

FYI
NOVOS ESTUDOS E PESQUISAS



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

QUEM FAZ
PROFISSIONAIS QUE FAZEM A
DIFERENÇA NO ENVELHECIMENTO

ano IV • edição 23
fev/mar/abr 2017



Aptare

do latim, tornar apto

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

CAPA

AVC: entenda os fatores de risco
e ajude seu paciente a se prevenir

COLÓQUIO

A presidente do GERP.17,
Maisa Kairalla, fala sobre
expectativas e desafios do evento

SBGG-SP

Omissão terapêutica medicamentosa:
um problema subestimado em geriatria

Medley

Aptare

GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS



6 Colóquio

Maisa Kairalla, presidente da SBGG-SP, fala sobre desafios e expectativas para o GERP.17

10 FYI

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

12 Quem faz

Profissionais que fazem a diferença no envelhecimento



14 Capa

AVC: entenda os fatores de risco e saiba como ajudar seu paciente a se prevenir

20 Ortopedia

Viscossuplementação no tratamento da osteoartrite
Gustavo Constantino de Campos



26 Endocrinologia

Hipotireoidismo subclínico no idoso **Gisah Amaral de Carvalho**

32 SBGG-SP Hoje

Omissão terapêutica medicamentosa: um problema subestimado em geriatria **Maria Cristina Guerra Passarelli**

36 Mercado

Novos modelos de atendimento em saúde

38 Em movimento

Ideias e recursos para o paciente e para o cuidador



39 Campanha

Veja como foi a 2ª edição da campanha em prol da Casa dos Velhinhos Dona Adelaide

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:

Paulo Renato Canineu

Conselho editorial:

Claudia Burlá
Clineu de Mello Almada Filho
Cybelle Maria Costa Diniz
Eduardo Ferriolli
Elisa Franco de Assis Costa
Elizabeth Viana de Freitas
Emilio Hideyuki Moriguchi
Eurico T. De Carvalho Filho
Fânia Cristina dos Santos
Hercílio Hoepfner Jr.
João Carlos Barbosa Machado
João Senger
João Toniolo Neto
Julio César Moriguti
Mauricio de Miranda Ventura
Maysa Seabra Cendoroglo
Milton Luiz Gorzoni
Naira H. Salles de Lima Hojaj
Nereida Kilza da Costa Lima
Omar Jaluul

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

Colaboradores:

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

Luciana Farias
Luiz Antonio Gil Jr.
Maise Kairalla
Marcelo Valente
Rodrigo Demarch
Rodrigo Flora
Sumika Mori Lin
Thiago Avelino
Venceslau Coelho

GERONTOLOGIA

Editora clínica:

Naira Dutra Lemos

Conselho editorial:

Adriana Keller Coelho
Alexandre Leopold Busse
Anita Liberalesso Neri
Claudia Fló
Elaine Rodrigues da M. Baptista
Eliane Jost Blessmann
Eloisa Adler Scharfstein
Fábio Falcão de Carvalho
Fernanda Varkala Lanuez
João Marcos Domingues Dias

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

Aptare

REVISTA DE
GERIATRIA E
GERONTOLOGIA PARA
ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Edição

Lilian Liang

Projeto gráfico e direção de arte

Luciana Cury

Revisão

Patrícia Villas Bôas Cueva

Marketing e comercial

Debora Alves

Pré-impressão e impressão

Leograf Gráfica e Editora

Tiragem

12.500 exemplares

Jornalista responsável

Lilian Liang (MTB 26.817)

ISSN 2316-1434

Contatos

EDITORIAL:

Lilian Liang

lilian@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

(11) 9-8585-8356

COMERCIAL:

Debora Alves

debora@dinamoeditora.com.br

(11) 2337-8763

Colaboraram nesta edição: Luciana Rodriguez e Ruth Bellinghini

(texto); Gisah Amaral de Carvalho, Gustavo Constantino de Campos e Maria Cristina Guerra Passarelli (artigos)

ERRATA: no anúncio de Keytruda (pembrolizumabe) veiculado na edição 22 da revista *Aptare*, o valor da redução de risco de morte de pembrolizumabe na tabela abaixo do gráfico de Sobrevida Global do estudo KEYNOTE-006 foi digitado errado. **O valor correto é de 32%, e não 39%.**

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.

Correndo por fora



Vivemos uma época de inédita tolerância no mundo. Essa frase pode soar absurda, principalmente se considerarmos os comentários nas redes sociais, mas é fato que a conexão possibilitada pelas redes ajudou a promover e consolidar movimentos que corriam por fora, dando visibilidade e voz a minorias como mulheres, negros e homossexuais. O preconceito vem sendo colocado em xeque e em seu lugar estamos construindo uma sociedade mais tolerante e diversa. É uma vitória imensa e que dá uma pitadinha de esperança no futuro.

A cerimônia do Oscar, no domingo de Carnaval, foi uma boa mostra disso. Nunca houve tantos atores negros concorrendo à estatueta, nem tantos temas que discutissem o preconceito nos mais diferentes contextos. *Moonlight: Sob a Luz do Luar*, a história de um garoto negro e homossexual que cresce num bairro pobre de Miami, levou o Oscar de melhor filme. Foi uma premiação mais que merecida, por retratar de maneira delicada e sutil a realidade de milhares de jovens. O resultado lavou minha alma, pois acredito que o cinema tem o papel não apenas de entreter, mas também de estimular mudanças sociais.

Mas a equipe de *Moonlight* só foi chamada ao palco depois de uma gafe, transmitida ao vivo para o mundo todo. Os atores Faye Dunaway (76 anos) e War-

ren Beatty (79 anos) anunciaram como vencedor na categoria de melhor filme *La La Land*, favorito da noite. Depois de longos minutos de confusão e constrangimento, descobriu-se que houve uma troca nos envelopes – os apresentadores haviam recebido o envelope de prêmio de melhor atriz (que já havia sido conferido à atriz Emma Stone, de *La La Land*), e não de melhor filme.

No entanto, entre o mal-entendido e o esclarecimento, começaram a circular na internet comentários sobre o erro ter sido cometido porque os dois atores eram idosos e, portanto, ou não conseguiram enxergar o que estava escrito ou se confundiram na hora de fazer o anúncio mais esperado da noite. Numa ocasião marcada pela valorização de minorias, a primeira reação dos espectadores foi jogar a culpa pela maior gafe já registrada numa cerimônia de Oscar em dois atores incríveis, mas, que pena, idosos. Maldita longevidade.

Já percorremos um longo caminho até aqui. Buscamos um modelo que não acomode preconceitos, mas que contribua para uma sociedade mais bonita, diversa e solidária exatamente porque acolhe as diferenças. Infelizmente, essa aceitação ainda não chegou ao envelhecimento – uma contradição, considerando que todos nós, se tivermos sorte, seremos velhos um dia. Pergunto-me por que, em dias de tanta tolerância e celebração do dife-

rente, ser idoso ainda é motivo de piadas e crueldade. Somos capazes de identificar e condenar imediatamente uma piada carregada de machismo ou de homofobia. Por que ainda rimos de piadas com idosos? Por que ainda enxergamos o preconceito em relação ao idoso como normal? Por que o envelhecimento continua tendo que correr por fora das discussões?

Coincidência ou não, ontem comprei uma camiseta nova. É a foto da Cher, mas adaptada àquela foto tradicional do Che Guevara, com os seguintes dizeres: “*Cher Guevara – Hay que envejecer pero sin perder la ternura jamás!*”. Vesti hoje, solidária a Warren Beatty e Faye Dunaway e orgulhosa de fazer parte desse movimento ainda pequeno, mas que ganha cada vez mais força: o de conscientizar a sociedade de que o envelhecimento não é algo apenas a ser aceito, mas, principalmente, comemorado. Porque raramente nos lembramos disso, mas envelhecer é um tremendo privilégio.

Boa leitura!

Lilian Liang
Editora



Maisa Kairalla

Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - São Paulo e do GERP.17

GERP.17: foco em educação, ciência e atualização

Por **Lilian Liang**

Quando nos encontramos para esta entrevista, numa segunda-feira de sol em seu consultório, em Higienópolis, a geriatra Maisa Kairalla já havia passado visita em dois hospitais e concluído uma reunião. Tudo isso antes das 9 horas da manhã.

Maisa tem uma rotina que pode parecer insana para muita gente. Casada, mãe de Frederico, de 4 anos, e de Maria Luisa, de 1 ano e 8 meses – ambos laureados com os olhos claros da mãe –, e geriatra em período integral, seus dias funcionam com a precisão de um relógio suíço. Equilibra mameadeiras, pacientes, aulas de natação, hospital, reunião de pais, consultório, gerenciamento da casa e universidade com desenvoltura invejável. Como se não bastasse, desde julho do ano passado Maisa é também a presidente da Socie-

dade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo (SBGG-SP). “Aceitei a presidência da SBGG-SP como um presente. Faço tudo com enorme prazer”, afirma.

Uma de suas principais responsabilidades à frente da entidade é organizar o 10º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, o GERP.17. Participou das duas últimas edições do congresso como diretora científica e ousou investir em uma programação mais focada em ciência e atualização. “Achei que o estado de São Paulo merecia algo mais moderno no congresso. Apostamos e deu certo. O GERP foi um sucesso em 2013 e em 2015”, conta.

Desde então, Maisa vem deixando sua marca registrada nos encontros, que passaram a registrar número recorde de participantes. Os preparativos para o GERP.17 já acontecem

há pelo menos um ano e meio e as expectativas para esse congresso são bastante otimistas. Em março, faltando ainda um mês para o evento, a organização já contabilizava mais de 1,7 mil inscritos e 16 patrocinadores – num ano notoriamente difícil em termos econômicos e políticos. Confira a seguir a bate-papo com a presidente do GERP.17.

Aptare – Qual a expectativa para o GERP.17?

Maisa Kairalla – Para mim é um imenso prazer falar do GERP, pois esse congresso é como um filho. Participei como diretora científica do GERP.13 e do GERP.15 e resolvi adotar uma linha mais baseada em atualização. Achei que o estado de São Paulo merecia algo mais moderno no GERP, apostamos nisso e deu certo. Tanto o congresso de 2013 quanto o de 2015 foram um sucesso.

Em 2017, reforçamos novamente a ideia de um congresso forte, buscando ciência, educação e atualização, que são os três pilares do evento. Já temos 1,7 mil inscritos, mais de 500 trabalhos enviados e 16 patrocinadores da indústria farmacêutica. Conseguir isso é um enorme ganho num momento de crise e de descrédito em relação a eventos assim. Transformamos essas conquistas em ganho não apenas para geriatras e gerontólogos, mas também para profissionais de outras carreiras que se dedicam ao cuidado do idoso.

Aptare – E quais as principais dificuldades?

Maisa – É uma organização grande, portanto o trabalho é grande. Como presidente eu me apoio em quatro áreas: comissão científica, comissão executiva, temas li-

vres e comissão da comunidade. Minha principal dificuldade, portanto, é compor esse grupo de maneira homogênea. O que eu procuro sempre pontuar é que estamos vendendo valor científico, não valor de metro quadrado no congresso. Quero que esse GERP seja reconhecido por isso e acredito que, de alguma maneira, já conseguimos atingir esse objetivo, pelo retorno que tenho recebido de colegas e da indústria farmacêutica. Por exemplo, os laboratórios têm direito a algumas inscrições. Muitos deles estão tendo que buscar profissionais fora do estado de São Paulo, porque os principais geriatras já se inscreveram de maneira independente. Isso traz uma credibilidade enorme para o congresso. Além do desafio de compor as comissões de uma maneira homogênea e coerente, acredito que as outras dificuldades são elaborar novamente uma grade científica brilhante e tentar patrocínio num momento tão grande de crise.

Aptare – Que novidades o congressista deve esperar no GERP.17?

Maisa – Uma das novidades deste ano serão os eventos do GERP Comunidade. No dia 5 de abril haverá, no Sesc Pinheiros, inúmeras oficinas e atividades, que incluirão exposição, dança e a exibição de um documentário produzido por idosos frequentadores da entidade.

No dia 6 de abril, que é o primeiro dia do congresso, haverá uma peça sobre prevenção de quedas no teatro do Centro de Convenções Frei Caneca, seguida de discussão do tema. A prefeitura, através da Secretaria de Esportes e Lazer, cedeu os ônibus para fazer o transporte dos idosos até as atividades. Saímos, portanto, da área voltada para o profissional e vamos para o não profissional, o que é um grande ganho.

Vale lembrar também do Encontro Nacional das Ligas Acadêmicas, que acontece em São Paulo. Além de nos preocuparmos com atualização, ciência e educação da população da área da saúde e da comunidade, também nos preocupamos em educar os estudantes.

Aptare – A programação do GERP.17 está bem variada. Por que discutir a economia da longevidade, por exemplo, num evento científico?

Maisa – Porque é importantíssimo. Se considerarmos que em 2020 haverá mais idosos com mais de 65 anos do que crianças com menos de 5 anos, fica claro que precisamos pensar na economia da longevidade, porque a economia do mundo está nas mãos dos idosos. Falo não apenas de profissionais de saúde com interesse em empreender nessa área. Falo da educação dos profissionais como cidadãos brasileiros, porque é o que vai acontecer com o mercado.

Preciso me conscientizar de que muitas vezes o motorista de Uber que vai buscar meu paciente no consultório é idoso. É possível que eu ligue no laboratório para pedir o resultado de exames e o atendente seja um idoso. É importante que o profissional saiba que é essa a nova realidade que nos rodeia. Também discutiremos os desafios da assistência suplementar, com a advogada Renata Vilhena, e o papel do geriatra como gestor de saúde. São temas não científicos, mas fazem parte de um aspecto político-econômico que temos procurado conferir ao GERP desde 2013.

Aptare – Que temas você destacaria na programação científica?

Maisa – Este GERP tenta contemplar a pessoa que ainda vai enfrentar seu envelhecimento, o idoso passando pelo processo, o idoso muito velho e todo o seu entorno. Por isso, há diversos temas que merecem a atenção do congressista: novas formas de moradia, economia da longevidade, assistência suplementar, apoio financeiro, o geriatra como gestor do idoso, a educação para o envelhecimento, fragilidade, sarcopenia, inflamação, idoso com sepse na UTI. Todos esses são grandes temas do GERP.17.

Alguns temas têm ganhado destaque simplesmente porque é necessário discutí-los. Os novos arranjos de moradia se encaixam nessa cate-

goria. Na Europa, quando a população começou a envelhecer, foram surgindo diversas formas de moradia, como morar com os amigos, morar em repúblicas, morar com o filho etc. Isso vai acontecer no Brasil também. Antes havia pouca gente nessa situação e existia um conceito de comunidade em que o idoso tinha uma casa ou morava com alguém. Mas a economia e a sociedade mudaram e já não se pode contar com essa estrutura. Com uma longevidade cada vez maior, será preciso refletir sobre isso. É o que queremos fazer no GERP.17.

Aptare – Você nota mais interesse da indústria farmacêutica em relação ao envelhecimento?

Maisa – Certamente. Os laboratórios entenderam que há um mercado grande nesse segmento. Nosso congresso terá um número recorde de simpósios-satélite, por exemplo. Eles entenderam que vale a pena investir no médico que consiga falar de diversas doenças – de novo, é o geriatra como gestor do envelhecimento. A indústria está interessada nisso e enxergando com bons olhos a questão da longevidade.

Aptare – O GERP.17 também investiu pesado nos palestrantes internacionais, não?

Maisa – É a primeira vez na história que o GERP tem três palestrantes internacionais. E foi uma feliz coincidência, porque os temas casaram entre si.

O professor John Morley [diretor da Divisão de Geriatria e da Divisão de Endocrinologia da Escola de Medicina da Universidade de Saint Louis, nos EUA] é um dos ícones da fragilidade no mundo e discutirá a importância da prevenção da fragilidade. Ele falará também de fragilidade muscular e cognitiva, entre outros tópicos. Além das aulas no congresso, ele dará um curso, para o qual será necessário fazer inscrição antecipada. A outra palestrante internacional é a bióloga Janet Lord [professora de biologia celular e imunologia, diretora do Institute of Inflammation and Ageing na Escola de Medicina da Universidade de Birmingham, na Inglaterra], que vai falar da inflamação como envelhecimento.

Por último, teremos Ryan Woolrych [professor associado em saúde e bem-estar na Universidade de Heriot-Watt, em Edimburgo, na Escócia, e professor adjunto em envelhecimento na Universidade Simon Fraser, em Vancouver, no Canadá], que dará suas aulas via teleconferência sobre adaptação de ambientes e gerontotecnologia.

Os três convidados casaram muito bem, mesmo que não se conheçam. Eu esperaria bastante deste congresso nesse sentido.

Aptare – Como você se tornou geriatra?

Maisa – Eu sou a mais nova de quatro irmãos e, quando nasci, meus pais já estavam

na casa dos 40 anos. Mas eu tive um grande diferencial: fui “criada” por um padrinho médico formado em 1938 pela Faculdade de Medicina de Minas Gerais, que morava na casa da frente. Eles não tinham filhos, mas ajudaram muito meus pais a me criar, não com dinheiro, mas com instrução. Eu me lembro que durante a minha infância eu estava sempre na piscina com ele, ou na cadeira de balanço ouvindo alguma música, ou ele me ensinando a escrever. Eu cresci cercada por idosos. Quando me formei em medicina, meu anel de formatura era o anel dele reformado. Ele, por sua vez, tinha recebido o anel do padrinho dele. Quando entrei na faculdade, ele me deu um livro chamado *A Boa Idade*. Já no primeiro ano de curso eu disse ao meu professor de histologia que queria ser geriatra.

O maior motivo de eu ter optado pela geriatria foi o fato de eu ter sido criada com muita gente idosa. Acho muito interessante essa visão das pessoas e esse cuidado. Tive exemplos em casa de cuidado, pois minha mãe sempre ajudou idosos com cestas, roupas, visitando hospitais, e eu, bem pequena, a acompanhava. Meu pai também. É uma sensação de respeito por essa faixa etária. Mas fiz porque gosto, porque essas conjunturas me trouxeram até aqui.

Aptare – E a realidade correpondeu à expectativa?

Maisa – É fantástico ser geriatra, mas é uma especialidade difícil. O geriatra precisa conhecer a ciência e conhecer a medicina, mas deve conhecer muito mais a medicina. O melhor médico é aquele habilidoso nas duas frentes. Esta é a fórmula mágica: o paciente entrar e você perceber a depressão nos olhos dele, e não apenas pelos livros, porque ele nunca vai te falar que tem depressão. É preciso entender os 80 anos que essa pessoa já viveu, a família que está presente, e ao mesmo tempo lembrar das metas de hipertensão e diabetes que mudam todos os dias à medida que se envelhece. O geriatra precisa ser um grande observador, ter uma boa percepção da integralidade e ter paciência. Não é uma consulta fácil.

Aptare – E hoje os médicos conhecem mais ciência ou mais medicina?

Maisa – À medida que o tempo passou na medicina, ficou muito mais ciência e menos humanidade. Agora têm surgido outras frentes, como cuidados paliativos, que procuram ser mais humanas. O geriatra, no entanto, precisa ser criado em todos os cenários: ele deve ter o insight da prevenção, deve acompanhar a pessoa, deve falar com a família, deve identificar um caso de septicemia, saber o que fa-

zer caso o paciente vá para a UTI, deve orientar se o paciente vai para casa ou para uma ILPI. Acho que o que está mais difícil atualmente é a visão do todo. As instituições de ensino precisavam se preocupar mais com o holístico.

Aptare – Como você vê o crescimento de profissionais dedicados ao envelhecimento?

Maisa – Há necessidade de termos mais profissionais. Mas é preciso entender que formar profissionais de maneira desenfreada apenas para suprir um mercado, sem prestarmos atenção à qualidade, pode acabar causando um prejuízo muito maior. Certamente há a necessidade de proliferar e todas as especialidades e frentes de aprendizagem são bem-vindas, mas deve haver, sim, um grande controle dessa formação, seja ela qual for. Estamos falando de uma população frágil em que um cuidado inadequado é problema. Precisamos de mais profissionais, sim, porque não temos gente suficiente, mas é preciso enfatizar a qualidade.

Aptare – Depois do GERP.17, qual a próxima prioridade de sua gestão?

Maisa – Meu próximo grande projeto à frente da SBGG-SP será voltado para a educação para o envelhecimento, que ainda estamos desenvolvendo. Queremos estimular a educação dos paulistas para as questões da longevidade.



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



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

BIGFRAL

O PAPEL DA INSTABILIDADE POSTURAL/ DIFICULDADE DE MARCHA E O MEDO DE CAIR NA PREVISÃO DE QUEDAS EM IDOSOS NÃO DEMENCIADOS



A instabilidade postural/dificuldade de marcha (IPDM) e o medo de queda (MdQ) frequentemente coexistem, mas seus valores preditivos individuais para quedas não foram comparados no envelhecimento. Esse estudo, publicado no periódico *Archives of Gerontology and Geriatrics* de março, pretende determinar o efeito independente e combinado de IPDM e MdQ para quedas em idosos sem demência.

A IPDM e outros sinais extrapiramidais foram sistematicamente avaliados em 449 residentes da comunidade sem doença de Parkinson (76,48 ± 6,61 anos e 56,8% mulheres) incluídos nesse estudo de coorte longitudinal. A presença de MdQ foi medida por uma pergunta de um único item (Você tem MdQ?) e autoconfiança pela Escala de Confiança no Equilíbrio em Atividades Específicas (ECE).

Do total de participantes, 169 (38%) tiveram uma queda incidente sobre um seguimento médio de 20,1 ± 12,2 meses. A IPDM esteve presente em 32% dos participantes, e o MdQ em 23%. Tanto a IPDM (proporção de risco ajustada: 2,28; $p = 0,016$) como a autoconfiança (proporção de risco ajustada: 0,99; $p = 0,040$) predizem quedas quando introduzidas simultaneamente no modelo de Cox. No entanto, a presença de MdQ (proporção de risco ajustada: 1,99; $p = 0,021$) e a autoconfiança (proporção de risco ajustada: 0,98; $p = 0,006$) previam quedas apenas em indivíduos com IPDM.

O estudo concluiu que a IPDM e o MdQ foram associados com futuras quedas em idosos sem demência, mas o MdQ foi um preditor de queda apenas em indivíduos com IPDM.

É UM NEGÓCIO DE FAMÍLIA: REFLEXÕES SOBRE ENVELHECIMENTO E SAÚDE DENTRO DE UM CONTEXTO FAMILIAR



A saúde e o envelhecimento de uma pessoa não podem ser desvinculados do sistema familiar em que ocorrem. As famílias não apenas fornecem material genético que determina os principais riscos e resultados para a saúde; elas também compartilham cultura, meio ambiente e estilo de vida que influenciam ainda mais a saúde e as trajetórias de envelhecimento. Além disso, os membros da família estão interligados, de modo que uma doença ou uma mudança de estilo de vida positiva em uma pessoa pode ter efeitos reverberantes sobre a saúde e o bem-estar dos outros no sistema familiar.

Esse ensaio, publicado na edição de fevereiro da revista *The Gerontologist*, explora como as famílias têm o potencial tanto para promover quanto para ameaçar a saúde e o bem-estar individuais, influenciando assim como uma pessoa envelhece ou experimenta a

velhice. Esse trabalho, que combina biografias pessoais de três autores, fornece exemplos específicos de como a família afeta a saúde e o envelhecimento dos indivíduos e de como a saúde e o envelhecimento desses sujeitos afetam a unidade familiar maior. Esses processos dinâmicos têm o potencial de moldar positiva ou negativamente as experiências individuais de saúde e envelhecimento, mesmo entre aquelas pessoas que ainda não estão na terceira idade. O ensaio combina uma perspectiva de curso de vida com uma abordagem dinâmica de sistemas familiares para mostrar como as famílias se envolvem em esforços colaborativos ao longo do curso da vida, em que eles afetam e são afetados pelo diagnóstico, pela gestão de doenças crônicas e pela adoção de comportamentos que promovam a saúde. A aplicação dessa perspectiva ao estudo da saúde e do envelhecimento exige um pensamento interdisciplinar, bem como novas soluções metodológicas e quantitativas.

ENVOLVIMENTO INFORMADO DE MEMBROS DA FAMÍLIA PARA MELHORAR A QUALIDADE DO CUIDADO DE PACIENTES COM DEMÊNCIA EM ILPIs



O estudo publicado no *Journal of The American Geriatrics Society* tem como objetivo descrever até que ponto as instituições de longa permanência para idosos envolveram as famílias nas decisões de iniciação antipsicótica no ano anterior à implementação das revisões da orientação de fiscalização.

Participaram da pesquisa 41 familiares de idosos de 20 ILPIs nos EUA. Foram avaliadas as respostas dos membros da família a perguntas fechadas e abertas sobre o envolvimento em cuidados do residente e iniciação antipsicótica. Dois pesquisadores usaram uma abordagem analítica de conteúdo para codificar respostas abertas a temas de envolvimento da família no gerenciamento de comportamentos, tomada de decisões, conhecimento de riscos e benefícios e consentimento informado.

Do total, 54% dos membros da família sentiram-se altamente envolvidos nas decisões sobre o manejo do comportamento. Já 42% se lembraram de ter perguntado como administrar o comportamento dos residentes sem medicação e 17% recordaram a recepção de informações sobre riscos e benefícios antipsicóticos. 66% se sentiram altamente envolvidos no processo de iniciar a medicação antipsicótica; 24% relataram ter sido solicitados a participar na decisão antipsicótica de iniciação e a saber antes do início do antipsicótico.

De acordo com os regulamentos federais existentes, mas antes que as revisões de orientação fossem implementadas em 2013, mais de 40% das famílias relataram estar envolvidas no manejo do comportamento não farmacológico dos membros da família, mas menos de um em cada quatro relatou estar envolvido durante todo o processo de prescrição antipsicótica. São necessárias intervenções que padronizem o envolvimento das famílias e promovam a adesão

aos regulamentos federais existentes. Esta discussão baseia-se nessas conclusões para pesar as opções políticas de uma maior aplicação das regulamentações existentes versus a promulgação de nova legislação para resolver essa questão desafiadora.

POLIFARMÁCIA E USO DE MEDICAMENTOS INAPROPRIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: LIÇÕES AINDA NÃO APRENDIDAS



O objetivo desse estudo, publicado no periódico *Geriatrics, Gerontology and Aging*, é identificar a prevalência de polifarmácia e o uso de medicamentos inapropriados em idosos internados em uma ILPI.

Trata-se de um estudo descritivo transversal, em que foram analisadas as prescrições médicas de idosos internados há pelo menos um mês em uma instituição de longa permanência. Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro contendo as seguintes variáveis: idade, gênero, tempo de institucionalização, medicamentos prescritos, presença de medicamentos inapropriados para idosos e prática da polifarmácia.

Foram analisadas 253 prescrições médicas. Entre os idosos estudados, 149 (59%) eram do gênero masculino. A média de idade foi de 74 ± 9 anos. A mediana do tempo de institucionalização foi de 62 (1 - 942) meses. Entre as prescrições médicas analisadas, a média era de 7 ± 3 medicamentos, e 68 (27%) continham pelo menos um medicamento inapropriado para idosos. A prática de polifarmácia foi verificada em 197 (78%) prescrições.

Os resultados revelaram uma alta prevalência de medicamentos inapropriados e a prática de polifarmácia, elevando os riscos aos idosos institucionalizados.

PESSOAS QUE CUIDAM DE CÔNJUGES COM DEMÊNCIA DE INÍCIO PRECOCE E TARDIO LIDAM DE FORMA DIFERENTE? UM ESTUDO COMPARATIVO



Explorar as maneiras com que os cônjuges lidam com a doença e compará-las com base na idade de início da doença, a fim de adaptar programas de apoio – esse foi o objetivo do estudo publicado no *Archives of Gerontology and Geriatrics*.

Foram feitas entrevistas com 38 pessoas que cuidavam de cônjuges com demência de início tardio (PDIT) e com 40 pessoas que cuidavam de cônjuges com demência de início precoce (PDIP). O primeiro passo na análise foi qualitativo, usando QSR N'Vivo 10 para identificar as estratégias de enfrentamento. O segundo passo foi quantitativo, comparando as estratégias de enfrentamento com base na idade de início da doença com o teste χ^2 .

Um inventário de 26 estratégias utilizadas por todos os cuidadores foi estabelecido e consolidado em dois grupos: estratégias

de aceitação e estratégias de evitação. Os resultados estatísticos mostraram que algumas estratégias foram utilizadas pelos dois grupos de cuidadores. No entanto, quando as diferenças surgiram, a estratégia de "Planejamento" foi usada pelos cuidadores de cônjuges com demência de início precoce, enquanto as estratégias de "Reorganização", "Humor" e "Escapando da entourage" foram usadas pelos cuidadores de cônjuges com demência de início tardio.

Os pesquisadores concluíram que seria interessante desenvolver um programa de apoio com um quadro comum e módulos específicos dependendo da idade de início da doença. Os módulos comuns permitiriam desenvolver e fortalecer estratégias de aceitação. Os módulos específicos para os cuidadores de cônjuges com demência de início precoce iriam orientá-los na aquisição de mais adaptabilidade e flexibilidade na assistência prestada ao paciente, que às vezes pode ser muito rígida e controlada. Já os módulos específicos para cuidadores de cônjuges com demência de início tardio iriam ajudá-los a desenvolver a capacidade de pedir ajuda e identificar os limites de intervenção.

FATORES RELACIONADOS AO ÓBITO E À INTERNAÇÃO PROLONGADA EM UMA ENFERMARIA DE GERIATRIA



O estudo, publicado no periódico *Geriatrics, Gerontology and Aging*, se propõe a identificar fatores que possam determinar o período de internação superior a dez dias, assim como aqueles que contribuam para a mortalidade de idosos internados.

Foram realizadas entrevistas com pacientes ou cuidadores principais e levantados dados epidemiológicos, uso de medicamentos, funcionalidade prévia à internação e índice de Charlson. Foram incluídos pacientes internados pelo pronto-socorro e excluídos aqueles internados eletivamente e sobre os quais não puderam ser obtidas informações. Os pacientes foram inicialmente distribuídos em dois grupos: um com internação inferior a dez dias ($G < 10$) e outro com mais ($G > 10$). Em seguida foram comparados os dois grupos de acordo com o desfecho óbito. Utilizamos os testes do χ^2 e o de Mann-Whitney U.

No total foram levantados 201 casos. No grupo $G < 10$ foram classificados 77 pacientes, 56% mulheres. O tempo médio de internação foi de 16 dias. A média de idade era de 87 anos, e 46,0% faziam uso de até quatro medicamentos e 47,5% mais que isso. No momento da internação, 37,8% faziam uso de psicotrópicos e 37,3% apresentavam delirium, 26,4% evoluíram a óbito. Com relação ao tempo de internação, nenhuma das variáveis mostrou diferença significativa. Para o desfecho óbito, as variáveis delirium, escala de Katz e índice de Charlson foram capazes de identificar os pacientes com maior risco.

Os pesquisadores concluíram que as variáveis analisadas não permitiram identificar o paciente com maior risco de internação prolongada. A presença de delirium, maiores valores do índice de Charlson e menores valores da escala de Katz tiveram uma associação positiva com mortalidade.

QUEM FAZ :: Profissionais que fazem a diferença no envelhecimento

Fotos: arquivo pessoal



ROSELI PRADO DE OLIVEIRA

Formada em comunicação social; pós-graduada em gestão de projetos sociais pelo Senac; coordenadora de comunicação na SBA – Sociedade Beneficente Alemã, que mantém o SBA Residencial para Idosos

A questão do envelhecimento me transformou positivamente nos últimos anos, pois estar em contato com pessoas mais velhas e experientes significa aprender lições diariamente. Cada um tem uma história de vida e diferentes maneiras de encarar as dificuldades decorrentes do processo de envelhecimento.

Uma das situações que mais me chamam atenção é a percepção de tempo. Vivemos numa sociedade de muita pressa, e no geral ninguém tem tanto tempo para se dedicar a ouvir os anciãos. Por outro lado, os idosos têm tempo e satisfação em nos relatar opiniões e vivências que acreditam ser realmente relevantes na vida. Valorizar esses momentos de troca, com calma, paciência e encantamento, é um dos grandes aprendizados que levo dessas conexões. Percebi também que é preciso ter sensibilidade para entender suas necessidades, e aqui no residencial é um desafio diário promover eventos e ações para um público cada vez mais exigente e esclarecido.

Uma das minhas missões na comunicação da SBA é proporcionar momentos de alegria e convívio social entre os moradores, dando suporte aos projetos das equipes e buscando sempre aliar os benefícios terapêuticos às ações desenvolvidas. Outro fator interessante do meu trabalho é criar oportunidades para fortalecer os laços com os familiares dos moradores, promovendo a integração entre famílias, cuidadores e colaboradores. Há familiares que, mesmo não tendo mais seu ente querido, ainda participam de eventos musicais, ações voluntárias e cultivam as amizades construídas.

Há muita vida, muita história, muitas amizades, discussões filosóficas e partilhas no dia a dia do residencial. É um grande desafio comunicar tudo isso à sociedade, pois é preciso, antes de tudo, quebrar o paradigma cultural que existe em relação a essas instituições, desmistificar o conceito ultrapassado de asilos convencionais, vistos como sinônimo de abandono e exclusão. Os residenciais de hoje, pelo contrário, são sinônimos de cuidado e amor.



ROSA YUKA SATO CHUBACI

Graduada em enfermagem pela Universidade de Mogi da Cruzes; mestrado e doutorado em enfermagem pela Universidade de São Paulo; professora doutora do curso de bacharelado em gerontologia da Universidade de São Paulo

Desde o início da minha atuação profissional, tive imensa satisfação em trabalhar com pacientes idosos. Na pós-graduação tive oportunidade de desenvolver pesquisas que envolviam pessoas idosas. Sou especialista em bem-estar do idoso pela Tohoku Fukushi University, quando entrei em contato com os diversos serviços e políticas públicas do Japão. Atualmente sou coordenadora do curso de bacharelado em gerontologia da USP, curso de graduação considerado pioneiro no Brasil. A preocupação em formar gerontólogos, gestores do envelhecimento, vem ao encontro do aumento significativo da população idosa no Brasil. Esse aumento acarreta também um aumento das demandas sociais e de saúde. Sabemos que a longevidade é o maior ganho que tivemos nestas últimas décadas, porém é primordial ter qualidade de vida

em qualquer situação que se encontre a pessoa idosa.

O meu trabalho tem como finalidade desenvolver uma modalidade de formação integral, do bacharel em gerontologia, para impactar positivamente na qualidade de vida do idoso, da sua família e comunidade. Dedico-me à formação de um profissional generalista que, integrado à equipe interprofissional, será capaz de atuar pela gestão da atenção à pessoa idosa e do processo de envelhecimento em diferentes contextos. É necessário que os serviços de atenção à pessoa idosa atendam a suas demandas físicas, psicológicas e socioculturais. Estamos trabalhando, arduamente, porém com muito carinho e dedicação, na amenização e prevenção dos agravos à saúde e em promover o envelhecimento saudável, ativo e significativo do ser humano.



CRISTIANE TENANI POMERANZ

Graduada em comunicação visual pela Universidade Presbiteriana Mackenzie; arteterapeuta e idealizadora do Projeto Faça Memórias

A vida é uma construção de escolhas e atitudes. Escolhi a arte, e as velhices apareceram como algo curioso e instigante, entregues a mim pela própria vida. Apaixonei-me pelo assunto e, quanto mais eu me aproximava do tema do envelhecimento, mais envolvida ficava. Em 2007, ao terminar minha especialização em arteterapia, percebi, ao trabalhar em um centro de reabilitação, que a arte é muito mais do que uma potente ferramenta de estímulo cognitivo. Ela é também uma possibilidade real e importante de ressignificação de vidas, bem como um meio de resgatar a autonomia e a dignidade, muitas vezes abaladas por certos tipos de velhices.

Em 2009 tornei-me arteterapeuta e uma das idealizadoras do Faça Memórias, projeto que acontece no Museu Brasileiro da Escultura – MuBE, na cidade de São Paulo. Inspirado no Meet me at MoMa, do museu de Nova York, o Faça Memórias visa a dar voz e vez aos idosos demenciados e condenados a um esquecimento social que, a meu ver, é muito maior do que o esquecimento patológico.

Abrir as portas de um espaço cultural para essas velhices é estar ao lado da vida e

não da doença, e eu, com entusiasmo, abracei a causa, já que entendo a arte como parte essencial de um viver relevante. No Faça Memórias usamos a arte e as obras expostas no museu como estímulo de cognição, além de oferecer aos idosos atividades práticas e criativas no atelier de arteterapia.

Tenho toda a convicção de que a arte é libertadora e entendo que, através dela, diversas velhices podem ser modificadas. Trabalho também com idosos em situação de vulnerabilidade social, e os efeitos da arteterapia em suas vidas são notáveis. Decidi fazer o mestrado em gerontologia social pela PUC-SP, pois essa foi a maneira que encontrei de fundamentar todo esse trajeto que tenho percorrido através de um saber capaz de modificar e ampliar olhares para um longeviver que seja engrandecedor.

Sinto-me também muito honrada por estar no time de colaboradores do site do Portal do Envelhecimento. Através dos meus textos tenho tentado explicar esse complexo mundo da gerontologia sob a ótica da arte, pois vida e arte se misturam a favor de velhices potentes e autênticas em suas características e peculiaridades.



CAMILA ELIAS DE ARAUJO

Enfermeira especialista em reabilitação gerontogeriatrica pela Faculdade de Medicina do ABC; coordenadora da Casa dos Velhinhos Dona Adelaide – Instituição de Longa Permanência para Idosos

A união, a amizade e o amor de meus pais e irmãos fizeram com que o cuidar sempre fosse presente na minha vida. Ao buscar minha profissão, foi natural escolher a enfermagem. Durante minha formação, tinha uma certeza: não atuaria na geriatria.

Para meu engano, dois anos depois de formada iniciei meu trabalho como enfermeira da Casa dos Velhinhos Dona Adelaide, uma instituição filantrópica que abriga idosos em situação de violência e/ou vulnerabilidade pessoal e social em São Bernardo do Campo. Lá, tive o privilégio de encontrar dois interlocutores que fizeram toda a diferença: o dr. Ricardo Augusto de Souza, que me motivou a ingressar na especialização em geriatria, e com ela fui me apaixonando pela área; e tam-

bém minha saudosa gestora Maria Helena da Silva Martins, que confiou em meu profissionalismo e me ensinou a lutar pelos direitos dos idosos com humanização e respeito.

Hoje atuo como gestora da Casa dos Velhinhos, um desafio na minha vida profissional, e tenho um amor incondicional pelo trabalho. Ver o sorriso dos residentes me fortalece para enfrentar as dificuldades do dia a dia, já que há grandes desafios para manter uma instituição com transparência e um trabalho que produz dignidade.

Estar envolvida num trabalho como esse é pessoalmente transformador e vejo, através dos laços afetivos que construímos diariamente com os residentes, que a família vai muito além da ligação biológica.

AVC: prevenção é a palavra de ordem

Os derrames só perdem para as demências como razão de incapacidade na população idosa e são a segunda causa de morte nessa faixa etária. Confira o que é possível fazer para preveni-los e conheça os fatores a que os profissionais de saúde devem estar atentos

Por **Ruth Bellinghini**

Todos os anos, 15 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem um acidente vascular cerebral (AVC) e 6,2 milhões morrem em consequência direta da doença. Isso significa que, a cada 2 segundos, uma pessoa sofre um AVC no planeta. Quem sobrevive tem de conviver, na maior parte das vezes, com sequelas que vão de hemiparesias (paralisia de um dos lados do corpo) a problemas de fala e deglutição, passando por déficits de visão e comunicação. Segundo dados do Ministério da Saúde, são cerca de 100 mil mortes anuais – praticamente a metade delas, 43 mil, na região Sudeste. Os chamados derrames só perdem para as demências como razão de incapacidade em pessoas com mais de 60 anos e são a segunda causa de morte nessa faixa etária.

Estudos internacionais apontam para uma forte correlação entre o índice de desenvolvimento de um país e a incidência de AVCs, mais frequentes em nações de médio e baixo desenvolvimento, onde as práticas de prevenção são precárias ou esparsas. Cerca de 60% dos casos se concentram nesses países, onde a incidência vem crescendo, ao contrário do que ocorre nos chamados países ricos. Na China, 1,3 milhão de pessoas sofrem um AVC a cada ano e 75% delas sobrevivem com sequelas. As projeções para os próximos 20 anos são assustadoras: se nada for feito, a mortalidade deve triplicar no Oriente Médio, na África Subsaariana e na América Latina.

As causas do AVC são as mesmas das doenças coronarianas, com a silenciosa hipertensão respondendo pela grande maioria (60%) dos casos, além de tabagismo, diabetes, fibrilação atrial e sedentarismo. Nos países desenvolvidos, tanto a

redução do tabagismo como o melhor controle da hipertensão respondem pela queda da porcentagem de doentes, embora seu número absoluto continue crescendo, em função do envelhecimento da população.

“Ainda hoje 50% dos hipertensos no Brasil não sabem que têm a doença e muitas vezes só descobrem quando dão entrada numa emergência com um quadro de AVC. A prevalência de hipertensão nas pessoas acima de 60 anos chega a 70%. É fundamental que essas pessoas sejam identificadas e recebam tratamento e acompanhamento corretos, se pretendemos reduzir a incidência de AVCs no país”, afirma o cardiologista Celso Amodeo, chefe da Seção de Hipertensão e Nefrologia do Instituto Dante Pazzanese. De acordo com Amodeo, até bem pouco tempo atrás, no Brasil, morria-se mais de AVC do que de infarto, um quadro que se alterou bastante em função do melhor acesso à saúde, à maior divulgação dos riscos e, principalmente, graças à distribuição gratuita de medicamentos básicos para o controle da hipertensão arterial.

Segundo Amodeo, ainda falta educação nesse sentido, inclusive por parte dos médicos. “Todo médico, independentemente da especialidade, deveria medir a pressão de todo paciente que chega a seu consultório, não importa se é pediatra, psiquiatra, ortopedista ou oftalmologista”, alerta. Ele lembra que o brasileiro não tem o hábito de procurar um médico regularmente e que só o faz de forma pontual, quando tem um problema claro – uma dor de garganta, um problema muscular – e, justamente por isso, toda consulta médica deveria ser sempre uma oportunidade de detectar a hipertensão arterial.

Luiz Aparecido Bortolotto, diretor da Unidade de Hipertensão do Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, destaca ainda que a hipertensão não tratada ou mal controlada é a principal causa dos AVCs hemorrágicos e dos isquêmicos, aqueles provocados por obstrução das artérias cerebrais tanto por causa da formação de coágulos sanguíneos como por obstrução dos vasos por êmbolos produzidos por placas de ateroma. “É sempre muito difícil convencer um paciente a adotar novos hábitos de vida e a mantê-los, mas vemos algumas iniciativas muito bem-sucedidas. No último Congresso Português de Hipertensão foram apresentados estudos que mostraram o impacto positivo de um programa antigo para redução do consumo de sal na alimentação, com atuação forte dos chamados médicos de família, com queda de 60% nos casos de AVC,” conta.

De acordo com Bortolotto, o trabalho de convencimento do paciente a aderir ao tratamento é diário e esbarra numa série de dificuldades, inclusive no pouco tempo das consultas e em algumas peculiaridades tanto da população brasileira como da

população idosa. “O idoso costuma ser obrigado a tomar um grande número de medicamentos, e não é incomum que ele esqueça algum deles ou simplesmente deixe de tomá-lo. Um estudo realizado na França verificou a dosagem na urina de pacientes a quem foram prescritos quatro ou cinco medicamentos. Metade deles deixou de tomar pelo menos um dos remédios e em 20% deles não havia traço de nenhum medicamento prescrito”, conta. Amodéo também ressalta o impacto da chamada polifarmácia dos idosos na falta de adesão ao tratamento. “Quanto mais simples o manejo da farmácia do idoso, melhor; menor o risco de ele esquecer um medicamento ou desistir de tomar por causa da quantidade de pílulas receitadas. Uma saída são os remédios em combinação”, adverte.

Segundo Bortolotto, a despeito de vários avanços na área, o Brasil ainda precisa concentrar esforços na atenção primária de forma objetiva. “Os países com maior sucesso no controle da hipertensão atingem índices de 60% ou 70%, como é o caso dos Estados Unidos. Isso significa que 60% ou 70% das pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial conseguem ficar baixo



“

Ainda hoje 50% dos hipertensos no Brasil não sabem que têm a doença e muitas vezes só descobrem quando dão entrada numa emergência com um quadro de AVC [...] ”

dos 14 por 9. No caso brasileiro, além de a doença ser subdiagnosticada, esse índice está em torno de 20% apenas,” explica.

Por enquanto, o país está longe das metas lançadas no ano passado pela Federação Mundial de Cardiologia (WHF, na sigla em inglês), o Projeto 25 x 25, que tem o ambicioso objetivo de diminuir a mortalidade cardiovascular em 25% até 2025. A iniciativa, que tem o apoio da Sociedade Brasileira de Cardiologia, das sociedades norte-americanas (AHA e ACC) e europeia, pretende investir maciçamente no combate aos principais fatores de risco: hipertensão, tabagismo, diabetes, hipercolesterolemia e sedentarismo.

A falta de adesão ao tratamento e a dificuldade para mudar hábitos de uma vida inteira também são apontadas como problemas pelo geriatra Carlos Uehara, do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte (CRI Norte). “São pessoas com mais de 60 anos, obesas, com alimentação inadequada, que gostam de sal e são sedentárias. A mudança de estilo de vida é difícil, tanto que apenas 30% dos pacientes adotam mesmo os novos hábitos. Logo após o diagnóstico, o paciente até se sente motivado, mas a maioria dessas doenças, como pressão alta, hipercolesterolemia e, em alguns casos, diabetes, não causa nem sintomas nem problemas no curto prazo, e o doente simplesmente abandona o tratamento”, lamenta.

Outro fator que dificulta o acompanhamento é que, sem sentir nada, o paciente não faz a consulta de retorno periodicamente como deveria. “A pessoa passa quatro ou cinco anos repetindo a medicação por conta própria, achando que está tudo bem – porque não tem sintomas –, e, quando vai ao consultório, descobre-se que aquela medicação já não está fazendo efeito faz tempo, o que pode ter consequências sérias no longo prazo”, afirma Uehara.

A neurologista Gisele Sampaio, que atua na prevenção de AVCs do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), admite que

a maioria de seus pacientes recorreu ao serviço após sofrer um primeiro derrame, na tentativa de evitar um segundo. Tanto no HIAE quanto no serviço da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) em que trabalha, a especialista observa que os pacientes têm grande dificuldade em abandonar o sedentarismo, seja no SUS ou no sistema privado. “Atividade física implica em disponibilidade de tempo. O trabalhador alega que não tem dinheiro para a academia e que já vai andando para o trabalho ou ponto de ônibus. Então, é preciso explicar que a caminhada como atividade física requer um ritmo mais acelerado e equipamento adequado. Entre as pessoas de renda mais alta, o problema é o grande envolvimento com o trabalho, que também serve de pretexto para evitar a mudança de hábito,” explica.

De acordo com ela, a política pública do país em relação a tratamento e oferta de medicamentos gratuitos avançou, mas falta muito ainda no que se refere a espaços adequados para a atividade física. “Ainda somos carentes de calçadas bem-feitas, parques e áreas próprias para a prática do ciclismo, por exemplo”, relata.

Outros fatores de risco

Os médicos costumam estar atentos aos principais fatores de risco, mas alguns detalhes podem passar despercebidos. Amodeo, do Instituto Dante Pazzanese, destaca um ponto que costuma ser esquecido: a qualidade do sono – e não a quantidade. “O organismo produz uma série de hormônios enquanto estamos no chamado sono profundo. Quando acordamos, eles se encontram em altas doses, o que permite o equilíbrio do sistema neuro-humoral. A pessoa que dorme mal – como quem sofre de apneia do sono, por exemplo – não atinge essas fases mais profundas e não sintetiza esses hormônios nas quantidades necessárias,” explica.

O mesmo raciocínio vale para os pacientes que recebem medicação inadequada para tratar insônia, já que muitos desses produtos aumentam o período de sono mas reduzem o de sono profundo. De acordo com o especialista, a falta desses hormônios acaba produzindo a chamada hipertensão secundária, que agrava a primária. “Ou seja, a medicação não funciona como deveria e poucos médicos prestam atenção a esses quadros”, alerta o médico.

Os especialistas também são unânimes em apontar um dedo acusador para a atual epidemia mundial de obesidade, que aumenta em muito o risco de aparecimento de hipertensão e do diabetes de tipo 2, a síndrome metabólica que se caracteriza pelas altas taxas de glicemia e que costuma ser acompanhada de hipertensão, hipercolesterolemia e alta de triglicérides, uma combinação que aumenta barbaicamente o

nutren[®] senior

O SUPLEMENTO NUTRICIONAL QUE MELHOR CONTRIBUI PARA AS NECESSIDADES DE PESSOAS COM 50+*

Para adicionar ao leite

Para adicionar em receitas
doces ou salgadas

Pronto
para beber



LANÇAMENTOS: NOVOS SABORES!

NÃO CONTÉM GLÚTEN



EQUILÍBRIO NUTRICIONAL

- Fórmula com melhor perfil de Carboidratos*
- Sem adição de Açúcar (Sacarose)
- Cerca de 50% menos Sódio*



OSSOS E MÚSCULOS

- **2X** mais Cálcio e Proteína*
- **3X** mais Vitamina D*

*Nutren® Senior Sem Sabor quando comparado a produto similar no mercado em Agosto/2016

Material exclusivo para profissionais da saúde.
Proibida a distribuição aos consumidores.

risco de um AVC isquêmico. “Todos esses fatores levam a um sofrimento maior das artérias e favorecem o aparecimento das chamadas placas de ateroma e a eventual formação de um êmbolo ou trombo. Eu recomendo que todo paciente com diabetes tipo 2 utilize medicação para controle do colesterol. As pessoas precisam parar com essa mania de que remédio ‘é química demais no meu corpo’, porque no longo prazo os benefícios superam em muito os eventuais riscos,” diz João Salles, professor da disciplina de endocrinologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa. “As pessoas precisam ouvir os seus médicos e parar de dar atenção a curiosos bem-intencionados.”

Tanto Amodeo quanto Bortolotto chamam atenção também para duas complicações da hipertensão não tratada ou mal cuidada, a primeira delas a fibrilação atrial, a arritmia do hipertenso de longa data e com forte correlação com a formação de trombos e incidência de AVC isquêmico. Além disso, ao longo da vida é possível que o hipertenso sem cuidado tenha uma série de microcoágulos ou microderrames – o que Uehara chama de lesões em chuva. Elas não causam grandes sequelas imediatas, mas ao longo do tempo produzem a demência vascular, num efeito cumulativo causador de problemas cognitivos.

Os especialistas lembram que os AVCs não avisam e simplesmente acontecem. Segundo a World Stroke Organization, os principais sintomas são: dormência súbita ou fraqueza na face, braço ou perna, especialmente em um lado do corpo; con-

fusão súbita, dificuldade para falar ou compreender a fala; dificuldade súbita de enxergar em um ou ambos os olhos; dificuldade repentina para caminhar, tontura, perda de equilíbrio ou coordenação, além de dor de cabeça súbita, intensa, sem causa conhecida. “Nesses casos, é fundamental que o paciente seja socorrido prontamente, porque, quanto mais rápido o atendimento, menor a perda de tecido nervoso e, portanto, menos graves serão as sequelas”, recomenda Uehara.

De acordo com o geriatra, o atendimento de emergência melhorou bastante nos últimos anos. Falta ainda, porém, uma estrutura mais sólida no que se refere à reabilitação desses pacientes, com fisioterapia, fonoaudiologia e outros serviços que poderiam melhorar bastante a qualidade de vida no pós-AVC.

Para Uehara, porém, há um problema cultural no Brasil que compromete bastante a prevenção primária dos AVCs. “O brasileiro não costuma ter um médico de referência, um médico de família ou clínico geral que o acompanhe ou que ele consulte com regularidade. O nosso paciente procura o médico com uma queixa pontual e vai direto ao especialista. Se ele sente azia, procura um gastroenterologista; se tem dor de garganta, vai a um otorrino. O médico de referência teria um papel importante na prevenção desses problemas de base, tanto encaminhando a especialistas quanto acompanhando o seguimento das recomendações”, explica. “Na prática, o que temos é uma medicina de shopping center, em que o cuidado ao doente infelizmente é fragmentado.”

A MORTE DA EX-PRIMEIRA-DAMA

Foi um pico hipertensivo o primeiro sinal de que havia algo errado com Marisa Letícia Lula da Silva no último 24 de janeiro. A ex-primeira-dama passou mal e desmaiou a caminho do Hospital Assunção, em São Bernardo do Campo, onde se constatou um AVC hemorrágico provocado pela ruptura de um aneurisma detectado dez anos antes. Marisa morreu no Hospital Sírio-Libanês depois de 11 dias de internação e muita confusão nos relatos da mídia leiga.

Aneurismas podem ocorrer em qualquer vaso sanguíneo do organismo e são definidos como a dilatação anormal de parte das paredes desses vasos, que se tornam mais finas e vulneráveis, produzindo uma protuberância. Conforme o aneurisma aumenta, cresce também o risco de uma ruptura.

Os fatores de risco do aneurisma são praticamente os

mesmos dos AVCs e das doenças cardiológicas: hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes, obesidade, tabagismo, alcoolismo e idade, além de doenças como sífilis terciária e tuberculose e de infecções que atingem o cérebro e traumatismos na região da cabeça.

As opções de tratamento dependem de uma série de fatores, como o fato de o aneurisma estar ou não rompido, sua localização, tamanho e idade do paciente, segundo a Brain Aneurysm Foundation. Nos casos em que o aneurisma está intacto, o médico pode fazer um acompanhamento periódico, com rígido controle da pressão arterial, ou escolher uma das novas técnicas minimamente invasivas de intervenção. Entre os procedimentos mais usados está a clipagem do aneurisma com grampos metálicos, que impedem que o sangue entre na parte do vaso em que suas paredes estão mais vulneráveis.



Agora ficou mais **fácil** **comprar** os produtos **Nestlé Health Science.**



NUTRIÇÃO até **VOCE**

Nutrição e bem-estar
para o cuidado domiciliar.



NUTRIÇÃO ENTERAL • SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS • NUTRIÇÃO INFANTIL • GERENCIAMENTO DE PESO



Todo portfólio
Nestlé Health Science



Descontos e
Promoções



Entrega
Facilitada



Atendimento
Nacional



Ambiente
100% seguro

Acesse:

www.nutricaoatevoce.com.br

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

NHS5500317



Gustavo Constantino de Campos

Doutor em ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; médico contratado do departamento de ortopedia da Unicamp; coordenador do Programa de Tratamento Integral e Individualizado da Artrose – Instituto Wilson Mello; membro titular da SBOT e da SBCJ

Contato gustavoccampos@terra.com.br

Viscossuplementação no tratamento da osteoartrite

TAKE HOME MESSAGE

- A osteoartrite é a forma mais comum de doença articular com grande prevalência na população adulta. No Brasil, a prevalência estimada é de 13 milhões de indivíduos, com previsão de aumento nos próximos anos.
- O tratamento da osteoartrite permanece como um grande desafio, já que nenhum medicamento ou medida não farmacológica demonstrou-se capaz de reverter ou até mesmo de estacionar a evolução da doença.
- A viscossuplementação é uma excelente modalidade de tratamento da osteoartrite. Existe literatura robusta demonstrando eficácia e segurança, além de evidências que sugerem efeito condroprotetor. Esse recurso deve ser usado de forma individualizada em pacientes que apresentem fatores preditores clínicos e radiológicos favoráveis, dentro de um contexto de tratamento multimodal.

Introdução

A osteoartrite é a forma mais comum de doença articular, com grande prevalência na população adulta. Com etiologia multifatorial, leva à destruição da cartilagem articular, a alterações inflamatórias e à degeneração dos mais diversos tecidos articulares. É considerada atualmente um grande fardo à sociedade, por gerar sintomatologia dolorosa e grande incapacidade funcional aos indivíduos por ela acometidos, diminuindo qualidade de vida e ao mesmo tempo contribuindo com enormes custos. Países desenvolvidos estimam gastos anuais de cerca

de 80 bilhões de dólares somente com essa patologia. Cerca de 40% dos indivíduos acima de 60 anos irão apresentar algum grau de osteoartrite. No Brasil, a prevalência estimada é de 13 milhões de pessoas, com previsão de aumento nos próximos anos, já que a população brasileira está envelhecendo e aumenta cada vez mais a prevalência de fatores de risco, com destaque para a obesidade.

Tratamento da osteoartrite

O tratamento da osteoartrite permanece como um grande desafio, já que nenhum medicamento ou medida não farmacoló-

gica demonstrou ser capaz de reverter ou até mesmo de estacionar a evolução da doença. O tratamento cirúrgico através de artroplastia é hoje um dos mais realizados no mundo (é a segunda cirurgia mais realizada em indivíduos maiores de 60 anos, perdendo apenas para cirurgia de catarata), com estimativa de elevação de 600% no número de artroplastias realizadas nos Estados Unidos nos próximos 15 anos. Estima-se que o custo com artroplastias corresponda à metade do total gasto com a doença no mundo, beneficiando, no entanto, apenas pequena porcentagem do total de indivíduos portadores da doença. Além do problema financeiro, o procedimento não é isento de complicações e algumas indicações são inadequadas, o que pode explicar o alto índice de insatisfação encontrado em algumas séries.

Sabemos que ainda há grande debate a respeito das mais diversas formas de tratamento, sem um consenso sobre a melhor opção. A própria definição da doença, assim como a classificação de sua gravidade, ainda é um grande desafio, já que na maioria das vezes o quadro clínico não tem relação direta e proporcional ao quadro radiológico. O importante é ter em mente que existem muitos indivíduos com diferentes fenótipos da doença. Portanto, o primeiro passo é sempre definir que alvos terapêuticos poderemos atacar em cada indivíduo, tratando assim o problema de forma individualizada.

Outro conceito fundamental é que o tratamento da osteoartrite deve ser integral, ou seja, todos os alvos identificados devem ser endereçados. Não existe solução única e milagrosa. O tratamento conservador da osteoartrite se faz através de um conjunto de diversas modalidades de tratamento, que isoladamente muitas vezes promovem benefício apenas moderado. Portanto, o mau alinhamento do membro deve ser corrigido com órtese/palmilha, o metabolismo da cartilagem otimizado com um condroprotetor, a inflamação combatida sistemicamente ou com injeção intra-articular, e assim por diante. É consenso na literatura que a espinha dorsal do tratamento que deve ser oferecido a todos os pacientes é o tripé: educação, reforço muscular e emagrecimento.

As injeções intra-articulares são usadas há muitos anos para tratar distúrbios articulares dolorosos, especialmente através da injeção de suspensões cristalinas de corticosteroides de longa duração. A vantagem do tratamento intra-articular, principalmente em indivíduos idosos, é a ação mais localizada do medicamento, o que evita indesejados efeitos adversos observados nas medicações sistêmicas, que podem causar desde

uma simples intolerância gástrica até eventos catastróficos como insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio e morte.

Viscossuplementação

A viscossuplementação é a injeção intra-articular de ácido hialurônico exógeno. O ácido hialurônico existe em diversos organismos, e quando não ligado a outras moléculas liga-se à água, tomando uma consistência gelatinosa. Ele foi isolado pela primeira vez em 1934, por Karl Meyer. A substância química, até então desconhecida, foi encontrada no corpo vítreo de olhos bovinos e possuía uma molécula de ácido urônico. Utilizando a palavra grega “hyalos”, que significa vidro, Meyer propôs o nome ácido hialurônico. Balazs popularizou o nome hialuronan, utilizando-o para abranger as diferentes formas que a molécula pode tomar: a forma ácida, como ácido hialurônico, e a forma de sal, como o hialuronato de sódio, e é considerado o pioneiro no uso dessa substância para o tratamento da osteoartrite. No corpo humano, o ácido hialurônico ocorre em sua forma de sal (hialuronato) e é encontrado em altas concentrações no tecido conectivo, pele, cordão umbilical, líquido sinovial e humor vítreo. O líquido sinovial é basicamente um ultrafiltrado de sangue acrescido de ácido hialurônico. O ácido hialurônico é um polissacarídeo naturalmente produzido pelas células tipo B da membrana sinovial, e suas moléculas de elevado peso molecular formam uma solução de alta viscosidade.

A injeção intra-articular de ácido hialurônico tem basicamente três objetivos principais: viscossuplementação propriamente dita, ou seja, melhorar as propriedades reológicas do líquido sinovial, servindo tanto como um lubrificante quanto como um amortecedor de choques; analgesia; melhorar a homeostase articular, diminuindo a inflamação e estimulando positivamente os condrócitos.

Mecanismo de ação

A viscossuplementação é capaz de promover benefícios mecânicos, analgésicos e anti-inflamatórios, além de ter potencial de retardar a evolução da osteoartrite. A literatura demonstra que a injeção intra-articular de ácido hialurônico foi capaz de promover melhor distribuição de forças, diminuir a pressão pelo peso e recuperar as características reológicas do líquido sinovial. Ela também atua modulando o ambiente inflamatório encontrado na articulação, reduzindo a expressão gênica das citrinas e enzimas associadas à OA, e diminui a produção de prostaglandinas e a concentração

intra-articular de metaloproteinasas. Foi demonstrado efeito analgésico através da diminuição de impulsos nervosos e da sensibilidade de terminações nociceptivas quando na presença de ácido hialurônico. Por fim, o efeito condroprotetor se dá pela capacidade de estabilização da matriz cartilaginosa, pelo estímulo da proliferação de condrócitos e pelo aumento da produção de colágeno 2 e agrecans pelo condrócito. Acredita-se que o resultado a longo prazo da viscosuplementação se deva a mecanismo modulatório, especialmente através de sua interação com os receptores de membrana do grupo de diferenciação 44 (CD44) dos sinoviócitos.

Evidência clínica

A literatura é robusta em relação aos resultados positivos na dor, função e qualidade de vida obtidos com a viscosuplementação. Com mais de uma centena de artigos publicados anualmente nos últimos dez anos, as principais metanálises do assunto apontam para um início de ação lento (benefício em relação ao placebo apenas após 3-4 semanas), pico de ação ao redor de oito semanas e resultados observados até seis meses ou um ano em algumas séries.

Recomendações

Até 2012, a viscosuplementação era amplamente recomendada pelos principais guidelines de tratamento da osteoartrite. Porém, as mais recentes recomendações da Academia Americana dos Cirurgiões Ortopédicos (AAOS), do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) e da Sociedade Internacional de Osteoartrite (OARSI) retiraram a recomendação do uso dessa modalidade de tratamento. É importante ressaltar que a OARSI deixa bem claro não se tratar de uma recomendação contrária. Segundo seu último guideline, a viscosuplementação poderá ser benéfica de acordo com a experiência do profissional médico, das características do produto utilizado e do perfil do paciente. O que se retirou foi a recomendação ampla e genérica, dada a grande variabilidade de produtos e também de fenótipos dos pacientes. Existem outras importantes entidades que continuam recomendando o uso dessa modalidade de tratamento, considerando-o seguro, de duração prolongada e excelente alternativa aos anti-inflamatórios não hormonais.

A evidência clínica em relação à eficácia e à segurança da viscosuplementação é robusta. Os motivos principais para a discrepância entre essas recomendações e a prática clínica são dois: os pacientes com osteoartrite não são os

mesmos; e os produtos para viscosuplementação também são diferentes entre si.

Otimizando os resultados

É possível detectar na literatura alguns preditores de bons resultados, quanto às características dos pacientes, quanto ao produto utilizado e quanto à forma de tratamento:

Entre as características dos pacientes, são preditores positivos: características psicológicas (quanto menos depressão/somatização, melhor), idade, doença unilateral, doença menos avançada, menor tempo de sintomas, ausência de deformidade grave, pacientes ativos e presença de sinovite (este último fator se associamos VS ao uso de corticosteroides).

Em relação ao produto, a literatura é bem clara quanto à superioridade dos produtos considerados de alto peso molecular, ou seja, aqueles com peso molecular superior a 2kDa. A presença de ligações cruzadas também é importante, pois permite que o ácido hialurônico permaneça mais tempo agindo na articulação. O ácido hialurônico também é chamado de hialuronano, ou hialuronato de sódio, e aquele que tem ligações cruzadas é chamado de hilano. O hialuronato de sódio apresenta meia-vida intra-articular de 13 horas, enquanto a meia-vida do hylan G-F 20 é de 1,5 dia (fase líquida) e 8,8 dias (fase sólida). Por isso o hilano é a única droga que permite aplicação única, enquanto os hialuronanos devem ter uma ampola aplicada semanalmente, por três a cinco semanas, sendo que os melhores resultados encontrados na literatura se referem a trabalhos que utilizaram o regime de uma aplicação semanal durante cinco semanas.

Quanto à forma de tratamento, é importante ter em mente que a viscosuplementação não deve ser utilizada como monoterapia, oferecida como uma “solução mágica”, tampouco encarada como “última opção” ou ainda como “medida de salvação” quando todas as outras tentativas falharam. Deve fazer parte de um tratamento multimodal e acompanhar diversas outras medidas/medicamentos, como emagrecimento, reforço muscular, palmilhas, condroprotetores orais etc. A certeza da posição intra-articular da agulha também é fundamental, pois sabe-se que muitas vezes a falha desse tratamento deve-se simplesmente ao fato de o medicamento ter sido injetado fora do espaço articular, o que é muito mais comum do que se imagina. Métodos guiados por radioscopia ou ultrassom podem e devem ser utilizados, principalmente em articulações de mais difícil acesso, como quadril e tornozelo.

Sanofi

Por fim, a adição de hexacetonido de triancinolona à viscosuplementação também é uma excelente forma de potencializar o tratamento. Estudo recente demonstrou grande benefício da associação das drogas nos resultados precoces da viscosuplementação, pois assim une-se o efeito potente porém fugaz do corticoide ao benefício de longo prazo do ácido hialurônico.

Conclusão

A viscosuplementação é uma excelente modalidade de trata-

mento da osteoartrite. Existe literatura robusta que demonstra eficácia e segurança, e evidências que sugerem efeito condroprotetor. Essa ferramenta deve ser utilizada de forma individualizada em pacientes que apresentem fatores preditores clínicos e radiológicos favoráveis, dentro de um contexto de tratamento multimodal, respeitando as características do produto escolhido e com a certeza de injeção intra-articular do ácido hialurônico. A adição de hexacetonido de triancinolona melhora os resultados da viscosuplementação.

Referências bibliográficas

- Cooper C, Adachi JD, Bardin T, Berenbaum F, Flamion B, Jonsson H, et al. How to define responders in osteoarthritis. *Curr Med Res Opin.* 2013;29(6):719-29.
- Rezende MUD, Campos GCd, Pailo AF. Current concepts in osteoarthritis. *Acta ortopedica brasileira.* 2013;21(2):120-2.
- Bitton R. The economic burden of osteoarthritis. *Am J Manag Care.* 2009;15(8 Suppl):S230-5.
- Felson DT, Naimark A, Anderson J, Kazis L, Castelli W, Meenan RF. The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum.* 1987;30(8):914-8.
- Coimbra I, Pastor E, Greve J, Puccinelli M, Fuller R, Cavalcanti F, et al. Osteoartrite (artrose): tratamento. *Revista Brasileira de Reumatologia.* 2004;44(6):450-3.
- Liddle AD, Pegg EC, Pandit H. Knee replacement for osteoarthritis. *Maturitas.* 2013;75(2):131-6. [doi:10.1016/j.maturitas.2013.03.005]
- Kurtz S, Ong K, Lau E, Mowat F, Halpern M. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89(4):780-5. [doi:10.2106/JBJS.F00222]
- Pereira D, Peleteiro B, Araujo J, Branco J, Santos RA, Ramos E. The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage.* 2011;19(11):1270-85. [doi:10.1016/j.joca.2011.08.009]
- Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of non-pharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64(4):465-74.
- Jevsevar DS. Treatment of osteoarthritis of the knee: evidence-base guideline, 2nd edition. *J Am Acad Orthop Surg.* 2013 Sep;21(9):571-6. doi:10.5435/JAAOS-21-09-571. Review. PubMed PMID: 23996988.
- McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* 2014;22(3):363-88.
- de Rezende MU, de Campos GC. VISCOSUPPLEMENTATION. *Rev Bras Ortop.* 2015 Dec 6;47(2):160-4. doi: 10.1016/S2255-4971(15)30080-X. PubMed PMID: 27042615; PubMed Central PMCID: PMC4799378.
- Meyer K, Palmer JW. The polysaccharide of the vitreous humor. *J Biol Chem.* 1934; 107:629-34
- Balazs EA, Watson D, Duff IF, Roseman S. Hyaluronic acid in synovial fluid. *Arthritis Rheum.* 1967; 10(4):357-76
- Bagga H, Burkhardt D, Sambrook P, March L. Longterm effects of intraarticular hyaluronan on synovial fluid in osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol.* 2006;33(5):946-50.
- Wang CT, Lin YT, Chiang BL, Lin YH, Hou SM. High molecular weight hyaluronic acid down-regulates the gene expression of osteoarthritis-associated cytokines and enzymes in fibroblast-like synoviocytes from patients with early osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* 2006;14(12):1237-47
- Gomis A, Pawlak M, Balazs EA, Schmidt RF, Belmonte C. Effects of different molecular weight elastoviscous hyaluronan solutions on articular nociceptive afferents. *Arthritis Rheum.* 2004;50(1):314-26.
- Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(2):CD005321.
- Bannuru RR, Natov NS, Dasi UR, Schmid CH, McAlindon TE. Therapeutic trajectory following intra-articular hyaluronic acid injection in knee osteoarthritis: meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage.* 2011;19(6):611-9.
- Divine JG, Zazulak BT, Hewett TE. Viscosupplementation for knee osteoarthritis: a systematic review. *Clin Orthop Relat Res.* 2007;455:113-22.
- Zhang W, Doherty M, Arden N, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ES-CISIT). *Ann Rheum Dis.* 2005 May;64(5):669-81. Review. PubMed PMID: 15471891; PubMed Central PMCID: PMC1755499.
- Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP, et al. A consensus statement on the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) algorithm for the management of knee osteoarthritis-From evidence-based medicine to the real-life setting. *Semin Arthritis Rheum.* 2016 Feb;45(4 Suppl):S3-11. doi: 10.1016/j.semarthrit.2015.11.010. PubMed PMID: 26806188.
- Johal H, Devji T, Schemitsch EH, Bhandari M. Viscosupplementation in Knee Osteoarthritis: Evidence Revisited. *JBJS Rev.* 2016 Apr 5;4(4):e11-e111. doi: 10.2106/JBJS.RVW.15.00098. PubMed PMID: 27487425.
- de Campos GC, Rezende MU, Pailo AF, Frucchi R, Camargo OP. Adding triancinolone improves viscosupplementation: a randomized clinical trial. *Clin Orthop Relat Res.* 2013;471(2):613-20.



10º Congresso Paulista de **Geriatría e Gerontologia**

9º Simpósio das Ligas **Geriatría e Gerontologia**

6 a 8 de abril | 2017

Centro de Convenções Frei Caneca | São Paulo | SP

CIÊNCIA. EDUCAÇÃO. ATUALIZAÇÃO.

Serão três dinâmicos dias, um encontro pelo aprendizado e networking. Construimos este congresso com extremo cuidado, norteando-nos pela ciência de hoje para a sua prática clínica no amanhã.

Junte-se a nós, esperamos por você! Equipe GERP.17

AGENDE-SE!

APROVEITE ATÉ

20 MAR

**PARA FAZER A
SUA INSCRIÇÃO
COM DESCONTO**

CATEGORIA	ATÉ 20/03/2017	APÓS 20/03/2017 OU NO LOCAL
Associados adimplentes	R\$585	R\$650
Palestrantes	R\$300	R\$300
Profissionais não associados ou Associados inadimplentes	R\$845	R\$935
Residentes, especializados e pós-graduandos (*)	R\$585	R\$650
Alunos de graduação e Liga de Geriatría e Gerontologia	R\$240	R\$270

CONVIDADOS INTERNACIONAIS CONFIRMADOS




**JANET
LORD**




**JOHN E.
MORLEY**




**RYAN
WOOLRYCH**

Realização



gerp2017.com.br

Gerenciamento



Atenção: para as categorias de estudantes, será imprescindível encaminhar comprovante de categoria para inscricao@ccmew.com ou pelo Fax: (51) 3086 9101. Obs. Serão aceitos os seguintes comprovantes de categoria: • Carteirinha de estudante (frente e verso); • Declaração de matrícula ou frequência assinada e carimbada pela instituição de ensino ou trabalho; • Boleto quitado de mensalidade do semestre vigente da instituição de ensino.



Gisah Amaral de Carvalho

Professora associada de endocrinologia e metabologia, Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná; chefe da Unidade de Tireoide do Serviço de Endocrinologia e Metabologia da Universidade Federal do Paraná (SEMPR); presidente do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

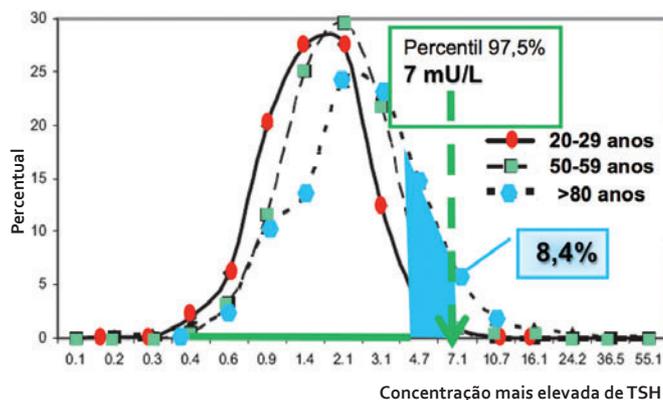
Hipotireoidismo subclínico no idoso

TAKE HOME MESSAGE

- O hipotireoidismo subclínico pode ser definido como leve-moderado quando os níveis séricos de TSH estão entre 4,5 e 9,9 mU/L e como grave quando esses níveis são ≥ 10 mU/L⁴.
- O HSC está associado a aumento de eventos cardiovasculares e mortalidade quando o TSH é ≥ 7 mU/L, e essa associação é ainda maior quando o TSH é ≥ 10 mU/L^{10,11}.
- Não se deve tratar os idosos de mais de 80 anos com TSH < 10 mU/L^{7,8}. Sugere-se tratar os pacientes de 65 a 80 anos de idade quando o TSH estiver entre 7 e 9,9 mU/L e houver sintomas ou riscos cardiovasculares. Nesse caso, os níveis-alvo de TSH variam de 4 a 6 mU/L^{7,8}.

Introdução

O diagnóstico de hipotireoidismo subclínico (HSC) é baseado na sensibilidade do eixo hipotálamo-hipófise-tireoide (eixo HHT). A secreção de TSH se modifica de forma logarítmica em relação às alterações aritméticas dos hormônios tireoidianos¹⁻³, e essas alterações no eixo HHT parecem ocorrer de modo individual e em idade específica. No hipotireoidismo subclínico os níveis séricos de TSH estão elevados na presença de níveis séricos normais dos hormônios tireoidianos³. O HSC pode ser definido como leve-moderado quando os níveis séricos de TSH estão entre 4,5 e 9,9 mU/L e como grave quando os níveis séricos de TSH são ≥ 10 mU/L⁷. Nos indivíduos saudáveis, os níveis séricos de TSH são mais elevados entre os idosos em comparação aos adultos jovens; com a idade, ocorre um desvio para a direita na curva de distribuição de TSH^{5,6}. (Figura 1)



Adaptada de Surks MJ, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2007;92:4:574-82.⁶

Figura 1 Distribuição de TSH por grupos etários nos EUA, excluindo-se os indivíduos com anticorpos positivos ou bócio

Sanofi

Sanofi

O valor de referência do TSH sérico normal em adultos é de 0,4 a 4,5 mU/L. No caso dos pacientes pediátricos e idosos é importante avaliar os valores de acordo com os intervalos de normalidade propostos para cada faixa etária⁷. O limite superior de normalidade do TSH até 65 anos é de 4,5 mU/L, de 65 a 85 anos é de 7 mU/L e de ≥85 anos é de 10 mU/L⁶⁻⁸.

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, de 70 anos, branca, engenheira, referia cansaço, queda de cabelo, dificuldade de efetuar cálculos, diminuição de memória e ganho de peso. Hipertensa, havia dois anos que fazia uso de valsartana 160 mg/dia. Pai falecido por infarto agudo do miocárdio aos 65 anos e mãe com hipotireoidismo. Ao exame físico apresentou-se em bom estado geral, com peso de 68 quilos, altura de 1,67 m e PA de 140 x 95 mmHg. A tireoide mostrava consistência firme, com discreto aumento de tamanho e peso aproximado de 30 gramas. A paciente apresentava psoríase nos cotovelos. Outros resultados de exames laboratoriais: TSH = 9 mU/L; T4 livre = 0,92 mU/L; anti-TPO = 500 UI/mL; colesterol total = 263 mg/dL; LDL = 158 mg/dL; HDL = 41 mg/dL; e triglicérides = 170 mg/dL.

Como se deve abordar essa paciente idosa com tais níveis séricos de TSH? O tratamento com levotiroxina deve ser instituído? Quais seriam os benefícios ou os prejuízos? Qual seria o nível-alvo de TSH?

Inicialmente a função tireoidiana deve ser reavaliada em intervalos de três a seis meses para confirmar ou não o diagnóstico de hipotireoidismo subclínico, considerando-se que uma parcela dessa população tem o seu TSH normalizado após um período de 12 a 24 meses de seguimento⁹. (Figura 2)

No caso clínico em questão, os exames foram repetidos e confirmaram o diagnóstico de HSC devido a tireoidite de Hashimoto. A paciente apresentava níveis elevados de colesterol LDL e história familiar de doença coronariana. O tratamento com levotiroxina reduz os eventos cardiovasculares e a mortalidade na população abaixo de 65 anos, especialmente quando o TSH é ≥7 mU/L, mas não existem evidências de que isso ocorra entre os indivíduos com mais de 65 anos^{10,11}. (Figura 3).

Na população maior de 80 anos, o HSC parece ter efeito protetor sobre o sistema cardiovascular, assim como sobre o humor e a cognição¹². Gussekloo et al. acompanharam 599 pacientes de 85 anos por cinco anos e observaram que a mortalidade foi menor entre os indivíduos com HSC¹³. (Figuras 4 e 5)

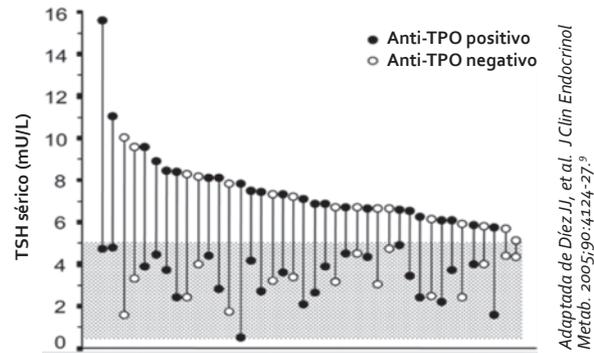


Figura 2 Normalização espontânea dos valores de TSH em pacientes com HSC

Adaptada de Diez J, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90:4124-27.⁹

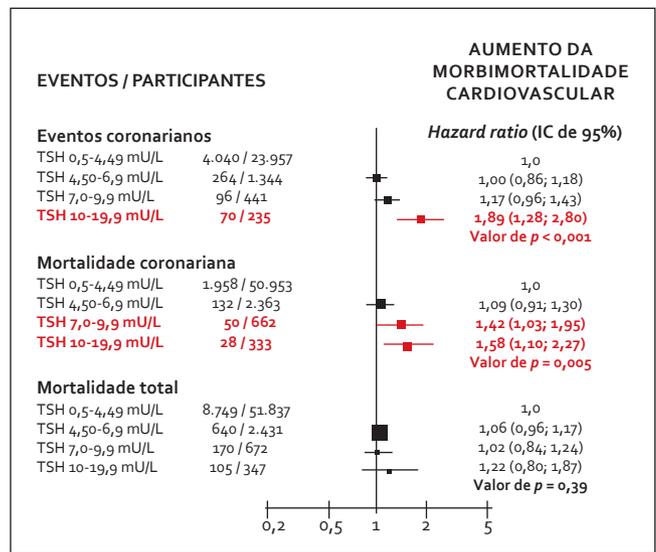


Figura 3 Risco de eventos coronarianos e de mortalidade cardiovascular ou total segundo os níveis de TSH

Adaptada de Rodondi N, et al. JAMA. 2010;304:1365-1374.¹¹

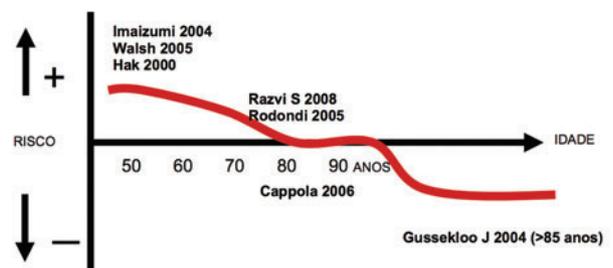


Figura 4 Risco de doença cardiovascular no HSC segundo a faixa etária

Biondi B, et al. Endocr Rev. 2008;29:76-131.¹²

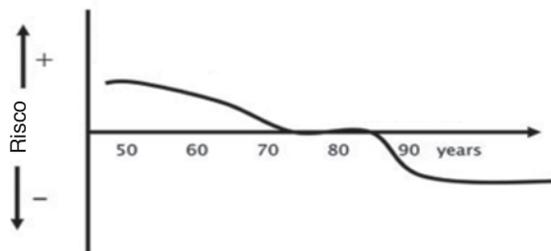


Figura 5 Mortalidade entre indivíduos ≥ 85 anos segundo os níveis de TSH

Biondi B, et al. *Endocr Rev.* 2008;29:76-131.¹²

Ainda não há evidências de melhora de sintomas, redução de eventos cardiovasculares e de mortalidade devido ao tratamento com levotiroxina em pacientes maiores de 65 anos, em especial os que têm mais de 80 anos¹⁰. O Consenso Brasileiro recomenda tratamento para todos os pacientes com TSH persistente e TSH ≥ 10 mU/L independentemente da idade e dos sintomas, assim como considera o tratamento caso os pacientes com TSH $>4,5$ e <10 mU/L e com idade ≤ 65 anos apresentem risco de progressão para hipotireoidismo clínico ou franco, doença cardiovascular preexistente ou risco cardiovascular (nestas duas hipóteses, para TSH ≥ 7 mU/L), além de sintomas de hipotireoidismo⁷. Entretanto, os idosos de 65 a 80 anos de idade com TSH >7 mU/L podem ser tratados tendo-se por alvo níveis de TSH de 4 a 6 mU/L⁸. Deve-se ter um cuidado especial para não supertratar esses pacientes idosos, uma vez que até

40% dessa população apresenta níveis de TSH $\leq 0,4$ mU/L, o que pode acarretar perda de massa óssea e arritmia, com aumento do risco após certo tempo de tratamento^{14,15}. No caso clínico em questão, já que a paciente, de 70 anos de idade, tinha sintomas e TSH de 9 mU/L, iniciou-se terapia com levotiroxina na dose de 25 microgramas por dia. O TSH atual é de 3,8 mU/L, e a paciente refere melhora dos sintomas.

Resumo e recomendações

O hipotireoidismo subclínico pode ser definido como leve-moderado quando os níveis séricos de TSH estão entre 4,5 e 9,9 mU/L e como grave quando esses níveis são ≥ 10 mU/L⁴.

Uma boa proporção de pacientes com HSC deverá desenvolver hipotireoidismo clínico⁷.

O HSC está associado a aumento de eventos cardiovasculares e mortalidade quando o TSH é ≥ 7 mU/L, e essa associação é ainda maior quando o TSH é ≥ 10 mU/L^{10,11}.

O tratamento do HSC com TSH ≥ 10 mU/L deve ser feito em todos os pacientes, independentemente da idade e da presença de sintomas⁷.

Não se deve tratar os idosos de mais de 80 anos com TSH <10 mU/L^{7,8}.

Sugere-se tratar os pacientes de 65 a 80 anos de idade quando o TSH estiver entre 7 e 9,9 mU/L e houver sintomas ou riscos cardiovasculares. Nesse caso, os níveis-alvo de TSH variam de 4 a 6 mU/L^{7,8}.

É preciso ter cautela para não supertratar esses pacientes! Deve-se iniciar o tratamento com doses pequenas e aumentá-las paulatinamente.

Referências bibliográficas

- Andersen S, et al. Narrow individual variations in serum T4 and T3 in normal subjects: a clue to the understanding of subclinical thyroid disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87:1068-72.
- Hansen PS, et al. Major genetic influence on the regulation of the pituitary-thyroid axis: a study of healthy Danish twins. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89:1181-87.
- Atzmon G, et al. Genetic predisposition to elevated serum thyrotropin is associated with exceptional longevity. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94:4768-75.
- Surks MI, et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA.* 2004;291:228-38.
- Surks MI, et al. Age- and race-based serum thyrotropin reference limits. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95:496-502.
- Surks MI, et al. Age-specific distribution of serum thyrotropin and antithyroid antibodies in the US population: implications for the prevalence of subclinical hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92:4574-82.
- Sgarbi JA, et al. Consenso brasileiro para a abordagem clínica e tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos: recomendações do Departamento de Tiroide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013;57(3): 166-183.
- Cooper D, et al. Subclinical thyroid disease. *Lancet.* 2012;379:1142-1154.
- Díez JJ, et al. Spontaneous normalization of thyrotropin concentrations in patients with subclinical hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90:4124-27.
- Raszvi S, et al. Levothyroxine treatment of subclinical hypothyroidism, fatal and nonfatal cardiovascular events, and mortality. *Arch Intern Med.* 2012;28:811-817.
- Rodondi N, et al. Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality. *JAMA.* 2010;304:1365-1374.
- Biondi B, et al. The clinical significance of subclinical thyroid dysfunction. *Endocr Rev.* 2008;29:76-131.
- Gussekloo J, et al. Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. *JAMA.* 2004;292:2591-2599.
- Somwaru LL, et al. High frequency of and factors associated with thyroid hormone over-replacement and under-replacement in men and woman aged 65 and over. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94:1342-1345.
- Blum MR, et al. Subclinical thyroid dysfunction and fracture risk. A meta-analysis. *JAMA.* 2015;313:2055-2065.



Aldeia de Emaús

RESIDENCIAL PARA IDOSOS

Com 28 anos de ciência, aperfeiçoamento e trabalho intenso na prestação de serviços, a Aldeia de Emaús oferece hospedagem e assistência aos idosos e descanso ao familiar cuidador. DayCare (Pró-Saúde) é um programa especialmente desenvolvido que permite o atendimento diário aos idosos e a prática de atividades diversas com equipe especializada, com retorno do idoso ao convívio familiar ao entardecer. Com o objetivo de desenvolver a socialização, a criatividade e o entretenimento, este Programa ajuda a preservar a dignidade, a qualidade de vida, a autonomia, além do bem-estar físico, psíquico, emocional e espiritual dos idosos.

28 ANOS

*Amor, carinho,
profissionalismo e
atenção à saúde
do idoso.*



www.aldeiaemaus.com.br



(15) 3236-6117 / 3013-3277
(15) 99819-5356



Av. Bandeirantes, 1297
Sorocaba / SP
Rodovia Raposo Tavares, km 91

Omissão terapêutica medicamentosa: um problema subestimado em geriatria

Por **Maria Cristina Guerra Passarelli***

Introdução

Artigos que têm como tema a prescrição medicamentosa em idosos costumam abordar principalmente assuntos como polifarmácia, medicamentos potencialmente inapropriados e seus critérios, interações medicamentosas, eventos adversos e aderência a medicamentos. No entanto, a omissão terapêutica é problema de igual magnitude e muito menos explorado.

Define-se omissão terapêutica ou subutilização de medicamentos como a não prescrição de um medicamento indicado para tratamento ou prevenção de uma determinada doença ou condição, indicação esta bem subsidiada por diretrizes ou consensos, quando não há contraindicações conhecidas. A omissão terapêutica tem sido associada com maior morbidade e mortalidade e com piora da qualidade de vida na população idosa, sendo considerada uma causa evitável dessas graves complicações. Sua prevalência equivale à da polifarmácia, acometendo de 44% a 57% dos pacientes hospitalizados, 23% dos ambulatoriais e até 61% dos institucionalizados.

Causas de omissão terapêutica

A principal causa descrita é, simplesmente, o desconhecimento, o que torna a abordagem desse assunto ainda mais relevante. Existe a possibilidade, por parte do médico, do desconhecimento da doença em si, das recomendações mais recentes da literatura e até dos medicamentos mais adequados disponíveis. Vale inclusive comentar que é mais fácil, principalmente para os profissionais mais jovens, reconhecer que, para determinados pacientes, há muitos medicamentos prescritos (polifarmácia), ou que o emprego daqueles medicamentos pode ter maior risco em idosos (medicamentos potencialmente inapropriados). Muito mais difícil é identificar que existe uma patologia não diagnosticada e que não está sendo adequadamente tratada.

É ainda importante lembrar que os médicos, até mesmo os geriatras, podem ser relutantes em prescrever muitos medicamentos para idosos devido ao receio de reações adversas, de interações e de má aderência provocadas pela complexidade do regime terapêutico. A gravidade da doença e o comprometimento da funcionalidade constituem boa medida de associação com omissão terapêutica, supondo-se que exista receio na introdução de esquemas terapêuticos complexos em idosos frágeis.

A situação conhecida como “etarismo” também desempenha importante papel na omissão terapêutica. Por “etarismo” (tradução do termo inglês *ageism*, que não tem equivalente em português) compreende-se a não adoção para um paciente idoso de certas condutas consideradas mais invasivas ou agressivas, simplesmente pelo fato de o indivíduo ser idoso, mesmo que não existam contraindicações e que tais condutas possam trazer benefícios. Idosos estão sob risco de receber menos quimioterápicos, de realizar menos procedimentos dialíticos e cirúrgicos, bem como menos trombólises e angioplastias. Na década de 1980, quando surgiu o primeiro trombolítico a ser empregado no Brasil – a estreptoquinase –, ter mais de 75 anos chegou a ser considerado critério de exclusão para participar de ensaios clínicos! Ainda hoje, infelizmente, há poucos trabalhos com novos medicamentos que envolvam indivíduos idosos.

É interessante ainda constatar que os pacientes sob maior risco para omissão terapêutica são justamente aqueles com polifarmácia. De fato, parece que esses dois conceitos estão relacionados, como foi descrito por Blanco-Reina e colaboradores, em 2015, que avaliaram 407 pacientes idosos (79,3 anos em média) provenientes da comunidade, observando que a prevalência de polifarmácia e de omissão terapêutica era de 45% e de 41,8% respectivamente, sendo que o Índice de Charlson foi considerado fator de risco significativo para ambas as situações. Resultados como esse parecem sugerir que idosos portadores de multimorbidades estão, ao mesmo tem-

po, sujeitos tanto a esquemas terapêuticos complexos quanto à omissão do tratamento de determinadas doenças.

Finalmente, é necessário comentar que, em certos cenários, a pressão de gestores para redução de custos e equacionamento de recursos também é fator que influi na prescrição medicamentosa e na omissão terapêutica em idosos.

Tipos mais comuns de omissão terapêutica

As omissões mais prevalentes são descritas no tratamento da insuficiência cardíaca com inibidores da enzima conversora e betabloqueadores, na antiagregação plaquetária nos pacientes portadores de doença arterial coronária, na prescrição de anticolinesterásicos para idosos demenciados e, principalmente, no tratamento adequado da osteoporose. No caso específico da osteoporose, há relatos de até 76% de pacientes idosas com fratura osteoporótica que não receberam tratamento algum e de apenas 2% tendo recebido o tratamento ideal! Tais dados tornam-se ainda mais preocupantes à luz de estudos que têm mostrado a redução de taxas de fratura osteoporótica em mais de 50% com o tratamento adequado. Jennings e colaboradores, em artigo publicado em 2010, avaliaram 51.436 pacientes com idade igual ou maior que 65 anos com fratura de fêmur osteoporótica em 318 hospitais, observando que apenas 7,3% receberam terapia antirreabsortiva, ao passo que suplementos de cálcio e vitamina D foram prescritos para somente 6,6% desses idosos. Prevalências de tratamento como essas são inaceitavelmente baixas, e, portanto, torna-se necessário o conhecimento de técnicas e de instrumentos que possam levar ao seu incremento.

Instrumentos para determinação de omissão terapêutica

Até recentemente, a subutilização de medicamentos era avaliada por meio de definições inconsistentes e com foco apenas na omissão terapêutica de medicamentos selecionados para doenças específicas. Em 2008, foram validados na Irlanda dois novos critérios para determinação de medicamentos potencialmente inapropriados para pacientes idosos: o critério STOPP, (Screening Tool of Older Person's Prescriptions), que não será abordado neste artigo, e o START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment), para identificação de omissão terapêutica. Tais critérios, estabelecidos por consenso Delphi entre 18 panelistas da Irlanda e do Reino Unido, atualizados em 2015 e reproduzidos na Tabela 1, contemplam 34 tipos possíveis de omissões terapêuticas em idosos baseadas em evidências da literatura.

Desde a sua publicação, a aplicabilidade do critério START tem sido amplamente demonstrada. Em 2007, Barry e colaboradores avaliaram a prevalência de omissão terapêutica em 600 idosos hospitalizados, encontrando 57,8% de não uso de um ou mais medicamentos sem contraindicação, sendo as omissões mais frequentes a não prescrição de estatina na doença arterial coronária, de anticoagulante oral na fibrilação atrial e de suplementos de cálcio e vitamina D na fratura osteoporótica; o fator de risco significativo para omissão terapêutica neste artigo foi idade igual ou maior que 85 anos (OR 2,08). Já Ryan e colaboradores, em 2009, aplicaram o critério START em 1.329 pacientes idosos da comunidade, constatando 22,7% de omissão terapêutica, com maior prevalência para a não prescrição de aspirina na aterosclerose e de suplementos de cálcio e vitamina D na osteoporose. Pacientes com distúrbios psiquiátricos hospitalizados também já foram estudados, como pode ser visto no trabalho de Lang e colaboradores, de 2010, no qual se avaliaram 150 pacientes idosos com depressão moderada a severa, dentre os quais 65% apresentaram não prescrição de medicamentos, destacando-se a ausência de antidepressivos em 20% e de suplementos de cálcio e vitamina D em 18%. Nesse trabalho, o número de comorbidades segundo o índice de Charlson foi considerado fator de risco para a omissão terapêutica (OR 1,79). O índice de Charlson foi novamente encontrado como fator de risco de subutilização de medicamentos, com OR de 2,18, no estudo de Castillo-Páramo e colaboradores, publicado em 2014, que encontrou prevalência de 45,9% em pacientes idosos hospitalizados, sendo a omissão terapêutica mais frequente a de cálcio e vitamina D na osteoporose. O grupo de Olivia Dalleur (2012) realizou estudo transversal com casuística equivalente a 302 idosos frágeis hospitalizados (idade média igual a 84 anos), encontrando omissão terapêutica em 62,9% dessa população, sendo ainda observada relação significativa entre admissão por fratura osteoporótica e subutilização de medicamentos ($p < 0,001$). Mesmo em artigos recentes, a omissão de suplementos de cálcio e vitamina D ainda é observada, como em trabalho publicado em 2015, no qual Moriarty e colaboradores, avaliando coorte prospectiva de 2.051 pacientes com idade média de 74,8 anos através do critério START, observaram a não utilização desse tipo de suplemento em 14,7% dos pacientes portadores de osteoporose.

O critério START também já foram utilizados em estudos randomizados controlados, como o de Gallagher e colaboradores, publicado em 2011. Nesse estudo, foram randomizados 400 pacientes hospitalizados com idade igual ou maior que

SBGG-SP HOJE

65 anos para receber cuidados farmacêuticos usuais ou aplicação do critério START, seguida de intervenção conforme os achados encontrados. O grupo controle apresentou prevalência de 37% de omissão terapêutica à admissão e manteve 33% no momento da alta, ao passo que, no grupo intervenção, essas prevalências foram de, respectivamente, 35,8 e 4,2%. A não prescrição de estatinas na doença arterial coronária, de anticoagulantes na fibrilação atrial e de suplementos de cálcio e vitamina D na osteoporose foram as omissões terapêuticas mais frequentes nos dois grupos avaliados.

Outra ferramenta disponível para avaliação de não prescrição de medicamentos em idosos é denominada AOU (Assessment of Underutilization), utilizada principalmente por farmacêuticos. Empregando esse instrumento, Wright e colaboradores avaliaram 384 idosos hospitalizados no momento da alta e constataram que em 238 deles (62%) havia omissão terapêutica, sendo os menos prescritos os nitratos nos portadores de doença arterial coronária e os anticolinérgicos inalatórios nos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Nesse trabalho, ter recebido alta de uma enfermaria clínica reduziu significativamente o risco de omissão terapêutica (OR 0,61) em relação àqueles provenientes de uma enfermaria cirúrgica.

Intervenções para controle da omissão terapêutica

Incrementar a qualidade da prescrição medicamentosa para idosos é um dos grandes desafios da medicina geriátrica, e, como se observou, a redução da prevalência de omissão terapêutica torna-se essencial. Um dos métodos descritos é a intervenção por parte do farmacêutico. Gillespie e colaboradores, em 2013, publicaram um ensaio clínico randomizado demonstrando que a intervenção farmacêutica, caracterizada pela revisão do regime terapêutico de 368 pacientes idosos hospitalizados, bem como a reconciliação entre os medicamentos pres-

critos no momento da admissão e da alta e a participação do farmacêutico nas visitas médicas, reduziu em 21% a prevalência de subutilização de medicamentos, em relação a 4% no grupo controle. Achados como esse reforçam a importância da presença do farmacêutico na equipe multidisciplinar.

Outro tipo de intervenção que tem sido estudado é o uso da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Em 2010, o grupo da geriatra e pesquisadora holandesa Linda Tulner demonstrou que a aplicação da AGA poderia influir favoravelmente na omissão terapêutica, avaliando 516 pacientes idosos provenientes da comunidade. Antes da AGA, a prevalência de subutilização de medicamentos nessa população era de 32,9%, prevalência esta que caiu para 22,3% após a aplicação da AGA. Exemplos de condições clínicas cujo tratamento foi otimizado após a AGA incluíram a prescrição de bifosfonados em pacientes em uso crônico de corticoides e de inibidores da bomba de prótons em pacientes que recebiam anti-inflamatórios não hormonais. Já um estudo de 2004, este executado por Schmader e colaboradores, demonstrou redução significativa ($p < 0,0001$) de omissão terapêutica em 834 pacientes submetidos à Avaliação Geriátrica Ampla.

Espera-se portanto que, através do conhecimento das ferramentas disponíveis e, principalmente, dos pacientes sob maior risco e das doenças mais frequentemente envolvidas, seja possível haver no futuro maior controle da omissão terapêutica medicamentosa em idosos.

Maria Cristina Guerra Passarelli Professora doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; professora da Disciplina de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do ABC; médica assistente do Serviço de Geriatria do HC-FMUSP

Referências bibliográficas

1. Andrade SE, Majumdar SR, Chan KA, Buist DS, et al. Low frequency of treatment of osteoporosis among postmenopausal women following a hip fracture. *Arch Intern Med* 2003; 163(17):2052-7.
2. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'Mahony D. START (Screening Tool to Alert doctors To Right Treatment): an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age and Ageing* 2007; 36: 632-38.
3. Blanco-Reina E, Ariza-Zafra G, Ocana-Riola R, Leon-Ortiz M, et al. Optimizing elderly pharmacotherapy: polypharmacy vs undertreatment. Are these two concepts related? *Eur J Clin Pharmacol* 2015; 71:199-207.
4. Bungard TJ, McAlister FA, Johnson JA, Tsuyuki RT. Underutilisation of ACE inhibitors in patients with congestive heart failure. *Drugs Aging* 2001; 61(14): 2021-33.
5. Castillo-Paramo A, Claverio A, Gonzales AV, Serranillos RG, et al. Inappropriate prescribing according to the STOPP/START criteria in older people from a primary care setting. *Eur J Gen Pract* 2014; 20(4): 281-89.
6. Dalleur O, Spinewine A, Henrard S, Losseau C, et al. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. *Drugs Aging* 2012; 29:829-37.
7. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus Validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008; 46(2):72-83.
8. Gallagher P, O'Connor MN, O'Mahony D. Prevention of Potentially Inappropri-

ate Prescribing for Elderly Patients: a randomized controlled trial using STOP/START criteria. Clin Pharmacol Ther 2011; 89(6): 845-54.

9. Gillespie U, Alassaad A, Udenaes MH, Morlin Claes, et al. Effects of pharmacists' interventions on appropriateness of prescribing and evaluation of the instruments (MAI, STOPP and START) to predict hospitalization: analyses from a randomized controlled trial. PLOS ONE 2013; 8: e62401.

10. Jennings LE, Auerbach AD, Maselli J, Pekow OS, et al. Missed opportunities for osteoporosis treatment in patients hospitalized for hip fracture. J Am Geriatr Soc 2010; 58(4): 650-57.

11. Johnell K, Fastbom J. Undertreatment of osteoporosis in the oldest old? A nationwide study of over 700.000 older people. Arch Osteoporos 2009; 4:17-23.

12. Kuijpers MA, van Marum RJ, Egberts ACG, Jansen PA, et al. Relation between polypharmacy and underprescribing. Br J Clin Pharmacol 2007; 65:130-33.

13. Kuzuya M, Masuda Y, Hirakawa Y, Iwata M, et al. Underuse of medications for chronic diseases in the oldest of community-dwelling older frail Japanese. J Am Geriatr Soc 2008; 54:598-605.

14. Lang PO, Hasso Y, Drame M, Vogt-Ferrier N, et al. Potentially inappropriate prescribing including under-use amongst older patients with cognitive or psychiatric co-morbidities. Age and Ageing 2010; 39: 373-81.

15. Masoudi FA, Rathore SS, Yongfei W, Havranek EP, et al. National patterns of use and effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors in older patients with heart failure and left ventricular systolic dysfunction. Circulation 2004; 110: 724-31.

16. Moriarty F, Bennett K, Fahey T, Kenny RA, et al. Longitudinal prevalence of potentially inappropriate medicines and potential prescribing omissions in a cohort of community-dwelling older people. Eur J Clin Pharmacol 2015; 71: 473-82.

17. O'Mahony D, O'Sullivan DO, Byrne S, O'Connor MN, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age and Ageing 2015; 44: 213-18.

18. Packer M, Coats AJS, Fowler MB, Katus HA, et al. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. N Engl J Med 2001; 344(22): 1651-58.

19. Peron EP, Marcum ZA, Boyce R, Hanlon JT, et al. Year in review: medication mishaps in the elderly. Am J Geriatr Pharmacother 2011; 9(1): 1-10.

20. Ryan C, O'Mahony D, Kennedy J, Weedle P, et al. Potentially inappropriate prescribing in an Irish population in primary care. Br J Clin Pharmacol 2009; 68(6): 936-47.

21. Schmader KE, Hanlon JT, Pieper CF, Sloane R, et al. Effects of Geriatric Evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly. Am J Med 2004; 116: 394-401.

22. Stafford RS, Monti V, Ma J. Underutilization of aspirin persists in US ambulatory care for the secondary and primary prevention of cardiovascular disease. PLoS Medicine 2005; 2: e353.

23. Sloane PD, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Roth M, et al. Medication undertreatment in assisted living settings. Arch Intern Med 2004; 164: 2031-37.

24. The I.S.A.M Study Group. A prospective trial of intravenous streptokinase in acute myocardial infarction: mortality, morbidity and infarct size at 21 days. N Engl J Med 1986; 314(23): 1465-71.

25. Tulner LR, van Campen JP, Frankfort SV, Koks CHW, et al. Changes in under-treatment after comprehensive geriatric assessment: an observational study. Drugs Aging 2010; 27(10): 831-43.

26. Whitehead A, Perdomo C, Pratt RD, Birks J, et al. Donepezil for the symptomatic treatment of patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a meta-analysis of individual patient data from randomized controlled trials. Int J Geriatr Psychiatry 2004; 19: 624-33.

27. Wright RM, Sloane R, Pieper CF, Ruby-Scelsi C, et al. Underuse of indicated medications among physically frail older US veterans at the time of hospital discharge: results of a cross-sectional analysis of data from the Geriatric Evaluation and Management Drug Study. Am J Geriatr Pharmacother 2009; 7(5): 271-80.

Aptare

GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS

Aproximando o profissional clínico da geriatria e da gerontologia

Na revista *Aptare* você vai encontrar:

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



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

Novos modelos de atendimento à saúde

Por **Luciana Rodriguez**



Ao longo das últimas décadas vivenciamos uma mudança no padrão demográfico de nosso país. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a expectativa de vida aumentou e o número de idosos tem se tornado cada vez maior, o que se deve também a uma redução significativa da taxa de crescimento populacional. Dessa forma, tivemos também uma alteração no perfil epidemiológico do brasileiro e visivelmente houve um aumento na busca por uma saúde mais adequada, com foco na qualidade de vida e prevenção de doenças. Os idosos, parcela cada vez mais expressiva de nossa população, requerem um atendimento diferenciado, que, muitas vezes, não tem sido alcançado através dos convênios médicos ou da saúde pública.

Entre as problemáticas questões relacionadas ao Sistema Único de Saúde e à saúde suplementar surge um novo modelo de saúde, com uma proposta que foge dos padrões a que estamos habituados. De modo geral, trata-se de um modelo que prioriza um atendimento mais humanizado e com preços mais acessíveis, tudo isso aliado à agilidade e a outros recursos da tecnologia.

O Doutor Já é um desses novos sistemas de atendimento. Segundo o diretor executivo da empresa, Gustavo Valente, o Doutor Já surgiu inspirado em um site americano chamado ZocDoc. “Após vários tipos de estudos, nós começamos a “tropicalizar” o site. Mudamos completamente o rumo e o foco do site/app (www.doutorja.com.br). O funcionamento dele é feito da seguinte forma: os médicos colocam seus horários disponíveis com um preço acessível e os pacientes navegam no site à procura de uma consulta. Após escolher o horário, o paciente tem a possibilidade

de fazer o agendamento online”, explica.

Gustavo ressalta que o objetivo principal é alcançar aquele grupo de pessoas que não possuem um plano de saúde. “Hoje, muitos netos e netas já marcam consultas para seus avós. Há uma grande demanda do setor público e muitas filas no SUS, e com o Doutor Já esses pacientes conseguem um atendimento mais rápido por um preço acessível”, conta.

O diretor da empresa lembra que hoje a inserção desse tipo de atendimento na cultura brasileira é um grande desafio. “Embora a desconfiança do usuário brasileiro ainda seja grande em relação a essa nova tendência da saúde que está surgindo, já temos observado um aumento de novos usuários. A vantagem é ter um ambiente para fazer as marcações de consultas e achar um médico. Infelizmente, muitos pacientes estão perdidos, sem saber o que fazer, e o SUS não está conseguindo dar conta da demanda. Existe uma dificuldade muito grande para se comunicar com a população no Brasil. O custo é muito elevado para atingir um grande número de pessoas”, expõe.

Marcos Fumio Koyama, representante do Dr. Consulta, que também segue essa nova tendência de atendimento, revela que a rede de centros médicos da empresa surgiu em 2011 a partir de um desejo do médico Thomaz Srougi de oferecer serviços de saúde de qualidade ao menor custo possível, ou seja, de forma acessível. “O agendamento é feito pelo site www.dr.consulta.com ou pelo telefone. Ao todo, são 29 unidades com localização estratégica nos bairros, o que torna o acesso aos centros médicos mais fácil para milhares de pessoas da região metropolitana de São Paulo, incluindo a região do ABCD, e de cidades próximas, como Capão Redondo, Mauá, Guarulhos e Taboão da Serra”, explica.

De acordo com Fumio, a rede tem uma equipe de mais de 900 médicos, que trabalham com suporte de alta tecnologia para exames, o que permite diagnósticos e tratamentos mais adequados. Além disso, todas as unidades do Dr. Consulta têm um sistema de prontuário eletrônico para ser utilizado pelos médicos, o que significa que as informações sobre a saúde dos pacientes são atualizadas a cada exame e durante as consultas. “Todas essas informações nos ajudam a monitorar e acompanhar a saúde do paciente, fornecendo informações que podem, inclusive, permitir que as pessoas previnam doenças. Isso ajuda

a ter uma visão mais integral de cada pessoa e, no caso dos pacientes idosos, facilita bastante durante a consulta, porque o paciente não precisa se preocupar em levar anotações ou relembrar seu histórico de saúde. O uso do prontuário eletrônico associado à presença da nossa equipe de pré-atendimento (enfermeiros e técnicos de enfermagem) em cada unidade faz com que o tempo de consulta seja maior que nos planos de saúde, por exemplo. Antes de entrar no consultório médico, a equipe de pré-atendimento cuida de exames preliminares do paciente. Por isso, o tempo em consultório é mais bem aproveitado tanto pelo médico quanto pelo paciente”, conta.

Ganhos para o paciente

Outro importante aspecto considerado por Fumio foi a questão do deslocamento do idoso. “Sabemos que nem sempre é fácil para os idosos se deslocarem. A localização de fácil acesso das unidades ajuda as famílias a resolver esse problema. Cuidar da saúde de forma adequada traz mais qualidade de vida e bem-estar às pessoas. O atendimento na rede Dr. Consulta é focado em resolver os problemas de saúde dos pacientes, pois estamos preparados para atender aqueles que têm doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, ou que precisam de orientação e tratamento para prevenir essas patologias. Os médicos, a estrutura das unidades (que reúnem 45 especialidades e mais de mil exames de sangue, diagnóstico por imagem e outros) e o suporte de tecnologia e análise de dados nos ajudam a promover saúde para as pessoas e a prevenir doenças. Vale ressaltar que a rede também tem parceiros hospitalares e já faz mais de 100 tipos de cirurgia para que os pacientes concluam o tratamento com o suporte dessas estruturas, caso necessário”, pontua.

“Os pacientes têm muitos ganhos. Sabemos que o mercado de saúde caminha para mudanças grandes nos próximos anos. Tanto no Brasil quanto em outros países, a tendência é que as pessoas tenham planos ou seguros de saúde somente para uso emergencial ou hospitalar. Temos uma estimativa do mercado de saúde que mostra que mais de 150 milhões de pessoas não têm assistência adequada em saúde. A rede Dr. Consulta reúne inteligência em saúde e um amplo número de serviços que dão respostas para parte dessa população que vive em São Paulo. Hoje, 20% dos nossos pacientes têm plano de saúde e recorrem à rede Dr. Consulta para agendar com mais agilidade e ter acesso a serviços de qualidade. A rede permite que as pessoas cuidem por completo da saúde com consultas, exames e cirurgias nos níveis de baixa e média complexidade. É importante destacar que o paciente pode agendar com o mesmo profissional sempre, o que as pessoas valorizam bastante, em especial os idosos”, acrescenta Fumio.

O Dr. Consulta é parte do Projeto Visão de Sucesso, uma iniciativa da Endeavor que fomenta o empreendedorismo de impacto social. Recebeu o prêmio Trip Transformadores 2015 pelo trabalho de promover o avanço coletivo e foi reconhecido na categoria Empreendedorismo da premiação “Excelência da Saúde”, da revista *Healthcare Management* no mesmo ano. Recebeu ainda o Prêmio Lide de Empreendedorismo 2015, o Men of the Year da revista *GQ Brasil* e empresa de Maior Impacto Social no Latam Founders Awards 2016.

Orientação e acessibilidade

Outro exemplo nesse segmento é o Docbot (www.facebook.com/myDocbot/). Daniel Lindenberg, empreendedor do setor de tecnologia e saúde, contou um pouco sobre como surgiu a ideia de criar o DocBot. “Entendemos que as pessoas buscam na internet orientação e encaminhamento das suas questões em saúde, só que não encontram. Plataformas como WhatsApp, Facebook e Google apenas oferecem conteúdos desestruturados que podem confundir, gerando mais ansiedade e medo. O Docbot está disponível para todos os que têm acesso ao Facebook, algo em torno de 90 milhões de brasileiros. Lançamos o serviço na plataforma do Facebook para garantir a acessibilidade de um grande número de pessoas. Funciona tanto no celular quanto na web. O Docbot é um robô que tem como objetivo ser um assistente de saúde e bem-estar. Através dele as pessoas podem fazer desde uma avaliação de sintomas até o agendamento de uma consulta”, explica.

“As pessoas precisam e desejam orientação e encaminhamento. Em saúde não é diferente. Porém, a internet muitas vezes representa um desafio grande para os idosos, já que a tecnologia surgiu em suas vidas há pouco tempo e gera uma dificuldade ao mesmo tempo em que dá a oportunidade de acesso a um mundo de informações. O Docbot, na figura de um assistente pessoal de saúde e bem-estar, ajuda os idosos na medida em que, por meio de uma solução denominada end-to-end, acompanha esse idoso desde o momento da dúvida até o agendamento de uma consulta, se houver essa necessidade. O atendimento médico domiciliar ou a orientação remota representam conforto e segurança para o idoso que, por algum motivo, tenha a capacidade de mobilidade reduzida. Também representa conveniência para as famílias, que muitas vezes se veem comprometidas em sua agenda de trabalho quando necessitam acompanhar os idosos em consultas médicas”, ressalta.

Por fim, Daniel salienta que acredita firmemente que soluções tecnológicas têm que ser pensadas como oportunidades de inclusão social em todas as faixas etárias, mas sobretudo precisam disponibilizar uma atenção especial para os idosos.

A BELEZA DOS CORPOS IDOSOS

Imagens: divulgação



A fotógrafa Jade Beall ficou conhecida por seu projeto sobre mulheres grávidas e amamentando. Fazendo uso das redes sociais, especialmente Instagram, suas imagens foram amplamente divulgadas e em 2014 ela reuniu as melhores num

livro intitulado *The Bodies of Mothers: A Beautiful Body Project*, que lhe rendeu reconhecimento internacional.

Seu projeto atual é igualmente verdadeiro. *Beautiful Bodies of Elders* é uma série de fotografias com idosos, cujo objetivo é mostrar a beleza dos corpos mais velhos. Segundo ela, mostrar fotos de corpos idosos é revolucionário – especialmente de mulheres nuas e orgulhosas. “Quando começamos a concordar que envelhecer é vergonhoso? Que nossos corpos se tornam ‘nojentos’? Quando ficamos obcecados com a ideia de que, como idosos, devemos nos esforçar para ser mais jovens? Quando esquecemos que esses corpos não são para os outros, mas são nossa própria criação divina para manifestar os sonhos de nossos corações?”, diz ela. Para ver as imagens, acesse: www.jadebeall.com/index

ADOTE UM AVÔ



Ao visitar seu avô numa ILPI na cidade de Madri, o espanhol Alberto Cabanes conheceu Bernardo, também residente da instituição. Bernardo não tinha filhos, mas expressava a vontade de ter netos que fossem visitá-lo no Natal.

Diante daquele senhor órfão de netos, Cabanes teve a ideia de criar o projeto Adote um Avô, cujo objetivo é levar companhia a idosos que vivem em ILPIs e não recebem visita de familiares. Desde que começou, a iniciativa já conta com 204 voluntários e com mais de mil idosos adotados.

“Tive a sorte de ser criado pelos meus avós e de aprender com eles valores impagáveis. Ninguém merece estar só. E nos lares há muita solidão”, explicou Cabanes ao jornal *El Mundo*. A ação já foi implementada em outras cidades da Espanha e está começando a fazer parcerias com escolas. Para saber mais, acesse: <https://www.adoptaunabuelo.org/>

MESTRE DO PHOTOSHOP



Kimiko Nishimoto é uma senhora japonesa que se tornou mestre em usar o Photoshop para se colocar em situações inusitadas e engraçadas. Embora tenha aprendido a usar a câmera apenas aos 71 anos, a avó – que hoje tem 88 anos – fez cursos de edição digital para manipular as imagens. Ela passou então a tirar fotos dela mesma e a editá-las em trabalhos de arte criativos, que eram absolutos hits na internet.

Depois de ter sido reconhecida por suas habilidades, o improvável aconteceu: a Adobe, dona do Photoshop, a contratou como sua “diretora de arte para a criação dos cartões de Ano Novo 2017”, já que a tradição de enviar cartões de Ano Novo continua forte no Japão. Usando seus trabalhos como parte da campanha para o Adobe Creative Cloud, a empresa fez um vídeo com Kimiko desenvolvendo seus próprios cartões, para provar como é fácil usar o software.

Como 2017 é o ano do galo no calendário lunar, vários dos cartões criados por Kimiko têm pássaros, e em situações bem pouco usuais. Para conhecer outros trabalhos de Kimiko-san, acesse: kimikosan.exblog.jp/

Pequenos gestos, imensa diferença

Pelo segundo ano consecutivo a revista *Aptare – Geriatria e Gerontologia para Especialidades Clínicas* organizou a campanha de arrecadação de fraldas para a Casa dos Velhinhos Dona Adelaide, em São Bernardo do Campo. A entidade filantrópica, fundada em 1986, cuida hoje de 35 idosos. Confira a seguir como foi o dia da entrega, em 21 de dezembro de 2016:

“Hoje pela manhã fizemos a entrega das fraldas arrecadadas para a Casa dos Velhinhos Dona Adelaide, em São Bernardo do Campo. É o segundo ano que organizamos essa ação e, como em 2015, saímos de lá com o coração cheio de alegria e com a certeza de que juntos podemos MUITO. De pacote em pacote, de lenço em lenço, de absorvente em absorvente, é possível fazer uma diferença imensa na vida de cada um dos 35 idosos acolhidos pela casa.

E que acolhimento! Dá gosto ver o engajamento e o carinho da equipe com cada morador – é nos pequenos detalhes que a gente percebe como o idoso é tratado com amor e dignidade. Os residentes da Casa dos Velhinhos Dona Adelaide são idosos em situação de vulnerabilidade – seja violência física, seja dificuldade financeira. Lá, eles encontram um lugar seguro, onde são recebidos com respeito e afeto. É uma satisfação enorme poder ajudar, mesmo que um pouquinho, esse trabalho tão bonito.

A crise deste ano também afetou nossa campanha, mas os números não nos decepcionaram: foram arrecadadas quase 2 mil unidades de fraldas e 240 unidades de absorventes, além de itens como lenços umedecidos e artigos de higiene.

Tudo isso só foi possível graças a vocês, que tão generosamente participaram desta campanha e se juntaram a nós nesse grande abraço coletivo! Repito, de pouquinho em pouquinho dá para fazer MUITA coisa. Essa ação é a maior prova disso. Em nome da revista *Aptare* e da Casa dos Velhinhos Dona Adelaide: obrigada, obrigada, obrigada, de coração”.

Fotos: Debora Alves



Equipe da Casa dos Velhinhos Dona Adelaide

Adriana Roldan	Lilian Liang
Adriana Sakamoto	Lilly Ayub
Alexandre e Daniela Miguez	Sra. Liu
Alice Liang	Lu Buffet
Andrea Giordano	Marcelo Fugimoto
Angela Almeida	Marco Antonio Jorge
Bela Idade	Marcus Cacais
Camila Cazerta	Margarete Elias
Carla Girolamo	Mayumi Shukuzawa
Carmem Castano	Noelita Hwu
Cristiane Pomeranz	Paula Akiti
Cristine Romero	Renata Cassar
Debora Alves	Renô Bertolucci
Denise Mazzaferro	Sisina e Aniella Vaz
Eliana Fagundes (Lica)	Sylvia Barreiros
Francielle De Meneck	Teresa Barreto
Francisco Leonardo	Ursula Segal
Isabella Quadros	Valéria Spakauskas
Jean Pierre Verdaguer	Vania Morales
Joyce Rodrigues	Zeca Liang

RADAR :: lançamentos e notícias do mercado de saúde

PARCERIAS NA ONCOLOGIA



**Hospital
Santa Catarina**

O **Hospital Santa Catarina**, em São Paulo, ampliou sua área de tratamentos oncológicos e vem firmando parcerias para trazer ainda mais segurança e agilidade em testes genéticos. A partir de agora, a instituição contará com exames de análises genéticas, indicados para pessoas que têm histórico familiar de câncer, e exames de mapeamento genético do câncer, que permitem ao médico verificar quão eficaz a quimioterapia pode ser no tratamento do câncer de mama.

O exame de análise genética é realizado pela empresa Inteligene Genética Integrada, que também disponibiliza aos pacientes do hospital o PROSIGNA (PAM50), teste genético indicado para mulheres com câncer de mama em estágio inicial. Já o exame Oncotype DX®, realizado pelo laboratório Fleury em parceria com a empresa norte-americana Genomic Health Inc., é um mapeamento genético do câncer que identifica as pacientes que realmente se beneficiarão da quimioterapia para a cura da doença.

Para o coordenador do Centro de Oncologia do hospital, Antonio Cavaleiro de Macedo, “as parcerias qualificam a assistência ao paciente com câncer, garantindo acesso mais rápido e preciso às informações relevantes para a tomada de decisões clínicas”.

UNIDADE NA ZONA LESTE



A **Cora Residencial Senior** vai inaugurar no início de abril sua primeira unidade na Zona Leste. A Cora Ta-

tuaupé tem 170 leitos (individuais, duplos e triplos) e dispõe de infraestrutura completa para estimular o desenvolvimento físico-cognitivo dos idosos, que inclui cinema, jogos, ginástica, terapia ocupacional e oficinas. Além disso, a rede oferece equipe assistencial 24 horas a todos os residentes.

“Estamos animados com a inauguração da nossa unidade no Tatuapé. Sabemos que essa opção de serviço irá auxiliar os idosos que moram não só neste bairro, mas também na Mooca, Brás, Belém, Pari e Água Rasa, que correspondem a mais de 17% da população dessa região”, afirma Ricardo Soares, presidente da empresa. “Queremos contribuir de maneira significativa para a qualidade de vida na terceira idade.”

A Cora já possui quatro unidades na cidade de São Paulo, situadas nos bairros Vila Hamburguesa, Ipiranga, Campo Belo e Jardins.

CERTIFICAÇÃO TOP EMPLOYERS BRASIL 2017



A **Sanofi** recebeu no início de fevereiro o certificado do Top Employers Institute, pelas condições de trabalho que oferece a seus colaboradores. A pesquisa interna-

cional realizada anualmente reconhece os empregadores que proporcionam excelentes condições aos funcionários, com desenvolvimento de talentos e melhoria contínua de práticas de emprego.

Para obter a Certificação Top Employers, as práticas da empresa foram avaliadas segundo os seguintes critérios: estratégia de talentos; planejamento de pessoal; integração; capacitação e desenvolvimento; gestão de desempenho; desenvolvimento de lideranças; gestão de carreira e sucessão; remuneração e benefícios; e cultura corporativa.

Para Alessio Tanganelli, diretor da regional Brasil para o Top Employers Institute, as condições de trabalho oferecidas pela Sanofi foram fundamentais para a certificação. “Nossa pesquisa concluiu que a Sanofi oferece uma ampla gama de iniciativas criativas, benefícios secundários, condições de trabalho e programas de gerenciamento de desempenho verdadeiramente alinhados com a cultura da empresa”, disse.

PARA REPOSIÇÃO DE COLÁGENO



Para minimizar os danos causados pela ausência de colágeno no organismo, chega ao mercado Colflex, da **Hypermarcas**. Trata-se de um alimento funcional composto por colágeno hidrolisado em pó solúvel, sem inclusão de aditivos, cuja principal função é fornecer matéria-prima para as células estimularem a produção e a reposição de colágeno no nosso organismo. O suplemento possui como diferencial a exclusiva tecnologia PeptQuality, que promove alta dissolubilidade do produto em qualquer temperatura, até mesmo durante o preparo, sem perder suas propriedades. O sabor e o aroma neutros possibilitam o consumo em qualquer alimento ou bebida.

“A tecnologia PeptQuality facilita e estimula a adesão de pacientes ao tratamento. Uma das maiores dificuldades do consumo de suplementos é a sua ingestão diária”, afirma Fernanda Grandis, diretora de marketing.

O consumo de colágeno hidrolisado é sugerido para a reposição da saúde das articulações, ossos e músculos, e para aqueles que buscam a manutenção e a longevidade das articulações pela prática de atividades físicas de alto impacto.

NOVOS SABORES



O portfólio do suplemento nutricional Nutren Senior, da **Nestlé**, acaba de ganhar três sabores. Agora, além das versões sem sabor (em pó) e mix de frutas e chocolate (prontos para beber), estão disponíveis os sabores baunilha, chocolate e café com leite (em pó). Sempre com o foco em oferecer a

melhor solução nutricional, a linha Nutren Senior não apresenta açúcares em sua formulação e contém um mix exclusivo de proteína, cálcio e vitamina D.

“Nutren Senior é o suplemento nutricional mais novo no mercado e totalmente desenhado para pessoas com mais de 50 anos, já antenado com as necessidades e condições que acometem essa faixa etária, como diabetes e hipertensão”, explica Lara Miranda, gerente de produto. Os novos sabores já estão disponíveis nas principais farmácias do Brasil.

NOVOS SERVIÇOS DE TELEASSISTÊNCIA



A **Telehelp** lança dois serviços que pretendem facilitar o dia a dia de idosos de todo

o Brasil. O primeiro deles, Lembrete de Remédios, é um sistema de gerenciamento de medicamentos usados pelos clientes da empresa e avisa, por telefone, o momento certo de tomar a medicação. O segundo, o Telehelp Resolve, apresenta um pacote de serviços de assistência exclusivos para a terceira idade, que auxiliará na manutenção da casa, no cuidado com animais e no suporte de tecnologia.

“Estamos sempre em busca de soluções que permitam a nossos clientes viver com independência e segurança dentro de casa, proporcionando tranquilidade aos familiares”, explica José Carlos Vasconcellos, presidente da Telehelp.

PROGRAMA-SE :: cursos, congressos e simpósios

2017

mar/abr

➔ **XXVII Jornada Paranaense de Geriatria e Gerontologia e V Simpósio Idoso na Atenção Primária**
17 e 18 de março • Curitiba, Paraná
www.jornadasbggpr.org.br

➔ **World Congress on Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases**
23 a 26 de março • Florença, Itália
www.wco-iof-esceo.org

➔ **13th International Conference on Alzheimer's and Parkinson's Diseases and Related Neurological Disorders**
29 de março a 2 de abril • Viena, Áustria
adpd2017.kenes.com

➔ **10º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia (GERP 2017)**
6 a 8 de abril • Centro de Convenções Frei Caneca – São Paulo, SP
www.gerp2017.com.br

➔ **32nd International Conference of Alzheimer's Disease International**
26 a 29 de abril • Kyoto, Japão
www.adiz2017.org

➔ **ICFSR 2017 – International Conference on Frailty and Sarcopenia Research**
27 e 28 de abril • Barcelona, Espanha
www.frailty-sarcopenia.com/

mai/jun/jul

➔ **2017 Annual Scientific Meeting of the American Geriatrics Society**
18 a 20 de maio • San Antonio, TX, EUA

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

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

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

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

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

ago/set

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

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

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

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



ENSAIOS SOBRE O

ENVELHE SER

reflexões | experiências

**O EVENTO É
GRATUITO
E ABERTO À
TODOS OS
INTERESSADOS**

O evento foi pensado para promover, principalmente, a reflexão sobre o envelhecimento, visando estimular questionamentos e análises e valorizar o papel social do idoso, seus saberes, experiências e vivências. É uma oportunidade de compartilhar e realizar um intercâmbio de diversos conhecimentos advindos das subjetividades dos participantes, além de preparar as novas gerações para o envelhecimento.

Os encontros são realizados em forma de rodas de conversas com a participação de dois a três profissionais renomados em diferentes áreas que abordarão o assunto definido do dia, e da platéia que poderá realizar perguntas ou compartilhar experiências.

Confira as datas e os temas planejados para este ano:

CONFIRA OS TEMAS PARA 2017*

- Espiritualidade e religião
- Educação na Velhice: Oportunidades e Novas Demandas
- Reflexões sobre Moradia no Envelhecimento
- Espaços na Sociedade
- Inclusão e Acesso Digital na Velhice
- Arte, Cultura e a Velhice Contemporânea
- Mercado de Trabalho: Reinserção e Novas oportunidades
- Questões de Gênero e a Velhice
- Idoso na Política

**sujeito a alterações*

PROGRAME-SE:

- ✓ 15 DE FEVEREIRO
- ✓ 15 DE MARÇO
- ✓ 19 DE ABRIL
- ✓ 17 DE MAIO
- ✓ 21 DE JUNHO
- ✓ 19 DE JULHO
- ✓ 20 DE SETEMBRO
- ✓ 25 DE OUTUBRO
- ✓ 22 DE NOVEMBRO

INSCRIÇÕES

WWW.CRINORTE.ORG.BR

Apoio:



**Hospital
Santa Catarina**
Associação Congregação de
Santa Catarina

REVISTA
Aptare



Sociedade Brasileira de
Geriatria e Gerontologia
SÃO PAULO

Realização:



"Amadurecer com Saúde"

Acesse nosso podcast:  <https://ensaiosobreoenvelheser.wordpress.com>

Libbs