



O TRATAMENTO COM

ESTATINAS

NA VISÃO DO GERIATRA

ESTATINAS

Entre os fatores de risco para doença coronariana e morte cardiovascular, destacam-se os níveis elevados de LDL-colesterol, que são preditores de eventos cardiovasculares¹. Sabe-se também que, quanto mais elevados forem os níveis de LDL-colesterol ou de colesterol não-HDL, maior será o risco de eventos cardiovasculares, e que a redução desses níveis está associada à diminuição de tais eventos^{2,3}.

Os níveis de colesterol são influenciados pela quantidade de colesterol presente na dieta e pela quantidade sintetizada pelo corpo, sobretudo pelo fígado. A síntese endógena de colesterol é modulada pela atividade da enzima HMG-CoA redutase. Em geral, a produção hepática de colesterol é maior que o total de colesterol absorvido pela dieta; dessa forma, a inibição da HMG-CoA redutase, que é o mecanismo de ação das estatinas, é uma forma eficaz para a redução do colesterol plasmático^{3,4}. A inibição dessa enzima pelas estatinas também está associada à redução da ativação de proteínas relacionadas à resposta inflamatória e ao aumento do óxido nítrico, o que pode explicar os benefícios adicionais das estatinas em comparação aos de outros fármacos que também reduzem o colesterol³.

A redução do LDL-colesterol com estatinas, tanto nos cuidados primários como secundários, é um dos pilares na prevenção de eventos cardiovasculares¹. Uma metanálise com mais de 129 mil pacientes mostrou que a cada 18 mg/dl de redução do LDL-colesterol há uma redução de 22% nos eventos vasculares e de 10% na mortalidade⁵. Os benefícios do uso das estatinas são pronunciados tanto na prevenção primária como na prevenção secundária, mesmo em populações com baixo risco cardiovascular⁶.

No início da década de 80, foi criada a primeira estatina — a lovastatina —, que apresentou resultados satisfatórios na redução do colesterol^{4,7}. Em seguida, foi desenvolvida a simvastatina, testada no estudo 4S, que incluiu mais de 4 mil pacientes e demonstrou pela primeira vez a redução da mortalidade total (em 30%) e da mortalidade por doença coronariana (em 42%) com o uso de uma estatina⁸.

Posteriormente, foram desenvolvidas outras estatinas que se mostraram eficazes e seguras⁹⁻¹²; a exceção recaiu sobre a cerivastatina, cuja comercialização foi suspensa devido à manifestação de efeitos adversos graves¹². Também foi demonstrado que as estatinas proporcionam a diminuição da mortalidade cardiovascular, independentemente dos níveis basais de colesterol, em pacientes com eventos prévios ou alto risco cardiovascular¹³.

Nos anos seguintes, novas estatinas chegaram ao mercado com maior potência para a redução do colesterol, mesmo em doses menores, o que contribuiu para a menor incidência de efeitos adversos, como a dor muscular¹⁴⁻¹⁶. Entre elas, destaca-se a rosuvastatina, que apresenta potência de duas a três vezes maior que a atorvastatina e de cinco a sete vezes maior que a simvastatina na redução do LDL-colesterol e do colesterol não-HDL^{14-16,18}.

A maior potência da rosuvastatina permite que uma porcentagem mais elevada de pacientes atinja os níveis-alvo de LDL-colesterol e de colesterol não-HDL, como demonstrado nos estudos ECLIPSE e STELLAR e na metanálise VOYAGER, que incluiu mais de 37 mil pacientes¹⁴⁻¹⁸, além da comprovação em um estudo do qual participaram mais de 2 mil pacientes idosos¹⁹.

Também devido à maior potência da rosuvastatina, é possível lançar mão dela em substituição à atorvastatina ou à simvastatina para obter reduções maiores do LDL-colesterol e do colesterol não-HDL e ainda em pacientes que já atingiram os níveis-alvo de LDL-colesterol e de colesterol não-HDL, permitindo o uso de doses menores de estatina^{14-16,18,20}.

O estudo JUPITER demonstrou uma redução de 50% da incidência de infarto do miocárdico e acidente vascular cerebral com o uso da rosuvastatina na prevenção primária em indivíduos com LDL-colesterol menor que 130 mg/dl²¹. Nesse estudo foram incluídos mais de 5 mil pacientes com idade \geq 70 anos; nesse subgrupo de idosos, a redução do risco cardiovascular com a rosuvastatina foi mais pronunciada do que no grupo mais jovem²².

Em pacientes com doença coronariana, o estudo ASTEROID mostrou redução do volume de ateroma coronariano, avaliado por ultrassonografia intravascular, com o uso da rosuvastatina²³. Em pacientes idosos (idade \geq 70 anos) com síndrome coronariana aguda sem supra de ST submetidos à angioplastia, o uso da rosuvastatina antes da intervenção foi associado a menores níveis de PCR, CK-MB e troponina e à maior fração de ejeção do ventrículo esquerdo, refletindo menor lesão miocárdica e reação inflamatória associadas ao procedimento²⁴.

Outra vantagem importante da rosuvastatina, em comparação a outras estatinas, é a falta de interações clinicamente significativas com outros fármacos metabolizados pelo citocromo P450/CYP3A4, o que faz dela um fármaco mais seguro em pacientes que fazem uso de múltiplas medicações, o que é comum em idosos²⁵.

Recentemente, um grande estudo retrospectivo, que avaliou mais de 50 mil pacientes, mostrou associação entre o uso de estatinas e o menor risco de desenvolver demência. A rosuvastatina se destacou como a estatina mais associada ao menor risco de desenvolvimento de demência, em comparação com outras estatinas²⁶.

Concluindo, as estatinas fizeram diminuir de forma importante a incidência de eventos cardiovasculares e de mortalidade, destacando-se entre elas a rosuvastatina pela sua maior potência na redução do LDL-colesterol e do colesterol não-HDL e pelo menor nível de interação farmacológica.

Referências Bibliográficas:

1. RIDKER, P.M.; LIBBY, P.; BURING, J.E. Risk Markers and the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. In: Braunwald Textbook of cardiovascular disease, 10th ed., p. 891-933, 2014. **2.** Cholesterol Treatment Trialists (CTT). Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: A meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*, v. 376, p.1670-1681, 2010. **3.** XAVIER, H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*, v. 101, n.4, Suppl 1, p. 1-22, 2013. **4.** ENDO, A. A historical perspective on the discovery of statins. *Proc. Jpn. Acad.*, v. 86, p. 484-493, 2010. **5.** BAIGENT, C. et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: A meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*, v. 376, p. 1670, 2010. **6.** MIHAYLOVA, B. et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: Meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet*, v. 380, p. 581, 2012. **7.** MABUCHI, H. et al. Effects of an inhibitor of 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase on serum lipoprotein and ubiquinone-10 levels in patients with familial hypercholesterolemia. *N. Engl. J. Med.*, v. 305, p. 478-482, 1981. **8.** 45 - Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet*, n. 344, p. 1383-1389, 1994. **9.** SHEPHERD, J. et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med*, v. 333, p. 1301-1307, 1995. **10.** SACKS, F. M. et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med*, n. 335, p. 1001-1009, 1996. **11.** SEVER, P. S. et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, n. 361, p. 1149-1158, 2003. **12.** TOBERT, J.A. Lovastatin and beyond: the history of the HMG-CoA reductase inhibitors. *Nature Reviews*, v. 2, p. 517-526, 2003. **13.** The Long-Term Intervention With Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. The Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group. *N Engl J Med*, v. 339, p. 1349-1357, 1998. **14.** KARLSON, B.W. et al. Doses of rosuvastatin, atorvastatin and simvastatin that induce equal reductions in LDL-C and non-HDL-C: Results from the VOYAGER meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*, v. 23, n.7, p. 744-747, 2016. **15.** NICHOLLS, S.J. et al. Meta-analysis of comparative efficacy of increasing dose of Atorvastatin versus Rosuvastatin versus Simvastatin on lowering levels of atherogenic lipids (from VOYAGER). *Am J Cardiol*, v. 105, n. 1, p. 69-76, 2010. **16.** PALMER, M.K. et al. Achievement of LDL-C goals depends on baseline LDL-C and choice and dose of statin: an analysis from the VOYAGER database. *Eur J Prev Cardiol*, v. 20, n. 6, p. 1080-1087, 2013. **17.** FAERGEMAN, O. et al. on behalf of the ECLIPSE Study Investigators. Efficacy and tolerability of rosuvastatin and atorvastatin when force-titrated in patients with primary hypercholesterolemia. *Cardiology*, v. 111, n. 4, p. 219-228, 2008. **18.** JONES, P.H. et al. for the STELLAR Study Group. Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin versus atorvastatin, simvastatin, and pravastatin across doses (STELLAR Trial). *Am J Cardiol*, v. 92, n. 2, p. 152-160, 2003. **19.** HARLEY, C.R. et al. Low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) levels and LDL-C goal attainment among elderly patients treated with rosuvastatin compared with other statins in routine clinical practice. *Am J Geriatr Pharmacother*, v. 5, n. 3, p. 185-94, 2007. **20.** CHEUNG, R.C. et al. Effects of switching statins on lipid and lipoprotein ratios in the MERCURY I study. *Int J Cardiol*, v. 100, p. 309-316, 2005. **21.** RIDKER, P.M. et al. Cardiovascular benefits and diabetes risks of statin therapy in primary prevention: An analysis from the JUPITER trial. *Lancet*, v. 380, p. 565, 2012. **22.** LONG, S.B. et al. Clinical utility of rosuvastatin and other statins for cardiovascular risk reduction among the elderly. *Clin Interv Aging*, v. 6, p. 27-35, 2011. **23.** NISSEN, S. E. et al. ASTEROID Investigators. Effect of very high-intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis: the ASTEROID trial. *JAMA*, v. 295, n. 13, p. 1556-1565, 2006. **24.** JIAO, Y. et al. Efficacy and Safety of Loading-Dose Rosuvastatin Therapy in Elderly Patients with Acute Coronary Syndromes Undergoing Elective Percutaneous Coronary Intervention. *Clin Drug Invest*, v. 35, n. 12, p. 777-84, 2015. **25.** DAVIDSON, M.H. Rosuvastatin in elderly patients. *Drugs Aging*, v. 24, n. 11, p. 933-44, 2007. **26.** WU, C.K. et al. Statin use reduces the risk of dementia in elderly patients: a nationwide data survey and propensity analysis. *J Intern Med*, v. 277, n. 3, p. 343-52, 2015.

Referências Bibliográficas (COMENTÁRIO MÉDICO):

1. KREISBERG, R.A.; KASIM, S. Cholesterol metabolism and aging. *Am J Med*, v.82, n.1B, p.54-60, 1987. **2.** PINTO, L.B. et al. Plasma kinetics of a cholesterol-rich emulsion in young, middle-aged, and elderly subjects. *Lipids*, v.36, n.12, p.207-11, 2001. **3.** FERRARA, A.; BARRETT-CONNOR, C.; SHAN, J. Total, LDL, and HDL cholesterol decrease with age in older men and women. *The Rancho Bernardo Study 1984-1994*. *Circulation*, v.96, n.1, p.37-43, 1997. **4.** CLARKE, R. et al. Cholesterol fractions and apolipoproteins as risk factors for heart disease mortality in older men. *Arch Intern Med*, v.167, n.13, p.1373-8, 2007. **5.** AFILALO, J. et al. Statins for secondary prevention in elderly patients: a hierarchical Bayesian meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*, v.51, p.37-45, 2008. **6.** GRUNDY, S.M. et al. Cholesterol lowering in the elderly population. Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. *Arch Intern Med*, v.159, n.15, p.1670-8, 1999. **7.** DIAMOND, G.A.; KALL, S. Prevention and treatment: a tale of two strategies. *J Am Coll Cardiol*, v.51, n.1, p.46-8, 2008. **8.** BARRY, A.R.; O'NEILL, D.E.; GRAHAM, M.M. Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Older Adults. *Can J Cardiol*, pii: S0828-282X(16)00093-3, 2016. **9.** STONE, N.J.; INTWALA, S.; KATZ, D. Statins in very elderly adults (debate). *J Am Geriatr Soc*, v.62, n.5, p.943-5, 2014. **10.** WU, C.K. et al. Statin use reduces the risk of dementia in elderly patients: a nationwide data survey and propensity analysis. *J Intern Med*, v.277, n.3, p.343-52, 2015. **11.** SWIGER, K.J. et al. Statins and cognition: a systematic review and meta-analysis of short- and long-term cognitive effects. *Mayo Clin Proc*, n.11, p.1213-21, 2013. **12.** O'KEEFE, A.G.; NAZARETH, I.; PETERSEN, L. Time trends in the prescription of statins for the primary prevention of cardiovascular disease in the United Kingdom: a cohort study using the Health Improvement Network primary care data. *Clin Epidemiol*, v.8, p.123-32, 2016. **13.** RHOADS, C. S. et al. Medications and Cardiovascular Health in Older Adults: Room for Improvement in Prevention and Treatment. *Am J Geriatr Cardiol*, v.13, n.3, p.161-167, 2004. **14.** THOMPSON, P.D. et al. Statin-Associated Side Effects. *J Am Coll Cardiol*, v.67, n.20, p.2395-410, 2016. **15.** FENCKINA, M.J. et al. Application of new cholesterol guidelines to a population-based sample. *N Engl J Med*, v.370, n.15, p.1422-31, 2014. **16.** STONE, N.J. et al. Statin therapy across the lifespan: evidence in major age groups. *Expert Rev Cardiovasc Ther*, v.14, n.3, p.241-66, 2016. **17.** STONE, N.J. et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, v.129, n.25, Suppl 2, p.S1-45, 2014. **18.** XAVIER, H.T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*, v.101, n.4, Suppl 1, p.1-20, 2013. **19.** MANOLIOU, T.A. et al. Cholesterol and heart disease in older persons and women. Review of an NHLBI workshop. *Annals of Epidemiology*, v.2, p.161-176, 1992. **20.** TONKIN, A.M. et al. Cost-Effectiveness of Cholesterol-Lowering Therapy With Pravastatin in Patients With Previous Acute Coronary Syndromes Aged 65 to 74 Years Compared With Younger Patients: Results From the LIPID Study. *Am Heart J*, v.151, n.6, p.1305-1312, 2006. **21.** MUNGALL, M.; GAW, A.; SHEPHARD, J. Statin therapy in the elderly. Does it make good clinical and economic sense? *Drugs Aging*, v.20, n.4, p.263-75, 2003. **22.** RIDKER, P. et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med*, v.359, p.2195-207, 2008. **23.** YUSUF, S. et al. HOPC-3 Investigators. Cholesterol Lowering in Intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*, v.374, n.21, p.2021-31, 2016.

Risco Cardiovascular e Dislipidemia no Idoso: Os eventos aterotrombóticos, destacando-se o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), são a principal causa de morbimortalidade em idosos. Com o envelhecimento, ocorre uma elevação dos níveis séricos do colesterol, principalmente à custa do LDL (Lipoproteína de baixa densidade). Este aumento decorre de uma menor atividade dos receptores hepáticos, o que leva a uma menor taxa catabólica de LDL. Outras comorbidades também contribuem para maior ocorrência de dislipidemia nesta faixa etária, tais como obesidade, diabetes, hipotireoidismo, insuficiência renal, medicações, além da dieta alimentar inadequada e o menor nível de atividade física.

A estratificação do risco cardiovascular permite identificar os pacientes que apresentam maior benefício no tratamento hipolipemiante e determina a intensidade do tratamento. A maioria dos indivíduos idosos são classificados como de risco cardiovascular moderado ou alto.

Decisão Terapêutica e Metas: Para uma decisão terapêutica adequada deve-se considerar os níveis lipídicos, o risco cardiovascular global, as comorbidades presentes e as expectativas e características do geronte. Os benefícios clínicos do controle da dislipidemia são constantes e cumulativos, no entanto, demoram em média de um a dois anos para aparecer.

Alguns estudos observacionais associaram baixos níveis de colesterol com maior mortalidade, porém o mais provável é que haja uma causalidade reversa: uma má condição clínica subjacente seja a causa do colesterol baixo e da maior mortalidade. Neste caso o colesterol baixo seria um marcador e não um fator de risco.

Os benefícios do uso da estatina em idosos estão bem demonstrados, até mesmo nos muito idosos (>80 anos). As evidências atuais demonstram ainda redução de risco de demência, uma doença de alto impacto na população geriátrica. Apesar dos avanços obtidos, os idosos ainda são subtratados.

A idade per se não deve ser o fator decisivo para a terapia medicamentosa e metas, mas sim o status cognitivo e funcional. Devemos lembrar que a média de expectativa adicional de vida aos 65 anos no Brasil é de aproximadamente mais 20 anos. Tempo mais que suficiente para se observar os benefícios do tratamento com estatinas.

As modificações do estilo de vida (MEVs) devem ser estimuladas nos idosos e incluem: adequação dietética, prática regular de atividades físicas e controle do peso. A abordagem interdisciplinar nesta população é fundamental.

Idosos são mais susceptíveis a miopatia por estatinas. Além disso, recebem um maior número de medicamentos de uso contínuo, o que aumenta a probabilidade de interações farmacológicas. Poucos fármacos exigem limitar a dose da rosuvastatina, destacando-se alguns antivirais, genfibrozil e ciclosporina.

Existem divergências na meta de LDL entre as diretrizes atuais. Temos utilizado o modelo de tratamento baseado em metas e não em doses fixas de estatinas. Nos indivíduos em condição funcional boa, as metas devem ser semelhantes ao adulto, considerando as preferências do paciente. Por exemplo, idosos de muito alto risco ou em prevenção secundária devem manter no longo prazo LDL <70 mg/dL, com tendência hoje a níveis ainda mais baixos.

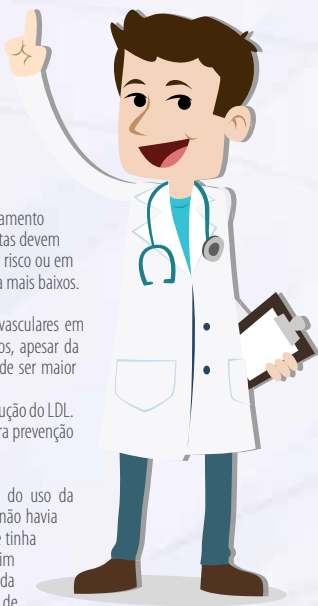
Rosuvastatina no Idoso: Como os idosos apresentam maior risco absoluto de eventos cardiovasculares em comparação aos indivíduos mais jovens, o tratamento é capaz de evitar um maior número de eventos, apesar da mesma redução de risco relativo. Desta forma, o custo-efetividade do tratamento hipolipemiante pode ser maior nesta faixa etária, pois o número necessário para tratar (NNT) é menor em idosos.

Isso foi demonstrado no estudo JUPITER com o uso da rosuvastatina, a mais potente estatina na redução do LDL. Neste estudo foi incluído grande número de idosos (5.690 indivíduos com mais de 70 anos) e o NNT para prevenção primária de eventos CV foi de 36 em adultos e 24 em idosos.

Mais recentemente, outro grande ensaio clínico, o estudo HOPE-3, demonstrou o benefício do uso da rosuvastatina em prevenção primária para indivíduos de risco CV intermediário. Merece destaque que não havia limite superior de idade para inclusão no estudo. Dentre os mais de 12 mil pacientes incluídos, metade tinha idade >65 anos. Houve expressivos benefícios no risco de desfechos CV independente da idade. Assim como no JUPITER, o número absoluto de eventos prevenidos foi maior nos mais idosos. O grupo em uso da rosuvastatina teve maior proporção de cirurgia de catarata e de sintomas musculares, mas menor taxa de descontinuação que o placebo. Não houve aumento de diabetes.

Conclusão: A prevalência de dislipidemia aumenta com a idade, assim como o risco CV. Há um crescimento quase exponencial na população de idosos em nosso meio.

Prevenção Secundária deve ser realizada em todas as idades. Na prevenção primária em longevos deve ser individualizada, sendo que a condição funcional deve ser o principal fator na decisão terapêutica. Atentando-se às comorbidades e à polifarmácia, idosos em boa condição funcional devem ser tratados como os idosos jovens. A rosuvastatina se mostrou segura e eficaz na prevenção cardiovascular nesta população, até mesmo na prevenção primária.



DICAS PARA O PACIENTE IDOSO



Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial (ou pressão alta) é caracterizada por níveis tensionais altos ($\geq 140/90$ mmHg), que podem levar a: insuficiência renal, insuficiência cardíaca, derrame cerebral, ataque cardíaco e aceleração da arteriosclerose.

Algumas mudanças no estilo de vida do paciente hipertenso podem contribuir para o melhor controle da pressão alta. São elas: prática regular de exercícios físico, perda de peso, diminuição do consumo de sódio, açúcares e gorduras nas refeições, abandono do tabagismo e abstinência ou moderação no consumo de álcool.



Obesidade

A redução do excesso de peso contribui para diminuir o risco de doenças associadas à obesidade e ao sobrepeso como: diabetes e pré-diabetes, dislipidemias e hipertensão arterial, entre outras.

Para conseguir perder e manter o peso ideal é recomendada uma dieta saudável, associada à prática regular de exercícios físicos.



Prática regular de atividade física

Com a prática regular de exercícios físicos, ocorre melhora de: condicionamento cardiorrespiratório, tônus muscular, ansiedade e equilíbrio, além de facilitação da manutenção do peso ideal, entre outros benefícios. Por isso, pratique sempre exercícios físicos adequados à sua idade e condição física.



Stress

Em situações de estresse, ocorre uma série de alterações fisiopatológicas, que se mantidas a longo prazo, podem prejudicar o funcionamento do organismo.

Organize-se melhor e tente não se irritar com coisas pequenas. Alimente-se corretamente, pratique atividades físicas e técnicas de relaxamento.



Fumo

O fumo está relacionado com uma série de doenças, como câncer, enfisema pulmonar, doenças cardiovasculares entre outros. Por isso é recomendado que o paciente não fume, ou, que pare de fumar o mais rápido possível.



Colesterol

Controle a ingestão de colesterol, de gorduras saturadas e de alimentos ricos em açúcar, de modo a manter o colesterol nos níveis adequados, pois o seu descontrole predispõe a doenças como a aterosclerose, e consequentemente ao infarto, à morte e ao derrame cerebral.



Medicamentos

Utilize somente medicamentos indicados pelo seu médico, pois o uso abusivo ou inadequado de remédios pode provocar doenças e até mesmo a morte.



Diabetes

O diabetes é uma doença crônica responsável pela redução de expectativa de vida, e pode provocar alterações graves em órgãos como olhos, rins, cérebro e coração, entre outros.

Mantenha sempre sua glicemia (nível de açúcar no sangue) dentro dos valores adequados.



Estilo de Vida e Cuidando da mente

Tenha algum hobby ou formas de lazer para os quais você possa dedicar parte do seu tempo, e procure conviver com pessoas.

Fuja do isolamento e da solidão. Cuidado com a depressão!



Faça exames de rotina e visite regularmente o médico

A prevenção é sempre o melhor caminho. Cuide do seu organismo para evitar ou tratar eventuais problemas de saúde. Exercite sua mente com leituras, filmes, palavras cruzadas, jogos de raciocínio, entre outros.



Banho

Os banhos devem ser diários, frios ou mornos; cuide bem da pele, que fica mais sensível na 3ª idade.



Quedas e Fraturas

As quedas em idosos têm como principais consequências as lesões e o risco de fraturas. A queda podem deixar o paciente dependente ou incapacitá-lo, demandando tempo e recursos financeiros com a reabilitação.

Para evitar as quedas, algumas medidas devem ser tomadas:

- **Iluminação de ambientes:** os ambientes devem ser bem iluminados e com fácil acesso aos interruptores. À noite, manter uma luz auxiliar, principalmente nas divisões e corredores.
- **Mobiliário:** manter os ambientes para fácil circulação do paciente, retirando objetos que atrapalhem a passagem.
- **Tapetes:** evitar o uso de tapetes, mas se existirem, devem estar fixados ao chão para evitar tropeços ou escorregões.
- **Escadas:** colocar corrimões em escadas, para que o paciente tenha onde se apoiar se se desequilibrar. O risco de queda é menor se o paciente subir ou descer os degraus em diagonal.
- **Calçados:** evitar o uso de chinelos ou sapatos soltos, que não estejam firmemente presos aos pés. Não caminhar descalço.

Bibliografia:

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, n.95, v.1 supl.1, p. 1-51, 2010.
2. XAVIER, H.T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol**, v.101, n.4, Supl.1, 2013.
3. RYDÉN, L. et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. **Eur. Heart J.**, v.34, n.39, p.3035-87, 2013.
4. MAZO, G.Z. et al. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Rev. Bras. Fisioter**, v. 11, n. 6, p. 437-442, nov./dez. 2007
5. GUIA DE PREVENÇÃO. Riscos domésticos para os idosos. Disponíveis em: www.fundacionmapfre.com.br/Portal/Fundacao/Arquivos/Download/_/381.pdf. Acesso em jul.2016.
6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Dicas ao idoso. Disponível em: <http://sbgg.org.br/dicas/>. Acesso em jul.2016.