



A população envelhece

Transição epidemiológica
requer mudanças
significativas na gestão
e na assistência

Atualização em Saúde
O Alzheimer e a importância
do seu diagnóstico
Página 3

Artigo Científico
Anemia e capacidade
funcional em idosos
Página 9

Responsabilidade compartilhada: essência para vida plena

Luí August Vecchio Salomon

Especialista em neurologia, neurocirurgia e gestão em serviços de saúde. Membro efetivo da Comissão de Ética Médica do Ipsemg.

EXPEDIENTE



Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais

Presidente:

Jomara Alves da Silva

Vice-presidente:

Paulo Elisiário Nunes

Diretor de saúde:

Leonardo Tadeu Campera Brescia

Diretor de previdência:

Marcus Vinicius de Souza

Diretor de planejamento gestão e finanças:

Adailton Vieira Pereira

Secretário-geral:

Fernando César Vicente de Paula



Centro de Estudos dos Médicos do IPSEMG

Diretoria Centro de Estudos

Diretor executivo:

Guilherme Santiago Mendes

Diretor científico:

Davidson Pires de Lima

Secretário:

Ulisses Gabriel Vasconcelos Cunha

Tesoureiro:

José Mauro Messias Franco

Conselho Editorial Bis

Davidson Pires de Lima

Fábio Lopes Rocha

Fernandina Diniz Sarmento

Guilherme Santiago Mendes

Patrícia Carvalho Brandão Ataíde Ribeiro

Rosângela Batista Chamone

Walton Albuquerque

Yorghos Michalaros

Redação, revisão e jornalista responsável:

Daniela Colen - MTB6966JP

Projeto gráfico e diagramação:

Interativa Comunicação

Fotografia:

Fidelcino Martins de Melo

Tiragem: Três mil exemplares

Contato: boletim.bis@ipsemg.org.br

O Boletim IPSEMG Saúde é uma publicação trimestral do Centro de Estudos Octaviano de Almeida dos Médicos do IPSEMG. Informações técnicas e opiniões são de responsabilidade dos respectivos autores dos artigos.

A vida, nosso bem maior, imprevisível e temporária desde a nossa mais remota consciência, requer cuidados e abnegação. Esta consciência que, própria do ser humano, nos dá a verdadeira dimensão do que devemos construir, propõe a cada um, no seu livre arbítrio, o caminhar em busca de uma vida plena de felicidade e realizações. Qual dos seres humanos não deseja, em condições normais e no seu melhor entendimento, atingir a plenitude da vida? Somos assim, trilhando os mais diferentes caminhos, temos a crença de que o sujeito, a família, a sociedade e o Estado, no seu conjunto, trabalhem na busca do bem comum. O dia a dia e as várias fases da vida nos ensinam e aprimoram, cada vez mais, nos dando uma percepção, de não serem aceitáveis ou toleráveis as condições impostas, que possam trazer sentimentos de angústia, frustração ou humilhação. E aqui, nos voltamos para o Estado que, com o seu poder concedido, aceita e se obriga, na sua melhor concepção, reger com maestria, equilíbrio e justiça social toda a sociedade. Nesta aceitação e no exercer do seu dever-poder, se impõe a responsabilidade de realizar, na prática, o cuidado, o amparo e o zelo, em toda a sua plenitude, pois, tudo o que ocorre com a vida individual, também ocorre com a vida coletiva. No trabalho prolongado e permanente, voltado para a preservação da natureza e do ser humano, está a solução dos problemas da sociedade, jamais através de atitudes pedantes de doutrinários de gabinete sem contato com a realidade da vida. Vivemos num mundo em fulgurantes transformações tecnológicas e sociais, onde, a natureza e o ser humano devem continuar sendo entendidos como o centro de todas as coisas. Estamos, portanto, em face de duas concepções, a da ciência e da realidade. Filosofar num sentido sociológico, no nosso entendimento, nos leva ao raciocínio na busca do conhecimento, onde a vida deve ser vista sob uma visão realista, da melhoria da qualidade de vida, do amparo e da segurança do ser humano, mais ainda, quando lhe advém a consci-



ência da finitude. Na era contemporânea, todos os que se dedicam ao outro devem ter como regra que: suas vidas nada mais são que vidas de doação, onde é preciso deixar no tempo da história de cada um, imagens e lembranças que dignifiquem o seu tempo de compromisso, nunca uma passagem de oportunismo. Este deve ser o compromisso de cada um dos servidores do Estado, dirigentes e profissionais. No nosso trabalho de acolher, amparar e cuidar, na nossa retaguarda, permanece o exemplo de uma instituição centenária, do melhor padrão de prestação de serviços aos seus beneficiários e dependentes, que mesmo com as suas limitações e transformações, realiza o que se propôs fazer. Somos partidários de que, ao serviço público, só resta um caminho, o do aprimoramento. No seu universo de atendimento residem seres humanos que, com o seu trabalho e participação, ergueram e mantêm uma das mais sólidas e promissoras instituições deste país: o Ipsemg. A estes, que construíram e solidificaram esta Casa, deve ser dada, na nossa visão, toda a melhor atenção, fazendo com que se sintam verdadeiramente recebidos, acolhidos e cuidados, no local que só existe por eles e para eles. Assim, com compromisso e sem deslumbres, é que devem agir todos, na sua missão inigualável, trazendo aos artífices de ontem, de hoje e do amanhã, a garantia de que o benfazer - responsabilidade compartilhada - é a essência que leva à construção de uma vida plena, pois, zelar, palavra mágica do encantamento humano, é colocar no coração.

Alzheimer: apenas 25% dos portadores possuem o diagnóstico

O primeiro caso no mundo foi descrito em 1907 por Alois Alzheimer. Atualmente, segundo estimativas da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), a doença afeta cerca de 1,2 milhão de brasileiros, sendo a principal causa de demência em pessoas com mais de 65 anos. Além do expressivo número, outro fator que preocupa os especialistas é que apenas 25% dos portadores possuem o diagnóstico, conforme relatório apresentado pela Alzheimer's Disease International (ADI), em 2012.

De acordo com Rodrigo Kleinpaul, neurologista, o Alzheimer é uma doença crônica, degenerativa e progressiva que acomete a população idosa. O fator de risco mais importante para o seu desenvolvimento é a idade, mas outros como traumatismo de crânio, resistência à insulina, obesidade, condição socioeconômica e fatores de riscos vasculares, também contribuem. Há fatores protetores como alta escolaridade, atividade intelectual produtiva, exercícios físicos regulares durante a meia idade e alimentação.

Kleinpaul esclarece que o Alzheimer acarreta perda da memória recente, alterações cognitivas e comportamentais. “As queixas, principalmente de familiares, estão relacionadas com as dificuldades do paciente em recordar datas, fatos e nomes de pessoas. Nos estágios iniciais, o paciente pode apresentar dificuldade em memorizar novas informações, experiências e eventos recentes. Torna-se repetitivo, embora mantenha a independência com a realização de atividades cotidianas. Já em estágios avançados, desenvolve incapacidade e dependência significativa, causando sobrecarga emocional, social e financeira à família e aos órgãos estatais”, explica o especialista.

O neurologista orienta que é preciso afastar outras etiologias de demência, como distúrbios metabólicos e infecciosos que causam alterações reversíveis de memória. “Não existe um biomarcador que confirme o Alzheimer. É importante a avaliação do médico especialista, que com as alterações clínicas sugestivas e a realização de exames de sangue e de imagem, como a tomografia ou a ressonância magnética de crânio, consegue ser preciso em até 90% dos casos”, pondera.



Rodrigo Kleinpaul

Neurologista, coordenador da Residência Médica de Neurologia do HGIP.

Quanto ao tratamento farmacológico, existe a possibilidade de intervenção medicamentosa com inibidores da acetilcolinesterase (donepezil, galantamina, rivastigmina) e antagonistas de receptores NMDA do glutamato (memantina). “Essas drogas apresentam efeitos em sintomas cognitivos, comportamentais e funcionais. A curto prazo produzem melhora sintomática e a longo prazo diminuem a velocidade de progressão da doença”. O neurologista cita que os principais efeitos adversos dos inibidores da acetilcolinesterase são náusea, vômitos e diarreia, enquanto a memantina apresenta boa tolerabilidade. Os remédios são disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Kleinpaul esclarece, ainda, que a principal preocupação dos médicos é com a qualidade de vida do paciente, já que mesmo medicado a doença progride. “Informar cuidadores e familiares sobre todas as alterações cognitivas e comportamentais presentes em cada estágio do Alzheimer e orientá-los em como lidar com eles é fundamental para a melhor atenção e compreensão do paciente”, afirma. Para o neurologista, o acompanhamento do paciente deve ser feito por equipes multidisciplinares, com o objetivo de complementar o tratamento farmacológico. No Ipsemg, o serviço conta com a participação de psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros e cuidadores.

Queda de idosos preocupa especialistas

O Bis conversou com o coordenador da Clínica Ortopédica do Ipsemg e do Serviço de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia do HGIP, o ortopedista, **João Carlos Lima Souza**.

Por que as quedas acontecem com frequência na terceira idade?

Com o envelhecimento ocorre tendência a uma disfunção dos mecanismos de integração central, importantes para os reflexos posturais e a locomoção. Raramente a queda decorre de única razão. A abordagem centrada em fatores de risco é mais adequada.

Como causa da perda funcional podemos destacar: doenças agudas e crônicas, tais como epilepsias, doença de Parkinson, miopatias e neuropatias periféricas, síncope cardiogênica, espondilose cervical, hidrocefalia, demência, disfunção renal e efeitos colaterais de medicamentos, dentre outros fatores.

Quais as consequências?

Existem várias complicações decorrentes das quedas:

- Lesões: fraturas em terço proximal do fêmur são mais frequentes;
- Insegurança e ansiedade pelo medo de quedas;
- Redução das atividades físicas e independência;
- Síndrome de mobilidade com decúbito de longa duração, levando ao aparecimento de escaras e doenças de estase venosa;
- Morte: A queda é a quinta causa de morte em idosos. Dois terços dos acidentes em idosos, acima de 65 anos, são causados por queda.

Como prevenir?

A prevenção de quedas é um assunto de importância na saúde pública, pelos prejuízos e morbidade relacionados. Atividade física, nutrição, avaliação dos riscos domésticos e revisão periódica de medicamentos são aspectos importantes para a prevenção:

A prevenção primária é recomendável e consiste na adequação do ambiente domiciliar com boa iluminação, uso de barras de sustentação nos banheiros, retirada de tapetes e objetos que interfiram na locomoção, adequação da visão e uso de calçados apropriados, dentre outros.

O sucesso de um plano terapêutico



depende, muitas vezes, do envolvimento dos familiares, cuidadores e do próprio paciente.

A prevenção secundária depende de ajuste de medicações, exercícios de equilíbrio, instruções comportamentais, correções de deficiências sensoriais, uso de protetores pélvicos, para diminuir o risco de fraturas do colo, e de superfícies de baixo impacto, para reduzir as lesões decorrentes de quedas. Embora muito possa ser feito para reduzir o risco, não é possível prevenir todas as quedas. Afinal, proteção e independência devem se equilibrar, para que a vida continue estimulante.

Temos muitos casos de atendimentos por queda no HGIP?

Sim. O número de segurados com mais de 65 anos é significativo e 70% dos pacientes idosos atendidos no SMU são vítimas de quedas, encaminhadas para internação e tratamento cirúrgico.

A incidência de quedas aumenta com a progressão da idade e é significativamente maior após os 75 anos. Após a primeira fratura, 60% a 70% retornam ao hospital para atendimentos subsequentes, fato também observado no HGIP e mais frequente em mulheres.

Outro aspecto relevante, é a possibilidade da queda ocorrer dentro do hospital, principalmente quando se levantam da cama.

Depressão no idoso

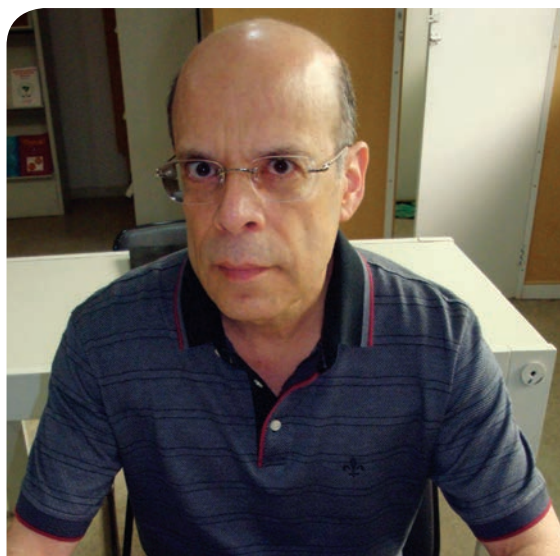
“Depressão é a doença da atualidade!” “Com a vida atual, todo mundo tem depressão!” Essas são expressões ouvidas frequentemente. São distorções oriundas do conhecimento impreciso, da maior divulgação do tema e da maior facilidade com que as pessoas que sofrem do transtorno discutem o assunto. Na realidade, descrições de depressão existem ao longo de toda a história, como no papiro de Ebers – o mais importante papiro médico, datado de 1550 AC –, em documentos da Grécia clássica e em relatos bíblicos. Não está comprovado que a prevalência da depressão tenha aumentado ao longo do tempo.

Quando o especialista fala em depressão, está discorrendo acerca de um adoecimento. Não está considerando reações normais como tristeza e frustração. Não está falando de estresse, que são respostas físicas e mentais às pressões da vida necessárias à sobrevivência. Particularmente, a depressão não é parte normal do envelhecimento.

Estima-se que haja cerca de 350 milhões de pessoas com depressão no mundo. Uma em cada 20 pessoas sofreram de depressão no último ano. Frequentemente, esse transtorno se inicia em idade jovem e tem curso recorrente. Entretanto, a depressão pode manifestar-se pela primeira vez na idade avançada. Entre os idosos, é a doença mental mais frequente. Infelizmente, apenas um pequeno percentual é diagnosticado e tratado (1).

A depressão é fonte de grande sofrimento pessoal e familiar. Pode piorar o curso de doenças crônicas como asma, artrite, doenças cardiovasculares e diabetes. No idoso, a associação com outras doenças é muito frequente. A depressão é fator de risco para doenças cardiovasculares e demência, isto é, indivíduos com depressão desenvolvem mais frequentemente problemas cardiovasculares e demência que os indivíduos sem depressão. Há participação de fatores biológicos nesse aumento do risco como, por exemplo, o aumento persistente do cortisol. A complicação de maior gravidade é o suicídio. São cerca de três mil mortes por suicídio, por dia, no mundo. A idade avançada é a faixa etária de maior risco (1).

Em geral, os sintomas da depressão são sentimentos de tristeza ou vazio, redução



Fábio Lopes Rocha

Mestre em Saúde Pública e
Doutor em Ciências
da Saúde

Coordenador da Clínica
Psiquiátrica do Ipsemg

Membro Titular da
Academia Mineira de
Medicina

do prazer, pessimismo, redução da energia, alterações do sono, apetite e libido, e ideias de suicídio. No idoso, o diagnóstico pode ser mais difícil, em virtude do maior pudor em abordar os sentimentos, da maior ocorrência de agitação e hipocondria, e em função da frequente comorbidade da depressão com outras doenças (2).

Existem alterações biológicas associadas à depressão. Estudos de imagem mostram que há disfunção em circuitos cerebrais responsáveis por regular o humor, pensamento, sono, apetite e comportamento. Os neurotransmissores encontram-se em desequilíbrio. Alguns quadros depressivos específicos da idade avançada podem estar relacionados a disfunções vasculares (3).

Conforme discutido, a depressão é doença grave, de curso crônico, que causa grande sofrimento. Predis põe o indivíduo a outras doenças e aumenta a mortalidade. Felizmente, é tratável, com boa chance de sucesso. A abordagem mais frequente são os antidepressivos. Depressões mais leves podem ser abordadas com psicoterapia, particularmente a cognitivo-comportamental. As estratégias podem ser utilizadas em combinação. Em casos especiais, está indicada a eletroconvulsoterapia. Técnicas de estimulação cerebral não invasivas têm sido estudadas. No idoso, essas estratégias exigem adaptações, mas em geral são também muito eficazes. Portanto, é fundamental que não se encare a depressão como um processo normal do envelhecimento. É preciso diagnosticá-la e tratá-la, para que o idoso possa usufruir todo o seu potencial e viver com melhor qualidade.



REFERÊNCIAS

1. Ellison JM, Kyomen HH, Harper DG. Depression in later life: an overview with treatment recommendations. *The Psychiatric clinics of North America*. 2012 Mar;35(1):203-29. PubMed PMID: 22370499. Epub 2012/03/01. eng.
2. Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2012 Apr;200(4):275-81. PubMed PMID: 22474233. Epub 2012/04/05. eng.
3. Disabato BM, Sheline YI. Biological basis of late life depression. *Current psychiatry reports*. 2012 Aug;14(4):273-9. PubMed PMID: 22562412. Epub 2012/05/09. eng.

A população envelhece

Estudos demonstram aumento da prevalência de pessoas com mais de cem anos no mundo, sendo o envelhecimento populacional um fenômeno universal. Excelência na geriatria, análise de dados e programas de prevenção e promoção de saúde fazem a diferença no Ipsemg.

Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) aponta que, em 2025, o Índice de Envelhecimento será, provavelmente, três vezes maior do que aquele observado em 2000. Na população brasileira haverá mais de 50 adultos com 65 anos ou mais, por cada conjunto de 100 jovens menores de 15 anos. Diante de tal realidade, o grande desafio do sistema de saúde é o de cuidar dessa população crescente de idosos, a maioria com níveis socioeconômico e edu-

cacional baixos e uma prevalência de morbidades, que cursam com alto grau de dependência, geralmente secundárias às doenças psíquicas e crônico-degenerativas, conforme estudo.

De acordo com o coordenador da clínica geriátrica e da Re-

sidência Médica em Geriatria do Ipsemg, Ulisses Gabriel de Vasconcelos Cunha, o cuidar do idoso vai muito além da conduta terapêutica no sentido estrito. A Geriatria, ramo da medicina que trata de idosos, tem como principal ferramenta a abordagem individualizada e sistematizada conhecida como avaliação geriátrica ampla (AGA). Segundo Cunha, este modelo de abordagem teve início no final da década de 40, na Europa, e busca realizar diagnósticos físico, cognitivo, do afeto, nutricional, social, familiar e comunitário. “Após essa avaliação, comumente interdisciplinar, traça-se um plano terapêutico que busca a qualidade de vida a partir da manutenção da funcionalidade e da redução da morbidade”, orienta o especialista.

Segundo o geriatra, para uma boa avaliação do idoso, faz-se necessária busca ativa clínica, aparelho por aparelho. Isto porque, muitas vezes, sinais e sintomas de alerta são interpretados pelos pacientes e seus familiares como próprios da idade, como se o envelhecer estivesse fatalmente

Elvira Pereira Duarte, 95 anos, paciente da gastroenterologia do HGIP



Programas melhoram q

O Ipsemg desenvolve programas de prevenção de doenças e de valorização da saúde, através do Núcleo de Promoção da Saúde (NUPS), da Assessoria de Políticas e Regulação em Saúde (Apress).

Segundo a chefe de divisão administrativa do NUPS, Solange Lopes Bretas, o objetivo do Núcleo é desenvolver ações que ampliem a qualidade de vida do usuário, por meio da conscientização, educação e políticas assistenciais. Já a coordenadora do NUPS, Denise Caixeta, ressalta que o Núcleo foi desenvolvido a partir da ansia dos profissionais do Ipsemg em complementar e antecipar o processo que culminaria no agravo de doenças relacionadas, principalmente: diabetes, hipertensão e obesidade. Atuam no NUPS 18 colaboradores – médicos, dentistas, enfermeiros,

associado à insuficiência funcional e enfermidades. “Exemplo clássico é o do paciente que cai. Apesar das quedas estarem relacionadas ao aumento da morbimortalidade, é comum a sua omissão nos consultórios médicos. Atenção especial deve ser dada

às chamadas grandes síndromes geriátricas geradoras de dependência, conhecidas com os “Is” da Geriatria: instabilidade de marcha e quedas, incontinência urinária, imobilidade, insuficiência cognitiva e iatrogenia”, esclarece.

Ipssemg e a realidade da geriatria

A Unidade de Geriatria do IPSEMG, como parte integrante do hospital geral, foi inaugurada em 1988, tendo, à época, papel pioneiro no nosso país. A residência médica em geriatria foi credenciada pelo MEC em 1993, constituindo a primeira da especialidade no estado de MG e também uma das pioneiras no Brasil. Nos últimos 18 anos, contribuiu para a formação de dezenas de médicos residentes em geriatria e das clínicas médicas, além de estagiários procedentes de diferentes partes do Brasil. Foi ainda responsável pela publicação dos livros “Sinais e Sintomas em Geriatria”, já na segunda edição; “Atlas of Geriatrics; Abordagem Multidisciplinar do Paciente geriátrico” e de dezenas de artigos em periódicos médicos nacionais e estrangeiros.

Atualmente, a análise demográfica do Ipssemg mostra que um quarto dos beneficiários tem acima dos 60 anos de idade. O atendimento dos idosos refere-se ao aco-

lhimento secundário e ao ambulatório de egressos, tornando necessária a ampliação de condutas primárias simples, com profissionais treinados para diagnosticar precocemente as questões da geriatria, segundo o diretor científico do Centro de Estudos, Davidson Pires de Lima. Ele explica que “para a redução de gastos, diminuição do número de internações e maior qualidade dos serviços, é necessária uma eficiente rede de atenção primária, amparada, se possível, pelo atendimento domiciliar, instituição de permanência provisória e Home Care”.

Nos hospitais gerais, mais de 60% dos pacientes admitidos já são idosos, a maior parte deles muito idosos e estima-se que cada vez mais os leitos hospitalares serão ocupados por pacientes nesta faixa etária. Para o coordenador da clínica geriátrica e da residência médica em geriatria do Ipssemg, Ulisses Gabriel de Vasconcelos

Atenção especial deve ser dada às chamadas grandes síndromes geriátricas geradoras de dependência: instabilidade de marcha e quedas, incontinência urinária, imobilidade, insuficiência cognitiva e iatrogenia.

Qualidade de vida dos beneficiários

psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais. Dentre os programas: “Grupo Mudar e Emagrecer”, “Grupo Aconchego”, direcionado aos portadores de câncer de mama e câncer de útero; “Grupo de Diabetes”, cursos para gestantes, planejamento familiar e atendimento da enfermagem aos hipertensos. O NUPS também promove campanhas periódicas sobre hepatite C e tagabismo.

Em 2012, foram realizadas visitas domiciliares aos pacientes submetidos à oxigenoterapia. De acordo com a chefe do NUPS, Solange Lopes Bretas, a iniciativa foi de extrema importância para os pacientes e a equipe. “O doente fica feliz porque se sente cuidado e o profissional identifica questões socioeconômicas diferenciadas e que impactam no resultado dos trata-

mentos, bem como a estrutura familiar e a capacitação do cuidador”.

Bretas explica, ainda, que o Núcleo atua em rede, para a multiplicação das ações de maneira coesa e eficiente. “Acreditamos na parceria. Assim como o médico, todas as categorias de profissionais da saúde têm muito a contribuir, seja no encaminhamento de seus pacientes para os grupos correspondentes, seja na realização de palestras e orientações aos beneficiários e familiares”, ressalta. Também visando o atendimento ao doente idoso, cinco profissionais estão inscritos na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para a formação de cuidadores. O objetivo é que, após o treinamento, eles atuem como multiplicadores do conhecimento dentro do Ipssemg.

Cunha, não caberá, então, à comunidade médica outro caminho a não ser se familiarizar com as peculiaridades inerentes à medicina geriátrica, o que compreende o planejamento de novas alternativas para a promoção da saúde e a assistência à saúde.

Cunha pondera que para a melhoria da saúde nas próximas décadas, o foco deverá recair sobre as doenças crônicas em vez

das agudas, sobre a morbidade em vez da mortalidade e sobre a qualidade de vida em vez da duração da vida. “O objetivo a ser perseguido, e já em parte alcançado, é o do envelhecimento ativo, ou seja, a manutenção da qualidade de vida à medida que se envelhece e que o mais alto grau de independência e autonomia seja mantido enquanto a vida existir”, conclui.

Custos e desafios da gestão

Relatório disponibilizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) mostra que as despesas com internação de idosos poderão atingir R\$14,3 bilhões em 2030, valor 4,7 vezes superior ao registrado em 2010. Conforme o estudo, gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência ambulatorial – como consultas e exames diagnósticos – e internação hospitalar podem atingir, em 2030, R\$63,5 bilhões, uma elevação de quase 149% em relação aos R\$25,5 bilhões gastos em 2010. “Com o envelhecimento da população, os sistemas de saúde terão uma crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas, serviços de reabilitação física e mental e internações, estabelecendo novos desafios assistenciais e de gestão a serem vencidos”, afirma o diretor científico do Centro de Estudos, Davidson Pires de Lima.

Lima conta, que algumas iniciativas desenvolvidas no Ipsemg contribuirão, dentre outros benefícios, para uma melhor determinação da abordagem do envelhecimento dos usuários da entidade. Dentre elas estão a atuação do Grupo Permanente

de Protocolos (GPP) e da Coordenação de Gestão da Informação (CGEI).

A CGEI, sob a responsabilidade do médico epidemiologista, Geraldo José Coelho Ribeiro, tem como objetivo a elaboração de análise das informações de saúde. Para isto são utilizados métodos e ferramentas de epidemiologia, estatística atuária e economia da saúde. “O trabalho multidisciplinar, em conjunto com as demais gestões do Ipsemg, tem sido fundamental para o desenvolvimento dos diagnósticos que apoiam o processo de decisão em vários temas estratégicos para o Instituto”, elucida Ribeiro. Ao final de 2012, a CGEI iniciou uma parceria com o GPP, formado pelos médicos Davidson Pires Lima, coordenador, José Luiz Almeida Cruz, Marcos de Bastos, Fernando Assis Figueiredo Júnior, auditor, e da enfermeira Andrea Jacob de Macedo, auditora, cujos estudos também demandam uma série de informações assistenciais e gerenciais.

De acordo com Ribeiro, observa-se, por exemplo, que os serviços de atendimento de urgência do Ipsemg vêm atendendo cada vez mais pacientes que sofreram agudização, bem como os traumas, características diferentes das encontradas nos mesmos serviços décadas atrás. “A análise desta mudança nos diagnósticos e nas condutas permite ao Instituto o planejamento das especialidades médicas (contratar e disponibilizar) e a adequação dos serviços próprios ao atendimento deste público e ao credenciamento de prestadores preparados para este atendimento, onde se inserem representativamente, os idosos” esclarece. Ribeiro pondera, ainda, que com as informações disponibilizadas, é possível adequar a rede para a atenção básica no local de origem, procurando reduzir a pressão causada pela transição demográfica, bem como definir a quantidade de especialistas e recursos necessários para qualidade do atendimento prestado e economia destes recursos.

Geraldo Ribeiro, José Luiz Cruz, Marcos de Bastos, Davidson Pires e André Queiroz de Andrade. Parceria entre ‘Gestão da Informação’, ‘Grupo Permanente de Protocolos’ (GPP) e ‘Núcleo de Credenciamento’ (Nucre)



Anemia e capacidade funcional em idosos da comunidade

Barbara Gazolla de Macedo

Fisioterapeuta do Ipsemg, Mestre em Ciências da Saúde, Especialista em Gerontologia pela SBGG

Raquel Macedo Bosco

PUC-MG

Carlos Maurício F. Antunes

Santa Casa de Belo Horizonte

Anemia é definida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como a concentração de hemoglobina < 12g/dl para mulheres e < 13g/dl para homens, embora vários estudos questionem esse ponto de corte.^{1,2,3,4}

Aproximadamente um terço das anemias na população adulta pode ser atribuído às deficiências nutricionais (ferro, vitamina B12 e fosfato), o segundo terço às doenças inflamatórias crônicas e renais e o último às etiologias desconhecidas.^{2,3,4}

A anemia é comum em indivíduos acima de 65 anos e sua etiologia é multifatorial. Estima-se que 15% dos idosos que vivem na comunidade apresentam anemia e mais de 50% dos idosos institucionalizados são anêmicos. Uma revisão sistemática sobre a prevalência de anemia em idosos mostrou um percentual de 15% para homens e 14% para as mulheres. Segundo estudo norte-americano, a anemia é três vezes mais prevalente na população geral negra, quando comparada à população branca e à latino-americana.^{5,6} No Brasil, poucos são os estudos sobre a prevalência de anemia na população idosa. Um estudo com 284 idosos do Programa de Saúde da Família de Camaragibe, Pernambuco, encontrou uma prevalência de 11%.³

Vários estudos demonstraram que a anemia é um fator de risco independente para o aumento da morbidade, da mortalidade e para a diminuição da qualidade de vida em idosos residentes na comunidade. A baixa concentração de hemoglobina também é associada a um risco maior para hospitalização, delirium, depressão, quedas, declínio da capacidade funcional e cognitiva.^{1,2,7,8,9,10} Idosos com anemia também podem apresentar um aumento dos mediadores inflamatórios (Proteína C Reativa e Interleucina-6) e, por conseguinte, das condições de fragilidade.^{11,2}

Estudos epidemiológicos na comunida-



Barbara Gazolla e José Antônio da Fonseca, durante atendimento no Centro de Especialidades

de, que associaram a anemia à redução da capacidade funcional, utilizaram como parâmetros métricos testes funcionais, medidas da velocidade de marcha, da força muscular, do equilíbrio, da mobilidade e da cognição. Idosos anêmicos apresentaram uma marcha mais lenta, redução da força muscular, pior equilíbrio e pior desempenho nas atividades de vida diária, quando comparados àqueles sem anemia.

Um dos estudos epidemiológicos mais impactantes nessa área é o *Women's Health and Aging Studies I e II (WHAS I e II)*. O WHAS avaliou a capacidade funcional das idosas através do teste de caminhada, do teste de sentar e levantar da cadeira e de testes de equilíbrio. Idosas com níveis de hemoglobina entre 13 e 14 g/dl apresentaram melhores resultados nos testes funcionais do que as com níveis de 12g/dl. O estudo também reportou um aumento no risco de mortalidade em mulheres de 65 ou mais anos de vida, moradoras em suas próprias residências, monitoradas em média por 11 anos e com níveis de hemoglobina < 13.4 g/dl. As conclusões desse estudo sugerem uma revisão dos critérios e do ponto de corte (12g/dl) utilizados pela OMS para definir a anemia em mulheres idosas.

Conclui-se que anemia é freqüente em idosos e pode apresentar várias complicações como o declínio da capacidade funcional. Contudo, é importante ressaltar que a maioria dos estudos é de natureza epidemiológica, não permitindo uma relação causa-efeito.



Referências

- Roy CN. Anemia in Frailty. *Clin Geriatr Med*. 2011; 27 (1): 67-68.
- Bross MH, Soch K, Smith-Knuppel T. Anemia in Older Persons. *American Family Physician*. 2010; 82 (5): 480-87.
- Barbosa DL, Arruda IKG, Diniz AS. Prevalência e caracterização da anemia em idosos do Programa de Saúde da Família. *Rev. bras. hematol. hemoter*. 2006; 28 (4): 288-292.
- Guralnik MJ, Eisenstaedt RS, Luigi F, Klein HG, Woodman RC. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained anemia. 2004; 104 (8): 2263-68.
- Patel KV. Epidemiology of Anemia in Older Adults. *Semin Hematol*. 2008; 45(4): 210-217.
- Gaskell H, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Prevalence of anaemia in older persons: systematic review. *BMC Geriatrics*. 2008; 8:1.
- Den Elzen WPJ, Willemse JM, Westendorp RGJ, Craen AJM, Assendelft WJJ, Gussekloo J. Effect of anemia and comorbidity on functional status and mortality in old age: results from the Leiden 85-plus Study. *Cmaj*. 2009; 181 (3-4): 151-157.
- Semba RD et al. Types of anemia and mortality among older disabled women living in the community: the Women's Health and Aging Study I. *Aging Clin Exp Res*. 2007; 19(4): 259-264.
- Patel KV, Guralnik JM. Prognostic implications of anemia in older adults. *Haematologica*. 2009; 94(1): 1-2.
- Chen Z et al. The Relationship Between Incidence of Fractures and Anemia in Older Multiethnic Women. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58(12): 2337-2344
- Chaves PHM. Functional Outcomes of Anemia in Older Adults. *Semin Hematol*. 2008; 45: 255-260.
- Chang SS, Weiss CO, Xue QL, Fried LP. Patterns of Comorbid Inflammatory Diseases in Frail Older Women: the Women's Health and Aging Studies I and II. *J Gerontol a Biol Sci Med Sci*. 2010; 65A (4): 407-413.

Veja a participação dos profissionais do Ipsemg em eventos nacionais e internacionais, no último semestre

PARTICIPANTE	EVENTO
Adelaide Andrade Rodrigues	30º Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia (Goiânia - GO)
Antônio C. Mezencio da Silveira	VI Congresso FLAMECIPP e 1º Encuentro Luso - Castellano de Píey Tobillo (Salvador-BA)
Claudia Maria R. Vocaro	XXX Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Natal-RN)
Danielle de Almeida Pereira	8º Congresso de Odontologia da Zona da Mata (Juiz de Fora-MG)
Guilherme Santiago Mendes	Congress of American Association for Study of Liver Diseases - AASLD (Boston-USA)
José Mauro Messias Franco	11ª Semana Brasileira do Aparelho Digestivo (Fortaleza - CE)
Leonardo Ghizoni Bez	39 th Annual Symposium on Vascular and Endovascular Issues - VEITHsymposium (New York - USA)
Leonardo Rocha de Azevedo	42º Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial (Recife-PE)
Luciana Maria Pyramo Costa	XXII Congresso Nacional de Coloproctologia (Porto-Portugal)
Ivete de Ávila	1º International Congress on Minimally Invasive and Robotic Surgery Specialty: Gynecology Endoscopy and 7º International Symposium on Minimally Invasive Surgery in Gynecology (São Paulo-SP)
Marcela Damásio R. de Castro	21º Congresso Brasileiro de Perinatologia (Curitiba-PR)
Maria Amélia Carvalho Novaes	Congresso Brasileiro de Perinatologia (Curitiba-PR)
Mauro Becker Martins Vieira	International Federation of Head and Neck Oncological Societies (IFHNOS) - 2012 World Tour (São Paulo-SP)
Paulo José Ribeiro Teixeira	XXX Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Natal - RN)
Priscilla Durães Bicalho	Workshop de Treinamento em Somatic Experiencing - Abordagem de resolução traumática, (Florianópolis-SC)
Rodrigo Barreto Huguet	XXX Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Natal-RN)
Rodrigo D'Alessandro de Macedo	NASS 27 Th Annud Meeting (Dallas-USA)
Rodrigo de Andrade Pereira	Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial (Recife-PE)
Rodrigo de Lima e Silva	59º Congresso Brasileiro de Psiquiatria (BH-MG)
Sinara Mônica de Oliveira Leite	61º Congresso Brasileiro de Coloproctologia (BH-MG)
Volney Soares Lima	ESMO Congress European Society for Medical Oncology (Viena- Áustria)

Nova diretoria e conquistas:

- Tomou posse a diretoria do Centro de Estudos, gestão 2013/2014. Participam como diretor executivo, diretor científico, secretário e tesoureiro, respectivamente: Guilherme Santiago Mendes, Davidson Pires de Lima, Ulisses Gabriel Vasconcelos Cunha e José Mauro Messias Franco.

- O Centro de Estudos ganha novo espaço para integração das atividades de ensino e pesquisa do HGIP, no Mezanino três, com excelentes salas e dois auditórios.

- O serviço de Neurocirurgia do HGIP foi considerado apto e está credenciado pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) para treinamento de neurocirurgiões.

- A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia autorizou o Ipsemg/HGIP a realização do curso de especialização em geriatria.

Trabalhos científicos apresentados pelos Médicos Residentes do IPSEMG, com patrocínio do Centro de Estudos (2012)

Congresso da Sociedade Paulista de Clínica Médica

Apresentação de pôster:
Síndrome Mielodisplásica
Luiz Guilherme G. Prata.

Congresso Brasileiro de Reumatologia

Relatos de casos:
Síndrome de Hiper IgD.
Reumatismo Palindrômico
Elisa Viana Santa Cecília.

Congresso Mundial de Mastologia

Apresentação de pôster:
Radiation Recall: case series and review of the literature
Karina Ferreira Soares.

Congresso Norte/Nordeste de Infectologia/IV Conferência de AIDS

Apresentação de pôster:
Sífilis Cutâneo-mucosa e Neurosífilis assintomática abrindo diagnóstico de AIDS
Erica Balbino da Silva Salgado.

Simpósio Brasileiro do Aparelho Digestivo - SBAD

Apresentação de pôsteres:
As diferentes faces da Pancreatite autoimune. Série de três casos consecutivos.
Divertículo de Meckel - Dois casos com idade, apresentação e tratamentos distintos.
Pancreatite Paraduodenal (Groove Pancreatitis) - Revisão da literatura e relato de caso.
Rodrigo Lovatti e Karina Camargos.

Eventos apoiados pelo Centro de Estudos (2012)

- ▶ Simpósio de Cancerologia Clínica e Cirúrgica de Belo Horizonte
- ▶ VIII Encontro de Médicos Residentes e Ex-Residentes da Clínica de Geriatria do IPSEMG

Climatério feminino e terapia hormonal

O climatério representa a transição da vida reprodutiva para a não reprodutiva. Dentro deste período de tempo acontece a **menopausa**, que corresponde à última menstruação fisiológica da mulher, por volta dos 50 anos de idade. Com o aumento da expectativa de vida, estimada em 77,7 anos para a mulher brasileira¹, um terço da vida feminina se estenderá após a menopausa, com demandas pertinentes de vida com qualidade e saúde. As instituições e os profissionais de saúde devem estar bem preparados para o atendimento desta população em ascensão demográfica.

As principais recomendações da Sociedade Internacional de Menopausa sobre o tratamento hormonal (TH) nesta fase são:

- ▶ A TH deve ser parte de uma estratégia geral, que inclua recomendações sobre o estilo de vida, dieta, exercícios, tabagismo e álcool, para manter a saúde das mulheres na pós-menopausa;
- ▶ A TH deve ser individualizada e ajustada de acordo com os sintomas, prevenção, históricos pessoal e familiar, expectativas e preferência da mulher;
- ▶ Não há limites obrigatórios na duração do tratamento, continuar ou não deverá ser decisão a critério da usuária, devidamente informada pelo seu médico;
- ▶ Mulheres que experimentam a menopausa iatrogênica ou espontânea, antes dos 45 anos, estão sob risco alto de doença cardiovascular e osteoporose e se beneficiarão da TH, pelo menos até a idade normal da menopausa;
- ▶ A dose da TH deve ser a mínima eficaz, suficiente para manter a qualidade de vida.

BENEFÍCIOS

- ▶ A TH é o tratamento mais eficaz para sintomas vasomotores e urogenitais por deficiência estrogênica, com melhoras relativas das dores musculares, articulares, das oscilações do humor, do sono e disfunção sexual;
- ▶ A TH é eficaz na prevenção da perda óssea e na redução de fraturas;
- ▶ A TH pode ser cardioprotetora se iniciada na época da menopausa e con-



tinuada por longo tempo (janela de oportunidade);

- ▶ A TH pode reduzir o risco de câncer do cólon e do mal de Alzheimer, quando iniciada na época da menopausa.

EFEITOS ADVERSOS

- ▶ O grau de associação entre o câncer de mama e a TH na pós-menopausa continua controverso. O risco do Ca de mama associado à TH é pequeno (< 0,1% ao ano). Os estudos WHI (2) e NHS (3) mostraram risco aumentado após cinco anos (uso de estrogênio + progestogênio) ou 15 anos (estrogênio exclusivo), mas sofrem críticas metodológicas;
- ▶ A administração de estrogênio sem progesterona induz hiperplasia endometrial e risco de câncer, portanto as mulheres com útero devem receber a suplementação de progestogênio;
- ▶ O risco de evento tromboembólico venoso grave aumenta com a idade (mínima até 60 anos), mas o estrogênio transdérmico pode prevenir este risco, porque evita a primeira passagem hepática;
- ▶ A eficácia e a segurança dos medicamentos alternativos (fitoterápicos) não foram demonstradas.

Ivete de Ávila

Mestre em Ciências da Saúde pelo Ipsemg

Supervisora do Programa de Residência de Obstetrícia e Ginecologia do HGIP- Ipsemg

Membro da Comissão Nacional de Especialidade da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.



1 IBGE: "... em 2011 um recém-nascido homem esperaria viver 70,6 anos, ao passo que as mulheres viveriam 77,7 anos" (http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2271&id_pagina=1)

2 WHI. Women's Health Initiative Steering Committee. JAMA 2002 e 2004.

3 Nurses's Health Study. www.ccn.aacnjournals.org

Referências

- Pinto-Neto, Aarão M, Lucia H S C Paiva, e Gislaíne A Fonsechi-Carvasan. "Climatério: epidemiologia." In: Menopausa Diagnóstico e Tratamento, por César Eduardo. Fernandes, 21-27. São Paulo: Segmento, 2003.
- Pines, A, DW Sturdee, MH Birkhause, e et al. "IMS Updated Recommendations on postmenopausal hormone therapy." Climateric, 10 de 2007: 181-94.



SUA OPINIÃO

“Louvável a edição e o conteúdo do Bis. A iniciativa resgata a importância do trabalho dos médicos do Ipsemg e sua experiência no ensino, pesquisa e extensão, bem como a tradição do HGIP na produção do conhecimento. Certamente os servidores públicos, clientes do HGIP, serão os maiores beneficiados com a consequente melhoria da qualidade dos serviços disponibilizados.”

João Diniz Pinto Junior
Economista, ex-presidente do Ipsemg

“Gostaria de parabenizar o Centro de Estudos pela primeira edição do BIS e pelo interesse constante em engrandecer a nossa residência. Com a atualização de obras clássicas e básicas para estudo do residente na biblioteca do HGIP, creio que a Residência em Ortopedia do Ipsemg se firmará, cada vez mais, com excelência, nos cenários mineiro e nacional. Parabéns pelas relevantes iniciativas.”

Leonardo Maia
Residente em Ortopedia e Traumatologia do Ipsemg

O Conselho Editorial do Bis entende que um trabalho construído em parceria, com o envolvimento e a participação de todos, apresenta mais qualidade e melhores resultados. Por isso, contamos com suas sugestões, críticas e informações complementares sobre os temas abordados neste Boletim. O contato pode ser feito pelo e-mail: boletim.bis@ipsemg.org.br.



Mendoza e suas belezas regadas a vinho

Para nós brasileiros, geralmente, Buenos Aires é a primeira viagem internacional. Pelo menos foi assim aqui em casa e com muitos dos meus conhecidos e parentes. E se, em passado não tão remoto, havia o glamour de uma Paris latino-americana, nossos *hermanos* estão vivendo em uma capital cada dia mais parecida com as nossas (quanto aos problemas, pobreza, qualidade de serviço etc.) Mas em um aspecto são imbatíveis: sua “*décadense avec élégance*”. É um povo interessante. Ao mesmo tempo em que cultuam Maradona e Perón, dentre outros, valorizam a cultura, os livros e a arte. É um bom passeio. E é ótimo conhecê-los *in loco* e ver como muitos são legais e como gostam da gente (contradizendo nosso preconceito, ranço da rivalidade futebolística).

Porém, da mesma forma que o Brasil é bem mais que o Rio de Janeiro, a Argentina tem muito a apresentar, além de sua capital. Sua Patagônia é magnífica, Bariloche, os Pampas, a Região Andina; e aí chegamos a um dos destinos mais bacanas do vizinho: Mendoza.

No sopé da Cordilheira dos Andes e bem próximo ao teto das Américas, o Aconcágua com seus 6.959m, fica encravada como um oásis no deserto (que na verdade o é) esta cidade que virou sinônimo de vinho. Não há supermercado ou adega por cá (e

na verdade no mundo todo) que não a tenha estampada em vários rótulos. É muito interessante pensar que uma cidade tão arborizada e cercada por vinhedos (que começam no pátio do aeroporto) está asentada sobre um árido deserto. Quando notamos grandes valetas junto ao passeio das ruas e observamos correr água por elas, em determinados horários, descobrimos o “milagre”: a irrigação controlada com o degelo das montanhas vizinhas.

Mendoza é uma cidade muito agradável, com ótima rede hoteleira e muitas opções de gastronomia, desde a culinária andina até o típico “asado na parrilla” (estamos em uma cidade turística argentina). As vinícolas ficam bem próximas da cidade, podendo-se percorrê-las de carro, nas inúmeras excursões, ou mesmo de bicicleta. É uma verdadeira imersão no mundo do vinho e da grande estrela da região, a uva Malbec! Existe também uma profusa produção do azeite (com direito a visitas), já que a oliveira gosta do mesmo ecossistema que a parreira. E, como disse no início, a vizinhança com o Aconcágua permite uma visita de meio dia à sua base, como também à nevada fronteira com o Chile.

Enfim, um super-passeio, com direito a tanto vinho que no final você vai balançar até copo de água tentando sentir o *bouquet*...

