias guiadas, e da microscopia como auxiliar cirúrgico, os procedimentos são extremamente seguros, feitos em sua maioria no âmbito do consultório. Muitas vezes, o paciente já pode sair com a solução protética imediatamente após a cirurgia.

A sobredentadura (*overdenture*) é uma solução extremamente simples, segura e de rápida confecção, oferecendo aos nossos idosos um benefício indescritível em relação ao bem-estar funcional e estético. A dentadura aparece como segunda opção como indicação reabilitadora – apesar de sua estabilidade precária, ela continua sendo indicada ou executada por representar uma solução de baixo custo.

A idade representa um limite apenas quando o paciente ainda não atingiu todo seu crescimento ósseo. Nesses casos, devemos dispor de soluções alternativas para esperar o completo desenvolvimento ósseo do indivíduo antes de oferecer o implante como tratamento.

Referências bibliográficas

1. Ohana, Renata Abou El Hosn; Rezende, Maria Lúcia Rubo de; Sant'Ana, Adriana Campos Passanezi; Greggi, Sebastião Luis Aguiar; Damante, Carla Andreotti; Passanezi, Euloir. Obtenção de osseointegração em implantes acometidos por peri-implantite *ImplantNews*; 8(2): 191-198, 2011. Tab
2. Gabriela Furst Vaccarezza, Raissa Lopes Fuga, Stephanie Regiane Prata Ferreira. Saúde bucal e qualidade de vida dos idosos. Oral health and quality of life in the elderly. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2010; 22(2): 134-7, mai-ago
3. Julio Cesar Joly, Paulo Fernando Mesquita de Carvalho, Robert Carvalho da Silva. *Reconstrução Tecidual Estética*. Artes Médicas 1a ed; 2010
4. Adolfo D. Funcional, esthetic and morphologic adjustment procedures for anterior teeth. *Quintessence Dent Technol*. 2009; 32:153-68
5. Dawson PE. *Oclusão funcional da ATM ao desenho do sorriso*. 1ª ed. Livraria São Paulo. Ed Santos; 2008
6. Antoun H, Bouk H, Ameer G. Bilateral sinus graft with either bovine hy-

droxyapatite or β tricalcium phosphate, in combination with platelet-rich plasma: a case report *Implant Dentistry* 2008;17(3):350-358

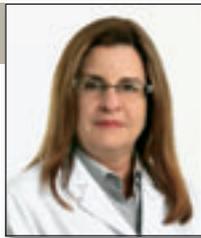
7. Knabe C, Koch C, Rack A, Stiller M. Effect of β -tricalcium phosphate particles with varying porosity on osteogenesis after sinus floor augmentation in humans *J. Biomaterial* 2008; 29: 2249-2258

8. Cordaro L, Bosshardt D D, Palattella P, Rao W, Serino G, Chiapasco. Maxillary sinus grafting with Bio-oss® or Straumann® Bone Ceramic: histomorphometric results from a randomized controlled multicenter clinical trial. *Clin Oral Impl Res* 2008;19:796-803

9. Wiltfang J, Schlegel K A, Schultze-Mosgau S, Nkenke E, Zimmermann R, Kessler P. Sinus floor augmentation with β -tricalciumphosphate (β -TCP): does platelet-rich plasma promote its osseous integration and degradation? *Clin Oral impl Res* 2003;14:213-218

10. Lindth T, Gunne J, Tillberg A, Molin M. A meta-analysis of implants in partial edentulism. *Clin Oral Implants Res*. 1998 Apr, 9(2):80-90

11. Hench L.L. Bioactive glasses, ceramics e composites. *Bone Implant Interface* 1994;9:181-90



Maria Cristina Guerra Passarelli

Professora doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; professora da disciplina de medicina interna e propedêutica da Faculdade de Medicina do ABC
Contato mcpassarelli@uol.com.br

Interações medicamentosas em idosos

TAKE HOME MESSAGE

- Interações medicamentosas são comuns na população idosa, mas apenas de 3% a 5% cursam com efeitos indesejáveis; alguns desses efeitos podem até constituir risco de morte.
- Os medicamentos mais prescritos para idosos são justamente aqueles com maior potencial para interações.
- Interações medicamentosas são previsíveis e, portanto, preveníveis, desde que certos cuidados de prescrição sejam adotados de rotina.

Introdução

Interações medicamentosas correspondem a alterações na magnitude ou na duração da ação de determinado medicamento devido à presença de outro, o que pode aumentar ou reduzir a eficácia de um ou de ambos, ou mesmo levar ao aparecimento de novo efeito, não observado com o uso isolado de qualquer dos medicamentos envolvidos.

É necessário esclarecer que nem todas as interações resultam em eventos adversos – algumas interações são até benéficas, como o uso da associação entre anti-hipertensivos e diuréticos no tratamento da hipertensão arterial, a combinação de levodopa e benzerazida ou carbidopa no tratamento da doença de Parkinson, entre outras.

Entre as interações medicamentosas potenciais, de 3% a 5% cursam com repercussão clínica indesejável e são consideradas interações adversas. Embora nem sempre valorizadas, elas representam um problema de saúde pública de imensa importância, uma vez que tem sido descrito que 54% a 80% dos indivíduos idosos da América Latina apresentam uma ou mais interações medicamentosas potenciais. Sabe-se ainda que até 3% de todas as hospitalizações de pacientes idosos são provocadas por interações adversas, que estão associadas a longos períodos de internação, piora do estado geral de saúde, prejuízo da funcionalidade e maiores custos.

Mecanismos de ação

1. Interações farmacêuticas

Trata-se de reações por mecanismo físico, causadas pela incompatibilidade entre um fármaco e um veículo, como pode ocorrer com a

anfotericina B, que se precipita em soro fisiológico, ou por mecanismo químico, como no caso da penicilina G, que, quando diluída em solução de dextrose a 5%, é degradada e perde sua ação.

2. Interações farmacocinéticas

Ao empregar associações de medicamentos em idosos, é necessário considerar suas características de absorção, distribuição, metabolismo e excreção.

Alguns fármacos podem interferir na absorção de outros, aumentando ou diminuindo a velocidade de esvaziamento gástrico, como, por exemplo, os anticolinérgicos, que reduzem a motilidade gástrica, diminuindo a absorção de outros agentes, e a metoclopramida, que, agindo ao contrário, aumenta essa absorção. Há ainda medicamentos que formam quelatos e complexos com outros, alterando sua solubilidade e absorção, como em casos em que antiácidos contendo cálcio, magnésio e/ou alumínio formam um complexo com a tetraciclina, impedindo que ela seja absorvida.

Quanto à distribuição, sabe-se que os medicamentos possuem afinidades diferentes em relação às proteínas plasmáticas, de tal sorte que aquela com maior afinidade desloca a outra, que tem sua fração livre aumentada e, portanto, sua ação farmacológica elevada. Tem-se como exemplo desse efeito o ácido acetilsalicílico, que desloca a varfarina de sua ligação com a albumina, aumentando sua ação e, por consequência, o risco de hemorragia.

A inibição e a indução do metabolismo de fármacos representam alguns dos mecanismos mais importantes de interações medicamentosas, podendo haver tanto aumento quanto redução da ação de um fár-

maco devido a esse tipo de alteração. Há muitos exemplos de situações em que um medicamento interfere com o metabolismo de outro pela inibição do citocromo P450 – cite-se a cimetidina, que inibe o metabolismo de benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, teofilina e fenitoína, com conseqüente aumento de suas concentrações plasmáticas. Sabe-se ainda que a indução enzimática hepática por um fármaco pode provocar a inativação de outro, como a redução da efetividade dos bloqueadores de canal de cálcio em pacientes em uso de carbamazepina.

Durante a terapia com múltiplos medicamentos, um deles pode afetar a excreção de outro, resultando no acúmulo deste e, portanto, de sua toxicidade. Um dos mecanismos mais conhecidos para justi-

ficar as interações medicamentosas em nível renal é a competição pela excreção tubular, citando-se como exemplo o uso concomitante de digoxina e quinidina, resultando em um aumento na concentração plasmática da digoxina em mais de 90% dos pacientes, de tal modo que o clearance renal da digoxina pode ser reduzido de 40% a 50% paralelamente à administração de quinidina.

3. Interações farmacodinâmicas

São as interações que ocorrem nos órgãos-alvo quando a ação de um fármaco no seu sítio é modificada por outro fármaco administrado simultaneamente, quer porque os fármacos agem nos mesmos sistemas

Tabela 1 Interações medicamentosas que incrementam o efeito terapêutico

Medicamento A	Pode interagir com medicamento B	Efeito da interação	Mecanismo da interação	Tipo de interação
Inibidores da enzima conversora	Anti-inflamatórios não hormonais	Hipercalcemia; piora da função renal	Aumento da nefrotoxicidade	FD*
Antidepressivos tricíclicos	Inibidores enzimáticos	Aumento do efeito de A	Redução do clearance de A	FC*
Agentes anti-hipertensivos	Vasodilatadores, antipsicóticos e alguns antidepressivos	Hipotensão postural	Combinação de efeitos hipotensores	FD
Ácido acetilsalicílico	Anti-inflamatórios não hormonais	Úlcera péptica	Aumento do risco de úlcera péptica	FD
Carbamazepina	Inibidores enzimáticos, verapamil	Aumento do efeito de A	Redução do clearance de A	FC
Corticoides (orais)	Anti-inflamatórios não hormonais (incluindo ácido acetilsalicílico)	Úlcera péptica	Corticoides impedem a cicatrização	FD
Ciclosporina	Inibidores enzimáticos	Aumento do efeito de A	Redução do clearance de A	FC
Digoxina	Amiodarona, diltiazem, verapamil	Aumento do efeito de A	Redução do clearance de A	FC
Digoxina	Diuréticos (de alça e tiazídicos)	Aumento do efeito de A	Hipocalemia induzida pelo diurético	FD
Diuréticos poupadores de potássio	Inibidores da enzima conversora, supl. de potássio	Hipercalcemia, piora da função renal	Efeitos combinados de elevação do potássio	FD
Lítio	Anti-inflamatórios não hormonais, diuréticos tiazídicos	Aumento do efeito de A	Redução do clearance de A	FC
Fenotiazinas e butirofenonas	Fármacos anticolinérgicos (ex.: alguns anti-histamínicos e antidepressivos tricíclicos)	Aumento dos efeitos anticolinérgicos (ex.: constipação, retenção urinária, boca seca)	Efeitos anticolinérgicos combinados	FD
Fenitoína	Inibidores enzimáticos	Aumento do efeito de A	Redução do clearance de A	FC
Quinolonas	Anti-inflamatórios não hormonais	Convulsões	Interação farmacodinâmica no sítio efetor em nível de SNC	FD
Teofilina	Inibidores enzimáticos, quinolonas	Aumento do efeito de A	Redução do clearance de A	FC

*FD = farmacodinâmico; FC = farmacocinético

de receptores, quer porque atuam nos mesmos sistemas fisiológicos por meio de sistemas de receptores diferentes. Podem ser sinérgicas, como no caso do sulfametoxazol e da trimetropima, ou antagonicas, como os anti-inflamatórios não hormonais e os anti-hipertensivos.

Fatores de risco

Várias são as razões que justificam o maior risco para interações medicamentosas observado em pacientes idosos. Tal população apresenta maior prevalência de doenças crônicas, o que leva à necessidade do uso de um número maior de medicamentos, sendo este justamente o principal fator de risco. Estima-se em 30% o risco de interações em pacientes que usam dois ou mais medicamentos, taxa que sobe paralelamente à elevação do número de medicamentos: quando chegam a oito, o risco de interações pode atingir praticamente 100%.

Determinadas alterações fisiológicas próprias do envelhecimento também tornam os idosos mais sensíveis a interações. Esses processos incluem alterações do trato gastrointestinal, piora da função renal e do metabolismo hepático. Além disso, ganho de massa de gordura e perda de massa muscular, próprias da população idosa, também influenciam a intensidade das interações. Vale acrescentar que a existência de múltiplos prescritores também constitui fator de risco para interações, bem como a inexperiência profissional. Algumas características do próprio medicamento, inclusive, aumentam o risco de interações, como a meia-vida longa e o baixo índice terapêutico, ou seja, níveis séricos tóxico e terapêutico muito próximos.

Principais interações medicamentosas

Os medicamentos implicados com mais frequência em interações potenciais são exatamente aqueles usados de rotina no manuseio diário

do idoso portador de doenças crônicas, como os de ação no sistema cardiovascular e no sistema nervoso central. As tabelas apresentadas mostram algumas interações medicamentosas especialmente importantes em idosos, correspondendo a Tabela 1 às interações que levam ao aumento do efeito terapêutico e a 2 àquelas que o diminuem.

Principais interações medicamentosas potencialmente letais

Algumas interações medicamentosas devem receber atenção especial, pois são consideradas potencialmente letais; duas delas envolvem a varfarina. De fato, há mais relatos de interações com a varfarina do que com qualquer outro fármaco, sendo o sangramento digestivo a principal consequência possível dessas interações, que estão resumidas na Tabela 3.

Os dois principais medicamentos que, em associação à varfarina, determinam maior risco de hemorragia digestiva são os anti-inflamatórios não hormonais e o ácido acetilsalicílico, levando à conclusão de que tais medicamentos preferivelmente não devem ser prescritos em associação e, quando tal prescrição for considerada imprescindível, será necessária a monitorização rigorosa desses pacientes.

Além das descritas, a outra interação medicamentosa potencialmente letal mais usada em pacientes idosos é a de inibidores da enzima conversora da angiotensina e da espironolactona, prescrição muito empregada para pacientes cardiopatas. Não se deseja afirmar aqui, obviamente, que essa associação esteja contraindicada, dados os seus conhecidos benefícios; recomenda-se, no entanto, a monitorização rigorosa dos níveis de potássio, principalmente em idosos portadores de insuficiência renal, devido ao risco bem conhecido de hiperpotassemia.

Tabela 2 Interações medicamentosas que diminuem o efeito terapêutico

Medicamento A	Pode interagir com medicamento B	Efeito da interação	Mecanismo da interação	Tipo de interação
Antidepressivos	Indutores enzimáticos	Redução do efeito de A	Aumento do clearance de A	FC
Anti-hipertensivos (ex.: inibidores da enzima conversora, tiazídicos, β -bloqueadores)	Anti-inflamatórios não hormonais	Redução do efeito de A	Antagonismo farmacodinâmico do efeito anti-hipertensivo de A	FD
Antagonistas de cálcio	Indutores enzimáticos	Redução do efeito de A	Aumento do clearance de A	FC
Corticoides	Indutores enzimáticos	Redução do efeito de A	Aumento do clearance de A	FC
Ciclosporina	Indutores enzimáticos	Redução do efeito de A	Aumento do clearance de A	FC
Digoxina	Colestiramina, colestipol	Redução do efeito de A	Redução da absorção de A	FC
Quinolonas	Colestiramina, colestipol	Redução do efeito de A	Redução da absorção de A	FC
Teofilina	Indutores enzimáticos	Redução do efeito de A	Aumento do clearance de A	FC
Tiroxina	Indutores enzimáticos	Redução do efeito de A	Aumento do clearance de A	FC

Tabela 3 Principais interações medicamentosas com a varfarina

Medicamento	Resultado da interação no efeito da varfarina	Mecanismo provável		
Barbitúricos	Redução do efeito anticoagulante	Indução do metabolismo da varfarina		
Carbamazepina				
Fenitoína*				
Primidona				
Rifampicina	Redução do efeito anticoagulante	Inibição do metabolismo da varfarina		
Amiodarona	Aumento do efeito anticoagulante	Inibição do metabolismo da varfarina		
Cetoconazol				
Cloranfenicol				
Ciprofloxacino				
Claritromicina				
Eritromicina				
Fenilbutazona				
Fluconazol				
Itraconazol				
Metronidazol				
Miconazol				
Sulfonamidas				
Ácido acetilsalicílico			Aumento do efeito anticoagulante	Potencialização farmacodinâmica do efeito anticoagulante
Bezafibrato				
Clofibrato				
Fenitoína*				
Tamoxifeno				
Anti-inflamatórios não hormonais	Aumento do risco de sangramento	Efeito aditivo na coagulação e na hemostasia		
Anticoncepcionais orais	Redução do efeito anticoagulante	Antagonismo farmacodinâmico do efeito anticoagulante		
Vitamina K				

*Há dois mecanismos descritos de interação da fenitoína com a varfarina

Vale ainda acrescentar que, em trabalho nacional realizado por Obreli-Neto na Universidade de Maringá (PR) e publicado em 2012, foram avaliados 433 idosos para determinação da existência de interações medicamentosas, sendo as duas mais frequentes justamente a associação de ácido acetilsalicílico com varfarina e de captopril com espironolactona. Observa-se, portanto, que se trata de situação extremamente comum na prática médica.

Prevenção

Interações medicamentosas com repercussões indesejáveis constituem um tipo particularmente importante de evento adverso a medicamentos, pois na sua grande maioria são previsíveis, com base em relatos prévios, estudos clínicos e entendimento das propriedades farmacológicas de medicamentos. Desse modo, além de previsíveis, também devem ser consideradas preveníveis, o que implica a necessidade do conhecimento dos fármacos pelo prescritor e a adoção de certas recomendações.

A seguir será proposto um roteiro para a prescrição.

1. Introdução e escolha dos medicamentos

- *Avalie se cada medicamento está realmente indicado*: alguns sintomas são próprios do envelhecimento e não requerem tratamento. Há também situações em que o emprego de uma dieta ou a atividade física dispensam o uso do medicamento.

- *Escolha medicamentos com perfil seguro*: prefira os de índice terapêutico elevado.

- *Calcule criteriosamente a dose a empregar*: inicie a terapêutica com a menor dose possível e aumente cuidadosamente até a dose ótima, levando em conta a farmacocinética e a farmacodinâmica do envelhecimento.

- *Use a menor relação possível de medicamentos por doença*: quando possível, considere situações em que um único medicamento pode prover a terapêutica de duas ou mais doenças, como o uso de beta-bloqueadores em portadores de insuficiência coronariana, hipertensão arterial e tremor senil.

- *Procure conhecer as principais interações medicamentosas e saiba quais são consideradas indesejáveis, evitando sua prescrição*.

2. Reavaliação e controle do esquema terapêutico

- *Suspenda o medicamento cujo benefício não se verificou ou já se atingiu*: a manutenção de medicamentos que não surtiram o efeito desejado não é aconselhável, bem como a de medicamentos necessários apenas por determinados períodos.

- *Suspenda as interações medicamentosas indesejáveis, quando possível*.

- *Monitore níveis séricos de medicamentos com índice terapêutico estreito*: vale a pena dosar periodicamente concentrações séricas de medicamentos como digoxina, lítio, fenitoína, vancomicina, antibióticos aminoglicosídeos e teofilina, que são os principais medicamentos para os quais existe possibilidade técnica de aferição do nível sérico.

3. Orientações ao paciente

- *Explique detalhadamente a prescrição médica*: é importante que o idoso entenda a necessidade de cada um de seus medicamentos e a forma correta de seu uso; muitas vezes é preciso envolver um familiar ou um cuidador nesse processo.

- *Solicite a relação (ou caixas, ou bulas) de todos os medicamentos em uso, inclusive os prescritos por outros médicos, quando for o caso*.

- *Oriente o paciente a ter o cuidado de nunca se automedicar*: explique que frequentemente um medicamento adequado para pessoas de outras faixas etárias não é indicado para idosos.

Conclusão

Embora a terapêutica medicamentosa seja essencial para o controle da maioria das doenças, deve-se considerar que não existem fármacos completamente seguros, visto que todos, em maior ou menor grau, podem levar a complicações indesejáveis. Pacientes idosos com o perfil de risco já descrito devem ser acompanhados com especial atenção, pois a detecção clínica precoce de uma interação medicamentosa adversa reduz significativamente o risco de eventos adversos graves.

Referências bibliográficas

1. Bjorkman IK, Fastbom J, Schmidt IK, Bernstein CB. Drug-drug interactions in the elderly. *Ann Pharmacother* 2002; 36:1675-81.
2. Chen, YF, Avery AJ, Neil KE, Johnson C, Dewey ME, et AL. Incidence and possible causes of prescribing potentially hazardous/contraindicated drug combinations in general practice. *Drug Safety* 2005; 28(1):67-80.
3. Cruciol-Souza JM, Thomson JC. Prevalence of potential drug-drug interactions and its associated factors in a Brazilian teaching hospital. *J Pharm Pharm Sci* 2006; 9(3):427-33.
4. Kohler GI, Bode-Boger SM, Busse R, Hoopman T, et al. Drug-drug interactions in medical patients: effects of in-hospital treatment and a relation to multiple drug use. *InT J Clin Pharm Ther* 2000; 38(11):504-13.
5. Juurlink DN, Mamdani M, Knopp A, Laupacis A, et al. Drug-drug interactions among elderly patients hospitalized for drug toxicity. *JAMA* 2003; 289(13):1652-58.
6. Lamy PP. The elderly and drug interactions. *JAGS* 1986; 34:586-92.
7. Morillo LS. Iatrogenia. In: Jacob-Filho W, Kikuchi EL, editores. *Geriatrics e Gerontologia Básicas*. São Paulo: Elsevier, 2012: 189-207.

8. Obreli-Neto PR, Nobili A, Lyra-Jr DP, Pilger D, et AL. Incidence and predictors of adverse drug reactions caused by drug-drug interactions in elderly outpatients: a prospective cohort study. *J Pharm Pharm Sci* 2012; 15(2):332-43.

9. Passarelli MCG. Reações adversas a medicamentos em uma população idosa hospitalizada. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Patologia – 2005.

10. Reis AMM, Cassiani SHB. Prevalence of potential drug interactions in patients in an intensive care unit of a university hospital in Brazil. *Clinics* 2011; 66(1):9-15.

11. Seymour RM, Routledge PA. Important drug-drug interactions in the elderly. *Drugs Aging* 1998; 12(6):485-94.

12. Venturini CD, Engroff P, Ely LS, Zago LFA, et al. Gender differences, polypharmacy and potential pharmacological interactions in the elderly. *Clinics* 2011; 66(11):1867-72.

13. Zhan C, Araujo RC, Bierman AS, Sangl J, et al. Suboptimal prescribing in elderly outpatients: potentially harmful drug-drug and drug-disease combinations. *JAGS* 2005; 53(2):262-7.

SITE ESTIMULA DISCUSSÃO SOBRE DIRETIVAS ANTECIPADAS



Um novo site acaba de ser lançado para facilitar as decisões no final de vida. Concebido e implementado pela geriatra Rebecca

Sudore, da Universidade da Califórnia, São Francisco, o site **Prepare** estimula a discussão sobre decisões do final de vida. Usando termos simples, o site faz uso de vídeos e recursos para auxiliar usuários com problemas de visão ou audição. Além de noções já familiares como esclarecer seus valores e designar um responsável pelas decisões médicas, o site incorpora um conceito raramente ouvido há alguns anos: flexibilidade – quanta flexibilidade você quer que a pessoa designada por você tenha na hora de tomar as decisões quando chegar a hora? Afinal, as circunstâncias mudam e, muitas vezes, as decisões tomadas no passado não são a melhor resposta para a situação presente.

Depois que o usuário explora o Prepare com familiares, o site consolida as respostas num resumo e cria um plano de ação. **Para saber mais:** www.prepareforyourcare.org

DICAS AJUDAM A DECIDIR QUANDO É HORA DE INTERVIR



Paula Spencer Scott, editora sênior do site norte-americano **caring.com**, criou recentemente um guia para auxiliar famílias a decidir qual a hora certa para mudar

parentes idosos de suas próprias casas para ambientes mais controlados ou quando contratar alguém para ajudar esses idosos em casa. A autora tem extensa experiência no assunto, após ter perdido os pais para o câncer no início dos anos 2000, quando ambos já haviam passado dos 80 anos.

Segundo Paula, fatores como acidentes – quedas ou pequenos acidentes de carro, por exemplo –, recuperação lenta, piora de condições crônicas e dificuldades para gerir atividades do dia a dia podem ser sinais de que o idoso precisa de ajuda.

Para acessar a lista completa: portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/cuidados/voce-sabe-quando-e-hora-de-um-idoso-deixar-de-morar-sozinho.html



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

NOVO MODELO DE RESIDÊNCIA ASSISTIDA



A **Good Samaritan**, a maior provedora de serviços para a terceira idade nos EUA, e a **Universidade de Minnesota** vêm desenvolvendo um estudo chamado **LivingWell@**

Home (Vivendo bem em casa, em tradução livre), cujo objetivo é testar o impacto de um conjunto de ferramentas desenvolvidas para o monitoramento de idosos sobre custo, qualidade de cuidado e independência desses pacientes.

O **LivingWell@Home** é composto por três tecnologias. Primeiro, sensores são distribuídos pela casa – segundo a **WellAware**, empresa responsável, sem câmeras ou microfones. Quando o idoso está dormindo, um sensor de movimento registra a frequência com que ele se move na cama. Banho, higiene pessoal e outras atividades da vida diária também são

analisados por algoritmos da **WellAware** e avaliados para identificar mudanças indicativas de problemas de saúde.

A segunda tecnologia é um botão de alerta, da empresa **Philips Lifeline**, que inclui uma função de autoalerta designada para detectar uma queda e acionar socorro mesmo quando o usuário estiver incapacitado. Por último, há o monitoramento remoto proporcionado pela unidade de telessaúde da **Honeywell** através de um console do tamanho de um rádio em cada apartamento. Ele se liga todo dia de manhã e encoraja os idosos a colocar um medidor de pressão especial, subir numa balança especial e transmitir essas e outras informações para os monitores no escritório central da **Good Samaritan**, em **Sioux Falls**, em **Dakota do Sul**.

A iniciativa tem provocado reações variadas, desde usuários que foram beneficiados até planos de saúde e críticos que questionam a questão da privacidade garantida por tais ferramentas. O estudo começou em janeiro de 2011 e termina em junho deste ano. Foram recrutados 1,6 mil idosos em **Dakota do Norte**, **Dakota do Sul**, **Minnesota**, **Nebraska** e **Iowa**.

ITAÚ VIVER MAIS OFERECE ATIVIDADES GRATUITAS



O **Itaú Viver Mais** – projeto do **Itaú Unibanco** que oferece gratuitamente atividades físicas e socioculturais para pessoas com mais de 55 anos de idade – vai abrir neste ano mais de 2,6 mil vagas nas regiões metropolitanas de **São Paulo**, **Rio de Janeiro** e **Porto Alegre**. As modalidades dispo-

níveis são ginástica, caminhada, alongamento, artesanato, dança de salão, teatro, coral, entre outras. As vagas são limitadas e os cursos têm duração máxima de um ano.

As inscrições já estão abertas. Para participar, o interessado deve levar documento de identificação e duas fotos 3x4 ao local onde é realizada a atividade em que pretende se inscrever (veja lista no link abaixo). No caso de atividades físicas, é exigido também um atestado médico com validade de seis meses.

A iniciativa existe desde 2004 e já recebeu mais de 8 mil usuários. **Para saber mais:** www.facebook.com/itauvivermais ou (11) 2183-5859 ou 2183-5549

TÊNIS COM GPS PERMITE RASTREAR PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER



Uma empresa norte-americana teve a ideia de usar a tecnologia GPS para criar sapatos específicos para pessoas com a doença de Alzheimer.

Em fases mais avançadas da doença, muitos pacientes saem sozinhos de casa e se perdem na vizinhança. Para evitar que isso aconteça, a fabricante **Aetrex** implantou no salto de um tênis o sistema de localização. Se o usuário se distanciar do ponto onde está registrada sua casa, seus responsáveis recebem imediatamente uma mensagem no celular ou no computador, indicando a localização da pessoa no **Google Maps**. A bateria do tênis deve ser recarregada a cada dois dias. **Para saber mais, acesse:** www.aetrex.com/gps-shoe-how-it-works/

Um gesto de CONFIANÇA

Aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, a diretiva antecipada de vontade respeita a vontade do paciente e garante sua dignidade no fim da vida Por Sergio Azman

Uma tábua de salvação. Essa é a opinião de Berenice de Andrade Henry, 79 anos, sobre a diretiva antecipada de vontade, aprovada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e publicada no *Diário Oficial da União* no dia 31 de agosto de 2001.

A resolução 1995/2012 estabelece que qualquer pessoa maior de idade e com plena consciência dos seus atos possa definir previamente quais os limites de tratamento a que está disposta a ser submetida em casos clínicos em que não exista possibilidade de recuperação e nos quais o paciente não possua condições de expressar sua vontade.

Entre os tratamentos estão, por exemplo, procedimentos de ventilação mecânica (respirador artificial), alimentação artificial e tratamentos cirúrgicos ou medicamentosos que prolonguem a vida sem mudar a história da doença ou proporcionar um restabelecimento da saúde do paciente.

Dona Berenice, por exemplo, já tinha um testamento pronto, mas que não entrava em tantos detalhes. Viúva, sem filhos, irmãos ou parentes próximos, quando soube da resolução conversou com sua médica, Sara Krasilcic, clínica médica e paliativista do Hospital do Servidor Público Estadual, que discutiu todos os detalhes e ajudou na elaboração do documento. Ela determinou, por exemplo, que não fica mais de uma semana no hospital. “Fiz uma lista das coisas que quero e não quero. São necessidades pessoais minhas, nomeei pessoas que já estão em contato comigo, que cuidam de mim. É uma forma de ter segurança”, diz. Entre os profissionais nomeados no documento, além da médica responsável, fisioterapeuta, cuidadores e outros profissionais da área da saúde, Berenice aproveitou para discriminar profissionais como cabeleireiro, manicure e podólogo. “Ela está decidindo como viver. Não apenas pensando no processo de morte, mas também em como viver”, afirma Sara.

Judicialização da medicina

Berenice fez sua diretiva com a ajuda, além de sua médica, de um advogado. Mas, segundo a resolução, essa não é a regra de como o documento deve ser feito. No geral, as vontades do paciente devem ser anotadas no prontuário. “Não há nenhuma orientação no sentido de

registrar o documento em cartório. O médico deve anotar o que foi conversado na própria ficha de atendimento do paciente. Sempre que ele voltar, você confirma suas intenções, sem precisar de testemunhas, nada”, explica Reynaldo Ayer, professor de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Para ele, a diretiva é uma alternativa contra uma atitude distanásica da medicina, a obstinação diagnóstica e terapêutica que não leva a um resultado satisfatório nem muda a história da doença.

Maria Goretti Sales Maciel, diretora do serviço de cuidados paliativos do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo e membro da Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do CFM, acredita que a diretiva vem na esteira da discussão sobre autonomia. Segundo ela, os Estados Unidos, por exemplo, levam essa questão muito a sério, mas nem sempre de uma maneira tão desejável. “Nos EUA, o que eles chamam de Testamento Vital funciona como um mecanismo de defesa do médico, o que eu acho meio indecente. É uma coisa de isenção de responsabilidade mesmo, e acho que não deve ser exatamente assim. A autonomia, a discussão, o compartilhamento da decisão são importantes”, diz.

Goretti defende a forma como o CFM trouxe a questão, por meio de uma resolução. “Não é uma lei, uma imposição, mas uma recomendação de que o médico respeite a vontade do doente e seja ético em sua prática.” Ou seja, o médico deve respeitar a autonomia do doente, mas sem levar isso ao extremo de fazer registro em cartório. Tem que fazer parte da relação médico-paciente, como um sinal de respeito. Apesar de dar um respaldo legal, não é algo feito para o médico se defender, se isentar de tomar decisões ou deixar de lado sua responsabilidade como profissional. “O que se quer é estimular o médico a ouvir, discutir, compartilhar. Essa é a intenção maior do Conselho. Promover uma relação honesta, verdadeira, entre médico e paciente, em que se ouve o desejo do outro.”

Ela acrescenta que o conhecimento técnico é muito importante e deve se impor em alguns momentos. Mas ele deve ser compartilhado com a pessoa na busca do que for mais interessante para ambos dentro das possíveis opções de tratamento. “A maioria ainda pensa que a diretiva antecipada significa que o doente ou a família vai tomar a

decisão no seu lugar. Como assim? Você é o profissional, tem responsabilidade como tal. Por outro lado, não é senhor absoluto de todas as certezas. Por isso é necessário conversar, deixar claro qual o quadro, o que pode acontecer, qual o seu limite de atuação”, diz.

O professor Ayer concorda que a ideia principal da diretiva é promover a conversa entre médico e paciente. “As diretivas devem ser discutidas, sem fixar condutas prévias. É entender o que o paciente gostaria que acontecesse quando ele tiver um agravo que coloque em risco sua vida”, diz.

Abordagem delicada

A diretiva antecipada de vontade é facultativa, pode ser feita em qualquer momento, mesmo por aqueles que gozam de perfeita saúde, e modificada ou revogada pelo paciente quando ele quiser. Apesar disso, é inegável a relação entre a diretiva e a geriatria, pois com o processo de envelhecimento aumenta a incidência de doenças que trazem maior risco para a vida. Entre os especialistas consultados, todos são unânimes em dizer que todo profissional que cuida de idosos deve incorporar essa questão na rotina com seus pacientes.

“Faz parte da anamnese do geriatra com seu paciente, assim como deve fazer parte da atuação de todo oncologista, neurologista, todo médico que lida com pacientes com doenças graves”, afirma Goretti. Sara acrescenta que alguns serviços já estão instituindo isso, mesmo que o paciente esteja muito bem, obrigado. “Acho que estamos começando a

ter essa discussão na sociedade. E o médico tem que saber se colocar, abordar o assunto dentro de uma conversa, um contexto específico”, diz.

Surge, então, uma questão importante. Como abordar esse paciente? Os médicos estão preparados para realizar essa abordagem? Para Goretti, a resposta é não. “Existe uma dificuldade enorme de conversar, de compartilhar informações. E essa é uma abordagem delicadíssima. A pergunta direta espanta, assusta. Às vezes até ofende. Tem que ir pelas beiradas.” A especialista conta que, ao conversar com qualquer idoso ou frequentar um grupo, é possível perceber que eles comentam o tema de maneira informal, quando contam da morte de um amigo, um parente. Nessas ocasiões, acabam expressando como gostariam de ser tratados em determinadas situações. “Converse. Alguns pacientes chegam dizendo que não querem ir para o tubo de jeito nenhum. E nós deixamos claro que isso vai ser respeitado, mas que vamos cuidar dele. E aproveitamos o gancho para questionar sobre os procedimentos que gostaria ou não de receber no fim da vida”, diz.

O grande segredo é o bom relacionamento. Restituir a figura do médico parceiro, resgatar a relação médico-paciente. Para Ayer, a pessoa que vai ao médico tratar um agravo de saúde deveria resolver não apenas aquele problema específico, mas começar um relacionamento com o médico. “Por exemplo, um homem de 40 anos de idade que tem hipertensão, diabetes e sofre um infarto agudo do miocárdio. Ele é tratado. Ao terminar esse tratamento, deve dar seguimento ao atendimento, continuar frequentando aquele médico, criar um relaciona-



“

O que se quer é estimular o médico a ouvir, discutir, compartilhar. [...] Promover uma relação honesta, verdadeira, entre médico e paciente, em que se ouve o desejo do outro.”

mento, discutir e determinar suas diretivas, mesmo que o problema tenha sido resolvido e que ele tenha apenas 40 anos”, diz.

Mas como fazer isso em um contexto de saúde pública, onde falta tempo, sobram pacientes e nem sempre o doente é atendido pelo mesmo médico? Para Goretti, a questão da falta do tempo é muito relativa. Afinal, mesmo em uma rede pública, ninguém melhor que o próprio paciente para decidir a qual tratamento deseja ou não se submeter em um possível estado de incapacidade. “A desculpa é sempre a falta de tempo, mas isso depende de uma certa disponibilidade individual. O médico não precisa passar três horas conversando, e sim ser mais assertivo.” Segundo ela, o profissional deve apresentar, de forma delicada e respeitosa, a gravidade do quadro e as alternativas de tratamento, deixando claro que é possível cuidar para que o paciente fique tranquilo, ou fazer intervenções que talvez prolonguem a vida por horas, dias, mas à custa de algum sofrimento, sem certeza de melhora. “É preciso mostrar o limite. O tratamento não pode ser pior que a própria doença”, diz.

Sara acredita que uma forma de preparar os profissionais para a questão da diretiva é promover uma mudança na graduação, na formação do médico. “Assim como temos que ter uma noção básica de parto, é preciso também ter uma noção básica de cuidados paliativos, de terminalidade. O conteúdo básico para o graduado já está bem determinado na Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos”, diz.

Ninguém resiste a uma boa conversa

Segundo a resolução, a prioridade é atender o desejo do doente. Mesmo se algum parente for contrário, o médico deve seguir o que o paciente manifestou de forma lúcida. Mas a situação é delicada, pois envolve diretamente o sofrimento de seus familiares. “Nesse caso é preciso chamar as pessoas mais próximas e esclarecer. As famílias às vezes não aceitam, mas ninguém resiste a uma boa conversa. Por isso é importante registrar o que o doente falou nas consultas”, diz Goretti.

O interessante é que o paciente comunique não apenas ao seu médico, mas também à sua família. Foi o que fizeram Livia Agnes Bleier, 84 anos, e seu marido, George Bleier. O casal não teve filhos e, por isso, fez um testamento há cerca de nove anos, bem antes da resolução do CFM, onde especificaram suas diretivas. No documento está determinado que, caso não possam expressar sua vontade, nenhum dos dois quer ir para a UTI ou ser ligado a qualquer tubo. “Já estive em uma unidade de terapia intensiva porque fiz duas cirurgias de

fêmur. Sei como é, e não quero ficar. Tenho 84 anos, o que eu tinha que fazer na minha vida eu fiz. Sofrer demais para quê? Por uma insistência terapêutica? Porque o médico acha isso humanitário? Isso é desumano”, afirma Livia.

Hoje seu marido tem 92 anos e sofre de doença de Alzheimer há cerca de quatro. E é ela quem garante que sua diretiva seja respeitada. Não deixou, por exemplo, que colocassem a sonda quando ele começou a ter dificuldade de deglutição. A possibilidade foi cogitada, mas Livia insistiu que não queria, pois essa é a vontade dele. “Eles resolveram de outra maneira, com medicação. Então sempre é possível tornar melhor a vida do paciente. Foi encontrada outra solução, simples, e ele está mais feliz”, comemora.

Para Livia, o médico precisa se colocar no lugar do outro, e pensar que um dia eles também podem estar nessa situação. “O que ele iria preferir? Ficar ligado a mil tubos ou ter alguém ao lado, que pegue sua mão e ajude naquilo que você precisa? O carinho é um cuidado mais necessário na hora da morte do que as máquinas”, diz.

Cuidados paliativos

No caso de Livia isso foi possível. Mas e quando não existem outras opções? O médico deve sempre acatar a decisão do paciente, sob o risco de ser processado pela família? A resposta é não. Na própria resolução existe um parágrafo que explica que o médico só acata as decisões do doente se elas estiverem dentro do Código de Ética Médica, em vigor desde 2010. Pelo código, o médico está proibido, por exemplo, de abreviar a vida do paciente, ainda que a seu pedido ou de seu representante legal. O código ainda prevê que, nos casos de doença incurável, situações clínicas irreversíveis e terminais, sejam oferecidos cuidados paliativos ao paciente.

“A partir do momento em que o paciente escolhe evitar possibilidades terapêuticas e métodos invasivos na fase final de vida diante de uma doença potencialmente irreversível, progressiva e que ameaça sua vida, é preciso instituir cuidados paliativos. Essa é a determinação do Código de Ética Médica. Ele escolheu ter uma morte natural. Vai ser cuidado, ter a dor controlada, mas sem ser submetido a procedimentos que a gente chama de fúteis, inúteis”, explica Sara.

Vale ressaltar que os profissionais paliativistas são os grandes responsáveis por garantir a efetividade da resolução e dar segurança aos pacientes de que irão sofrer o menos possível. Afinal, pode-se escolher não prolongar a vida inconsciente por meio de tubos e outros procedimentos, mas o que fazer para controlar a dor e os sintomas? É aí que entra esse profissional. “Para o paliativista isso é mais natural. Pode causar insegurança, incerteza na maior parte dos médicos, mas o profissional que tem uma prática sólida em cuidados paliativos é acostumado a conversar todos os dias sobre essas delicadezas”, afirma Goretti.

Ao ajudar a direcionar os cuidados e tratamentos previamente escolhidos pelo próprio paciente ainda capaz, a diretiva também funciona para resguardar o médico por fazer ou não uso de determinados tratamentos, dando suporte legal e ético para cumprir essa orientação. “Dá um alívio saber que você está cuidando da pessoa do jeito que ela quer”, afirma Sara. “As pessoas têm o péssimo hábito de achar que a sua maneira de viver é a melhor maneira de viver para os outros. Acho que é preciso começar a respeitar o outro na maneira como ele quer viver.” E, nesse caso, também como quer morrer.

RADAR :: lançamentos e notícias do mercado de saúde

LANÇAMENTO EM PROBIÓTICO



O **Laboratório Daudt** acaba de lançar ao mercado o Bidrilac®, um alimento à base dos probióticos *Lactobacillus acidophilus* LA-5® e *Bifidobacterium lactis* BB-12®, combinação

exclusiva de microrganismos que produzem efeitos benéficos à saúde e documentados cientificamente. Ele pode ser consumido diariamente ou em situações em que o equilíbrio da flora intestinal esteja comprometido. Cada sachê de Bidrilac®, de apenas 1 g, contém 1x 10⁹ células (UFC) de cada um dos probióticos e pode ser consumido diretamente ou dissolvido em líquidos ou alimentos.

Bidrilac® é fabricado na Dinamarca pela empresa Chr Hansen, especializada na fabricação de probióticos há mais de 100 anos.

NOVO SUPLEMENTO EM PÓ PARA IDOSOS



A **Nestlé** acaba de lançar o suplemento nutricional em pó NUTREN® Senior, o primeiro produto da companhia com formulação exclusiva para atender às necessidades de pessoas com mais de 60 anos.

O NUTREN® Senior contém Act 3, uma combinação única de proteína, vitamina D e cálcio, essenciais para manter o bom estado nutricional e a saúde muscular e óssea dessa faixa etária, além de 26 vitami-

nas e minerais e mix de fibras. O produto fornece, em uma porção de 233 ml, 20 g de proteínas, 11 µg de vitamina D, 480 mg de cálcio e somente 200 calorias.

Uma das características de NUTREN® Senior é a ausência de sabor, que permite que ele seja utilizado em receitas salgadas e doces, garantindo versatilidade. O produto já está disponível para venda nas principais redes de supermercados e farmácias, e é vendido em latas de 370 g.

O suplemento foi desenvolvido no Brasil pela Nestlé Health Science, divisão da empresa destinada à criação de soluções nutricionais científicas personalizadas.

MATERIAL DE COMUNICAÇÃO VOLTADO PARA IDOSOS E CUIDADORES



A **Global Care** desenvolve, desde meados de 2010, uma linha de produtos para gerenciamento de carteiras de

risco. O programa GDC – Gerenciamento de Crônicos possui protocolos clínicos e condutas de enfermagem próprios, desenvolvidos e adaptados para o perfil de cada paciente que adere ao programa.

Com o tempo, o programa se desdobrou também para o público idoso, o que exigiu algumas adaptações nos protocolos destinados a ele. Hoje o programa conta com ação remota e presencial e com uma equipe de saúde multiprofissional, que trabalha para levar aos pacientes, familiares e cuidadores informações sobre os cuidados necessários num contexto de envelhecimento e doenças crônicas.

Agora, a mais nova iniciativa no programa são os materiais de comunicação específicos para orientar cuidadores. O objetivo é instrumentalizar a população sobre a melhor forma de cuidar dos idosos, evitando riscos à saúde e trabalhando para a sua manutenção. As orientações vão desde o papel do cuidador e suas responsabilidades até dicas sobre higiene, por exemplo.

EDUCAÇÃO CONTINUADA NO HC BARRETOS



A área de educação continuada do **Hospital de Câncer de Barretos** inaugurou em fevereiro a Sala de Treinamento e Simulação. O ambiente oferece qualificação aos técnicos de enfermagem por meio de treinamento com simulação realística.

A instituição conta com seis bonecos para a prática, doados pela empresa de tecnologia médica Becton, Dickinson & Company (BD). Os profissionais treinados nessa sala são contratados pelo hospital como trainees. Com o apoio da BD, espera-se capacitar quatro turmas com dez trainees em cada em 2013.

Fonte: Saúdeweb

NOVA DROGA PARA TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER LEVE A MODERADA



O laboratório **Aché** lança em março o Donila (cloridrato de donepezila), molécula voltada para o tratamento da doença de Alzheimer de intensidade leve e moderada, com menor incidência de efeitos colaterais. Sua posologia de dose única diária facilita a adesão ao tratamento. São duas apresentações (5 mg e 10 mg) para o tratamento da doença. A tomada do medicamento pode ser feita com ou sem a ingestão de alimentos, preferencialmente no horário noturno.

O cloridrato de donepezila retém a progressão da doença de Alzheimer e melhora a cognição dos pacientes. A molécula é um inibidor seletivo reversível da enzima acetilcolinesterase, a colinesterase predominante no cérebro.



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

Entre em contato para orçamento e visita técnica gratuita.

AlphaHealth
conhecer • compreender • cuidar 360

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

PROGRAMA-SE :: cursos, congressos e simpósios

abr/mai

➡ **7ª Edición Especialización Gerencia en Salud para Personas Mayores**
Fase presencial (Ciudad de México, México): 15 a 20 abril de 2013 •
Fase virtual: 26 de abril a 12 de dezembro de 2013 • www.ciss.org.mx/ciess

➡ **XVII Simpósio Internacional de Atualização em Psiquiatria Geriátrica**
19 e 20 de abril • Centro de Convenções APAS, São Paulo •
www.blcongressoseventos.com.br/adm/arquivos/52/Programação_Preliminar.pdf

➡ **Alzheimer's Australia 15th National Conference**
14 a 17 de maio • Hobart, Tasmânia, Austrália • www.alzheimers2013.com

jun/jul

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

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

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

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

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

set/out/nov

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

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

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

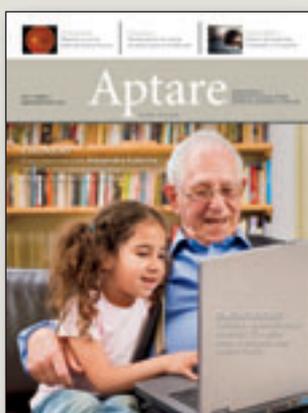
➡ **VII Congresso de Geriatria e Gerontologia do Rio de Janeiro (GeriatRio)**
30 de outubro a 2 de novembro • Centro de Convenções Sul América, Rio de Janeiro, RJ •
www.metaeventos.net/geriatRio2013

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

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Aproximando o profissional clínico
da geriatria e da gerontologia



Na revista *Aptare* você vai encontrar:

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

Todo o conteúdo da *Aptare* e outras novidades do universo do envelhecimento estão disponíveis no site: www.dinamoeditora.com.br

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

Premier Hospital Excelência no Cuidado ao Paciente Crônico

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



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