

PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA
GERIATRIA



**CONTEÚDO
PROGRAMÁTICO**



CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA EM GERIATRIA

Apresentação do Curso

Este programa de especialização médica em Geriatria foi planejado para médicos recém-formados, com 1200 horas distribuídas em 24 meses (24 módulos mensais). O objetivo é oferecer formação abrangente e de excelência no cuidado ao paciente idoso, com foco clínico e abordagem multidisciplinar – incluindo geriatria clínica, cuidados paliativos, geriatria hospitalar, aspectos sociais e saúde pública. O conteúdo está alinhado a diretrizes nacionais e internacionais (Ministério da Saúde, OMS, SBGG) e incorporou recomendações de instituições referência, como a UNIFESP e sociedades médicas de geriatria, garantindo uma atualização constante e boas práticas baseadas em evidências. A crescente demanda por especialistas em saúde do idoso, em face do rápido envelhecimento populacional (a OMS projeta 2 bilhões de pessoas acima de 60 anos no mundo até 2050, e no Brasil os idosos superarão as crianças até 2030), reforça a importância deste curso. A seguir, apresenta-se a estrutura curricular detalhada.

Estrutura Curricular

Módulo 1: Fundamentos da Geriatria e Envelhecimento Humano

- **Biologia do envelhecimento:** teorias do envelhecimento celular (radicais livres, telômeros, apoptose, senescência celular) e bases genéticas do envelhecimento.
- **Alterações fisiológicas por sistemas:** revisão das mudanças estruturais e funcionais relacionadas à idade nos sistemas cardiovascular, respiratório, renal, endócrino, musculoesquelético e nervoso central.
- **Envelhecimento normal vs. patológico:** distinção entre senescência (envelhecimento fisiológico) e senilidade (envelhecimento patológico), identificando limites do “envelhecimento saudável” e reconhecendo sinais de doenças geriátricas precocemente.

- Demografia e epidemiologia do idoso: transição demográfica e desafios do aumento da longevidade populacional (projeções de crescimento da população idosa e impacto nos serviços de saúde).
- Introdução à geriatria e gerontologia: evolução histórica da geriatria como especialidade, conceitos de cuidado integral e interdisciplinar, e panorama das políticas públicas voltadas ao idoso no Brasil.

Módulo 2: Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

- Conceito de AGA: entendimento da Avaliação Geriátrica Ampla (ou Avaliação Multidimensional do Idoso) como um processo diagnóstico multidimensional e interdisciplinar, englobando avaliações médicas, funcionais, cognitivas, emocionais e sociais . A AGA identifica necessidades integradas do idoso e orienta um plano de cuidado individualizado.
- Componentes da AGA: avaliação da capacidade funcional (atividades de vida diária – AVDs e instrumentais – AIVDs), do estado cognitivo (testes como MEEM, relógio), do humor (escala de depressão geriátrica), do equilíbrio e risco de quedas (ex.: teste Up and Go), do estado nutricional (Mini Avaliação Nutricional), das condições sociais (rede de apoio familiar, situação de moradia) e do ambiente.
- Instrumentos e escalas geriátricas: treinamento no uso de escalas validadas – Índice de Katz e escala de Lawton (funcionalidade), MEEM e MoCA (cognição), GDS (depressão), Escala de Vulnerabilidade Clínico-Funcional, teste de caminhada de 6 minutos, entre outros.
- Importância e aplicação da AGA: discussão de evidências que mostram melhoria na qualidade do cuidado ao idoso por meio da AGA (por exemplo, em pacientes oncológicos, a AGA permite identificar fragilidades e melhorar a abordagem clínica). Planejamento de cuidados multidisciplinares baseados nos achados da AGA, incluindo encaminhamentos (fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social etc.).
- Elaboração de plano de cuidado individualizado: integração das informações coletadas para formular planos terapêuticos personalizados, envolvendo objetivos clínicos, reabilitação, prevenção de declínios e coordenação de cuidados (ex.: acompanhamento ambulatorial, suporte domiciliar).

Módulo 3: Síndromes Geriátricas

- **Fragilidade:** definição da síndrome da fragilidade (fenótipo de Fried e outros critérios), identificação de sinais (perda de peso não intencional, exaustão, redução de força e velocidade de marcha, baixa atividade) e implicações prognósticas. Estratégias de intervenção para reverter ou reduzir a fragilidade (exercícios resistidos, suplementação nutricional, polivitamínicos, revisão medicamentosa).
- **Sarcopenia:** fisiopatologia da perda de massa e função muscular relacionada à idade, diagnóstico (critérios do EWGSOP: massa muscular baixa + baixo desempenho ou força) e consequências (risco de quedas, dependência funcional). Manejo com exercício físico, dieta proteica adequada e eventualmente uso de suplementos (como vitamina D) conforme diretrizes.
- **Quedas e instabilidade postural:** fatores de risco intrínsecos (alterações de equilíbrio, hipotensão postural, doenças neurológicas) e extrínsecos (ambiente inseguro), avaliação pós-queda, prevenção (adequação do domicílio, dispositivos de auxílio, exercícios de equilíbrio). Abordagem multidisciplinar das quedas, incluindo reabilitação e uso de escalas de risco.
- **Incontinência urinária:** tipos (de esforço, urgência/hiperativa, mista, por transbordamento), avaliação básica (diário miccional, exame ginecológico/urológico, urina I), manejo inicial (exercícios de assoalho pélvico, treino vesical) e tratamentos clínicos (medicamentos antimuscarínicos, alfabloqueadores) e cirúrgicos quando indicados.
- **Delirium:** reconhecimento do delirium (agudo e flutuante estado confusional), fatores precipitantes comuns em idosos hospitalizados (infecções, fármacos, distúrbios metabólicos), diferenciação de demência, uso de instrumentos como CAM-ICU. Prevenção e manejo não farmacológico (reorientação, ambiente calmo, hidratação) e farmacológico (antipsicóticos em casos selecionados).
- **Depressão e apatia no idoso:** características clínicas da depressão geriátrica (sintomas somáticos proeminentes, pseudodemência), ferramentas de rastreio (GDS-15), diagnóstico diferencial com demência. Tratamento com antidepressivos (iniciando com doses menores, monitorando efeitos colaterais) e psicoterapia. Identificação e manejo da apatia como síndrome geriaticamente relevante, especialmente em demências.

Módulo 4: Neurogeriatria e Demências

- Síndromes demenciais: quadro clínico, critérios diagnósticos e evolução das demências mais prevalentes – Doença de Alzheimer, demência vascular, demência por Corpos de Lewy, demência fronto temporal, e comprometimento cognitivo leve. Ênfase na Doença de Alzheimer, responsável por 60–70% dos casos de demência, e nas particularidades clínicas de cada subtipo (por exemplo, flutuação e alucinações visuais na demência de Lewy, alterações de personalidade na fronto temporal).
- Avaliação cognitiva e diagnóstico diferencial: uso de testes neuropsicológicos breves (Mini-Exame do Estado Mental, MoCA) e escalas funcionais, exames complementares (imagem cerebral, exames laboratoriais para causas reversíveis como B12, sífilis, TSH), diagnóstico diferencial entre demência, delirium e depressão (“tríade D”).
- Manejo das demências: abordagens farmacológicas (inibidores da colinesterase – rivastigmina, donepezil – e memantina na doença de Alzheimer; tratamento de sintomas comportamentais com antipsicóticos em dose mínima quando necessário) e não farmacológicas (estimulação cognitiva, terapias ocupacionais, adaptação do ambiente). Envolvimento da família no cuidado, orientação sobre manejo de sintomas psicológicos e comportamentais da demência (agitação, agressividade, deambulação).
- Doença de Parkinson e síndromes extrapiramidais: apresentação típica do Parkinson idiopático no idoso (tremor de repouso, bradicinesia, rigidez, instabilidade postural), tratamento com levodopa e outros agentes (agonistas dopaminérgicos, IMAO-B) adaptado à tolerância do idoso. Complicações motoras e não-motoras (distúrbios cognitivos, alterações de humor, disautonomias) e manejo multidisciplinar (fisioterapia motora, fonoaudiologia para disartria e disfagia). Discussão de parkinsonismos atípicos (PSP, AMS) e suas diferenças.
- Acidente Vascular Cerebral (AVC) no idoso: fatores de risco prevalentes, prevenção primária e secundária (controle de pressão, anticoagulação na fibrilação atrial conforme risco/benefício no idoso), manejo do AVC isquêmico agudo em idosos (particularidades de trombólise em pacientes mais velhos) e reabilitação pós-AVC focada em maximizar recuperação funcional.

Módulo 5: Nutrição e Metabolismo no Idoso

- Avaliação nutricional geriátrica: métodos de triagem e avaliação detalhada do estado nutricional (Mini Avaliação Nutricional – MNA, índice de massa corporal, circunferência da panturrilha, albumina sérica), identificando desnutrição, risco nutricional ou obesidade. Importância de detectar perda de peso involuntária e suas causas potenciais.
- Necessidades energéticas e dietéticas: alterações do metabolismo basal no envelhecimento, recomposição de macronutrientes (proteínas de alto valor biológico para prevenir sarcopenia, fibras para função intestinal, hidratação adequada) e micronutrientes essenciais (vitamina D, cálcio, vitamina B12, entre outros) na dieta do idoso.
- Desnutrição e caquexia: causas (neoplasias, depressão, doenças crônicas avançadas, disfagia), manifestações (perda ponderal, hipoproteïnemia, redução de massa muscular), abordagem terapêutica (dieta hipercalórica fracionada, suplementação oral, suporte nutricional enteral ou parenteral quando indicado), além de manejo da anorexia do envelhecimento.
- Sarcopenia e obesidade sarcopênica: interface entre nutrição e composição corporal. Estratégias nutricionais para prevenção e tratamento da sarcopenia (adequação de ingestão proteica ~1,0–1,2 g/kg/dia, suplementação de leucina, vitamina D) combinadas a exercício físico. Discussão sobre obesidade sarcopênica e manejo de peso no idoso – equilibrar riscos de baixo peso vs. obesidade.
- Distúrbios metabólicos comuns: metabolismo da glicose (impacto de dietas na glicemia de diabéticos idosos), metabolismo lipídico (controle dietético de dislipidemia) e síndrome metabólica. Abordagem nutricional na constipação crônica (ingesta de fibras, líquidos) e na saúde óssea (cálcio e vitamina D dietéticos).
- Suplementação e dietas especiais: uso racional de polivitamínicos, suplementos proteicos, probióticos, ômega-3, entre outros, considerando evidências e recomendações. Dietas em condições específicas: dieta branda para idosos com dificuldade de mastigar/deglutir, dietas para insuficiência renal ou hepática, orientações dietéticas na demência (e.g., alimentação assistida, ambiente tranquilo).

Módulo 6: Farmacologia Geriátrica e Prescrição Segura

- Farmacocinética e farmacodinâmica no idoso: revisão das alterações da absorção (menor acidez gástrica, esvaziamento gástrico mais lento), distribuição (redução de água corporal, aumento de gordura corporal afetando volume de distribuição de fármacos lipossolúveis), metabolismo hepático (diminuição do fluxo sanguíneo e metabolismo de primeira passagem) e excreção renal (queda do clearance de creatinina). Implicações práticas na definição de doses e intervalos dos medicamentos para pacientes idosos.
- Polifarmácia: reconhecimento de que muitos idosos usam múltiplos medicamentos simultaneamente – por exemplo, estudo populacional brasileiro demonstrou polifarmácia (uso de ≥ 5 fármacos) em cerca de 32% dos idosos avaliados. Discussão sobre fatores associados (multimorbidades, múltiplos prescritores) e consequências adversas (reações adversas, interações medicamento-medicamento e medicamento-doença, menor adesão).
- Deprescrição e revisão de medicamentos: conceitos de deprescrição (identificação e retirada supervisionada de fármacos potencialmente desnecessários ou inapropriados), técnicas para conduzir revisão regular da lista de medicamentos (Medication Review), priorização de terapias segundo risco/benefício e preferências do paciente. Ferramentas como critérios de Beers e critérios STOPP/START para auxiliar na identificação de medicamentos potencialmente inapropriados no idoso.
- Interações medicamentosas e efeitos adversos: destaque para interações farmacológicas comuns em geriatria (ex.: AINEs + IECA aumentando risco renal, warfarina interagindo com múltiplas drogas e alimentos, sedativos potencializando confusão) e maior suscetibilidade do idoso a efeitos colaterais (anticolinérgicos causando delirium, benzodiazepínicos causando quedas). Estratégias para minimizar riscos: “start low and go slow” (iniciar com dose baixa e aumentar lentamente), monitoramento frequente e educação do paciente/cuidador.
- Adesão terapêutica: desafios de aderência em pacientes idosos (declínio cognitivo, regimes complexos, dificuldades visuais/motoras para manusear comprimidos), importância de orientações claras e uso de recursos como caixas organizadoras, etiquetas visuais, apoio de cuidadores e simplificação do esquema terapêutico quando

possível.

- Prescrição segura: princípios da prescrição adequada na geriatria – considerar necessidades individuais, expectativa de vida e objetivos de cuidado (curativo vs. paliativo), evitar iatrogenias. Discussão de casos clínicos ilustrativos de prescrições problemáticas e corretas, reforçando a tomada de decisão baseada em evidências e em diretrizes clínicas adaptadas à população idosa.

Módulo 7: Doenças Cardiovasculares no Idoso

- Hipertensão arterial sistêmica (HAS): peculiaridades da hipertensão no idoso (predomínio de hipertensão sistólica isolada por perda da complacência arterial), metas pressóricas recomendadas conforme fragilidade e comorbidades – geralmente < 140/90 mmHg, porém individualizando para <150/90 mmHg em idosos frágeis, segundo diretrizes. Abordagem terapêutica: mudanças de estilo de vida adaptadas (dieta com restrição de sal, atividade física se possível) e escolha de fármacos (tiazídicos, iECA/BRA, bloqueadores de canal de cálcio) considerando comorbidades e riscos de hipotensão ortostática.
- Insuficiência cardíaca (IC): diferenciação de IC com fração de ejeção reduzida vs. preservada (ICFEP), cada vez mais comum em idosos hipertensos. Diagnóstico (sinais como dispneia, edema, BNP elevado) e manejo: medidas não farmacológicas (controle de peso, restrição salina) e tratamento medicamentoso (IECAs/BRA, betabloqueadores e antagonistas de mineralocorticoide na IC sistólica; manejo da pressão e comorbidades na ICFEP). Considerações sobre tolerabilidade de altas doses em idosos e cuidados na titulação.
- Arritmias e condução: alta prevalência de fibrilação atrial no idoso; estratificação de risco tromboembólico (CHA2DS2-VASc) e hemorrágico (HAS-BLED) para decisão de anticoagulação – discussão de benefícios dos DOACs vs varfarina nessa faixa etária, considerando risco de quedas e interações. Bradiarritmias (doença do nó sinusal, bloqueios AV) levando à necessidade de marca-passo – avaliação e indicação em pacientes octogenários.
- Doença arterial coronariana: apresentação atípica de síndromes coronarianas

agudas no idoso (dispneia, síncope, confusão em vez de dor torácica típica), estratégias de estratificação de risco e manejo de infarto agudo do miocárdio em idosos (benefícios e riscos da terapia invasiva vs. clínica exclusiva). Angina crônica estável: controle de sintomas com betabloqueadores, nitratos e reabilitação cardiopulmonar, equilibrando polifarmácia.

- Valvopatias degenerativas: enfoque na estenose aórtica calcificada, condição comum em idosos – diagnóstico (sopros e eco Doppler), manifestação (angina, síncope, IC) e indicações de intervenção (TAVI – implante transcater de válvula aórtica – como alternativa à cirurgia em pacientes idosos de alto risco). Outras valvopatias como insuficiência mitral secundária à dilatação do VE e manejo em idosos.
- Prevenção cardiovascular no idoso: individualização de medidas de prevenção secundária e primária em idosos – manejo de dislipidemia (uso de estatinas em prevenção secundária robustamente indicado; em prevenção primária avaliar caso a caso), cessação do tabagismo em qualquer idade, incentivo à atividade física adaptada e dieta cardioprotetora. Avaliação de fragilidade vs. expectativa de vida para procedimentos invasivos (ex.: revascularização miocárdica, implantes) e ajuste das metas terapêuticas conforme contexto geral do paciente.

Módulo 8: Doenças Respiratórias no Idoso

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): apresentação e progressão da DPOC em idosos fumantes/ex-fumantes, estadiamento pela espirometria (VEF1) e avaliação multidimensional (escala mMRC de dispneia, índice BODE). Manejo de acordo com grupo GOLD: broncodilatadores (antimuscarínicos de longa ação e beta-2 agonistas), corticoides inalatórios em fenótipos exacerbados, reabilitação pulmonar (exercícios respiratórios e condicionamento físico) e oxigenoterapia domiciliar prolongada em insuficiência respiratória crônica. Considerar comorbidades frequentes (cardíacas, osteoporose, depressão).
- Asma brônquica no idoso: distinguir asma de início tardio versus DPOC ou síndrome de sobreposição Asma-DPOC (ACO). Características da asma senil (menos atopia,

frequentemente subdiagnosticada), prova broncodilatadora e testes inflamatórios (fração exalada de NO) quando disponíveis. Tratamento com corticoide inalatório + broncodilatador conforme controle, levando em conta limitações físicas para dispositivos inalatórios – treinar técnica inalatória ou usar espaçadores/nebulizadores conforme necessidade.

- Infecções respiratórias: pneumonias adquiridas na comunidade com alta morbimortalidade em idosos – apresentação clínica muitas vezes atípica (queda do estado geral, confusão ao invés de febre alta e tosse produtiva clássica), importância do diagnóstico precoce (RX de tórax, dosagem de PCR) e início ágil de antibióticos adequados. Pneumonia aspirativa em pacientes com disfagia (identificação e medidas preventivas). Tuberculose em idosos: permanece no diagnóstico diferencial de pneumopatias crônicas, quadro frequentemente paucibacilar e de difícil diagnóstico – lembrar de investigar em idosos institucionalizados ou com perda de peso crônica.
- Síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS): prevalência significativa em idosos, muitas vezes subdiagnosticada (sonolência, cefaleia matinal, alterações cognitivas). Realização de polissonografia em casos suspeitos e tratamento com higiene do sono, redução de peso, e CPAP quando indicado – observando aderência e tolerância do idoso ao aparelho.
- Insuficiência respiratória crônica: manejo de condições avançadas levando a insuficiência respiratória em idosos (DPOC estágio final, fibrose pulmonar idiopática, cifoescoliose grave). Critérios para oxigenoterapia domiciliar, ventilação não invasiva domiciliar (bi-level) em casos selecionados de hiperventilação, e cuidados paliativos para dispneia refratária.
- Reabilitação e cuidados respiratórios especiais: técnicas de fisioterapia respiratória no idoso (exercícios de expansão torácica, higiene brônquica em pacientes acamados para prevenir atelectasias e infecções), vacinação respiratória preventiva (influenza anual, pneumocócica) e educação do paciente/família quanto a sinais de alerta e manejo adequado de dispositivos inalatórios e oxigenoterapia.

Módulo 9: Doenças Endócrinas e Metabólicas

- Diabetes mellitus no idoso: peculiaridades da apresentação do diabetes tipo 2 em

idosos (sintomas muitas vezes inespecíficos, como fadiga, perda funcional ou infecções de repetição). Metas glicêmicas individualizadas conforme estado funcional e expectativa de vida – por exemplo, HbA1c ~7-7,5% para idosos robustos, ou valores mais lenientes (até ~8-8,5%) em pacientes frágeis ou com múltiplas comorbidades para evitar hipoglicemias. Manejo: educação nutricional, atividade física adaptada; escolha de antidiabéticos orais com perfil seguro (metformina se função renal ok, evitando sulfonilureias de longa ação pelo risco de hipoglicemia) e introdução cautelosa de insulina quando necessária, com esquemas simplificados. Detecção e tratamento de complicações crônicas (retinopatia, nefropatia, neuropatia) levando em conta benefícios versus riscos de intervenções invasivas em idosos.

- Dislipidemias: interpretação de dislipidemias em idosos – colesterol total e LDL tendem a declinar após os 80 anos, considerar contexto clínico. Indicações de estatinas para prevenção secundária (pós-eventos cardiovasculares) independentemente da idade, e para prevenção primária baseadas em risco global e estado de saúde. Manejo de hipertrigliceridemia associado à síndrome metabólica. Monitorização de efeitos adversos de hipolipemiantes (miopatia por estatinas, ajuste de dose).
- Doenças da tireoide: alta prevalência de hipotireoidismo primário (frequentemente autoimune) no idoso – quadro clínico pode ser sutil (fadiga, constipação, depressão), necessidade de avaliação periódica de TSH. Tratamento com levotiroxina iniciando com doses baixas e ajuste lento, evitando sobretratamento (risco de osteoporose e FA se hipertireoidismo subclínico iatrogênico). Hipertireoidismo no idoso (Doença de Graves ou bócio nodular tóxico) frequentemente se apresenta como apatia tireotóxica ou perda de peso sem sinais clássicos; manejo com tionamidas ou radioiodo, atentar para FA associada.
- Osteoporose e metabolismo ósseo: fisiopatologia da perda óssea pós-menopausa e senil (desequilíbrio entre reabsorção e formação óssea). Rastreamento de osteoporose em idosos (densitometria óssea em mulheres ≥ 65 e homens ≥ 70 ou com fatores de risco) e avaliação de risco de fraturas (FRAX). Tratamento: suplementação adequada de cálcio e vitamina D, exercícios com impacto e resistência, medidas anti-queda; terapia farmacológica quando indicada (bisfosfonatos como alendronato, denosumabe, teriparatida em casos graves), monitorando efeitos a longo prazo

(osteonecrose de mandíbula, fraturas atípicas). Manejo de fraturas osteoporóticas vertebrais e de quadril, incluindo reabilitação.

- Outras endocrinopatias relevantes: Síndrome metabólica no idoso (particularidades diagnósticas e risco de progressão a DM2 e doença cardiovascular), hipogonadismo masculino tardio (andropausa – sintomas de baixa libido, sarcopenia; indicação controversa de reposição de testosterona, avaliando caso a caso), hiperparatireoidismo primário leve (causa de osteoporose e cálcio sérico limítrofe, manejo cirúrgico vs. clínico conforme idade e sintomas).
- Obesidade e síndrome da fragilidade metabólica: discussão sobre paradoxos da obesidade no idoso (leve excesso de peso pode não ser tão deletério quanto em jovens, porém obesidade grave traz limitação funcional). Abordagem cuidadosa da perda ponderal quando indicada, com dieta balanceada e exercício supervisionado, sempre prevenindo perda de massa magra.

Módulo 10: Doenças Gastrointestinais e Hepáticas

- Saúde oral e deglutição: importância da avaliação odontológica no idoso, identificação de problemas dentários que interferem na nutrição (perda dentária, próteses mal ajustadas, xerostomia induzida por medicamentos) e impacto na mastigação. Reconhecimento de disfagia orofaríngea – causa frequente de pneumonia aspirativa – e estratégias de manejo (dieta de consistência adaptada, exercícios de deglutição, orientação de postura para alimentar-se).
- Esôfago e estômago: Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) comum em idosos, podendo manifestar-se atipicamente (tosse crônica, rouquidão). Diagnóstico e tratamento (IBPs, medidas posturais e dietéticas, uso cauteloso de IBP prolongado devido a riscos como fraturas e deficiência de B12). Gastroparesia (especialmente em diabéticos) causando saciedade precoce – manejo dietético e farmacológico (metoclopramida com cuidado aos efeitos extrapiramidais). Prevenção e manejo de úlceras pépticas e gastrite por AINEs (uso de IBP profilático quando necessário).
- Intestino e cólon: Constipação crônica – muito prevalente – avaliação de causas (ingesta insuficiente de fibras/líquidos, inatividade, efeitos de medicamentos como

opioides ou bloqueadores de cálcio) e tratamento escalonado: medidas comportamentais (rotina intestinal, atividade física), laxativos osmóticos (PEG, lactulose) ou estimulantes, e enemas/supositórios para resgate. Incontinência fecal: causas neurológicas ou intestinais, abordagem com reabilitação do assoalho pélvico e controle do trânsito intestinal. Rastreamento de câncer colorretal em idosos – considerar interrupção após 75–80 anos ou se expectativa de vida limitada. Manejo de diverticulose e diverticulite em faixas etárias avançadas (apresentação muitas vezes atípica, limiares para tratamento hospitalar/cirúrgico).

- Síndromes de má absorção: destaque para deficiência de vitamina B12 em idosos (frequentemente por gastrite atrófica, hipocloridria ou uso de IBP; manifestações hematológicas e neurológicas) – importância de dosagem e reposição quando indicada. Doença celíaca de início tardio como diagnóstico diferencial em síndromes disabsortivas ou anemia ferropriva sem causa aparente. Insuficiência pancreática exócrina leve em idosos com história de pancreatite crônica. Abordagem de diarreia crônica no idoso, incluindo colite microscópica (causa de diarreia aquosa crônica que aumenta com idade).
- Fígado e vias biliares: Hepatites crônicas (B e C) – muitos idosos são portadores crônicos; considerações sobre tratamento antiviral em idades avançadas (avaliar risco/benefício e comorbidades). Esteatose hepática não alcoólica (NAFLD) em idosos com síndrome metabólica – progressão para esteatohepatite e fibrose, controle de fatores de risco metabólicos. Cirrose hepática em idosos: manejo de complicações (ascite, encefalopatia) ponderando fragilidade e candidaturas a procedimentos invasivos (TIPS, transplante geralmente raro acima de certa idade). Colelitíase e colecistite acalculosa em pacientes muito idosos ou críticos.
- Tumores gastrointestinais: consideração de apresentação e abordagem de neoplasias GI em idosos – câncer colorretal (importância da colonoscopia de rastreio até certa idade, avaliação geriátrica para decidir cirurgias), câncer gástrico (pode se manifestar com anemia, perda de peso – avaliação endoscópica se sintomas dispépticos de alarme), câncer de pâncreas (suspeita diante de icterícia indolor em idosos, avaliação de operabilidade vs cuidados paliativos). Importância de decisão compartilhada envolvendo expectativas de qualidade de vida.

Módulo 11: Doenças Neuromusculares e Osteoarticulares

- Osteoartrite (artrose): fisiopatologia do desgaste articular relacionado à idade (coluna, joelhos, quadris, mãos), apresentação clínica (dor mecânica, rigidez matinal breve), diagnóstico clínico-radiológico. Manejo multiprofissional: educação, exercícios de baixo impacto e fortalecimento muscular, perda ponderal se sobrepeso, analgesia escalonada (paracetamol, AINE tópico ou oral com cautela gastrointestinal, duloxetina para dor crônica, opioides fracos se dor refratária), uso de órteses (bengalas, estabilizadores de joelho) e quando indicar avaliação para artroplastia em grandes articulações.
- Artrite reumatoide e doenças reumáticas senis: particularidades da artrite reumatoide de início tardio (≥ 60 anos), geralmente menos nódulos e mais acometimento de grandes articulações; manejo com DMARDs tradicionais (metotrexato, hidroxicloroquina) ajustados à tolerabilidade, e considerações sobre terapia biológica em idosos (risco de infecções). Polimialgia reumática – síndrome de dor e rigidez cintural em idosos, alta resposta a baixas doses de corticoide – diagnóstico e relação com arterite de células gigantes. Osteoartropatia hipertrófica (pulmonar) e gota/cristalopatias no idoso (gota frequentemente com tofos em idosos de longa data, manejo de alopurinol monitorando função renal).
- Doenças musculares e neuromusculares: Miopatias em idosos – polimiosite e dermatomiosite de início tardio, suspeitar diante de fraqueza proximal progressiva; diagnóstico por enzimas musculares e EMG, biópsia se necessário, tratamento com imunossupressores. Miopatia por estatinas como causa tratável de fraqueza muscular. Neuropatia periférica no idoso – frequentemente polineuropatia distal simétrica por diabetes ou etiologia idiopática; avaliação de déficits sensoriais e motores, prevenção de úlceras em pés, tratamento de dor neuropática (gabapentinóides, antidepressivos tricíclicos com cautela anticolinérgica).
- Sarcopenia e imobilidade: reforço sobre os efeitos da perda de massa muscular na mobilidade e autonomia (conexão com módulo de Nutrição). Síndrome do imobilismo no idoso frágil – consequências sistêmicas da permanência no leito (perda funcional acelerada, risco de úlceras de pressão, trombozes, infecções urinárias e pulmonares). Estratégias de prevenção: mobilização precoce, fisioterapia motora, mudanças de

decúbito frequentes, suporte nutricional adequado e estímulo à atividade na medida do possível.

- Reabilitação osteomuscular: papel da fisioterapia e terapia ocupacional na recuperação de funções após eventos incapacitantes (AVC, fraturas, cirurgias ortopédicas). Abordagem de reabilitação em fratura de quadril – importância de iniciar a marcha com auxílio precocemente, prevenção de síndrome pós-queda (medo de cair novamente). Uso de dispositivos de auxílio (andadores, cadeiras de rodas) e adaptações no domicílio (barras de apoio, elevação de assento) para pacientes com limitações permanentes.
- Osteoporose (revisão prática): retomada de conceitos do metabolismo ósseo do módulo endócrino com enfoque prático – interpretação de laudos de densitometria, indicação de tratamento farmacológico em casos de fratura de fragilidade, acompanhamento da aderência e técnica de tomar bisfosfonatos, importância de exercícios resistidos para manutenção óssea.

Módulo 12: Oncogeriatría

- Epidemiologia do câncer no idoso: compreensão de que a maioria dos cânceres incidentes ocorre em faixas etárias avançadas, porém a heterogeneidade funcional dessa população requer abordagens individualizadas. Conceitos de idade cronológica vs. idade biológica e uso da Avaliação Geriátrica Ampla em oncologia para estratificar risco e adaptar o tratamento oncológico de acordo com a reserva do paciente.
- Avaliação geriátrica pré-tratamento oncológico: ferramentas para estimar fragilidade oncológica (por ex., índice de CARG ou score G8) que ajudam a prever toxicidades quimioterápicas. Importância de avaliar comorbidades, funcionalidade, cognição, suporte social e preferência do paciente antes de decidir terapia agressiva vs. paliativa. Discussão em tumor board com geriatra e oncologista para planos compartilhados.
- Tratamentos adaptados ao idoso: princípios de adaptar quimioterapia, radioterapia e cirurgias oncológicas para pacientes idosos – redução de doses iniciais, esquemas menos tóxicos quando eficácia similar, planejamento de suporte intensivo (fator de

crescimento de colônias para prevenir neutropenia febril, hidratação, acompanhamento nutricional). Reconhecimento de situações em que tratamento padrão curativo é viável e benéfico (idoso robusto com câncer potencialmente curável) versus quando priorizar cuidados paliativos precoces (idoso frágil com câncer avançado).

- Limitações terapêuticas e efeitos colaterais: manejo de efeitos adversos em idosos (maior risco de mucosite, mielosupressão prolongada, neurotoxicidade cumulativa; radioterapia podendo causar fragilidade cutânea e fibroses). Cuidados de suporte: controle de náuseas agressivo, ajustes de doses renais/hepáticas, vigilância próxima de toxicidades. Quando suspender ou modificar tratamentos diante de declínio funcional importante.
- Tumores mais comuns e abordagem específica: discussão focada nos cânceres prevalentes: câncer de mama (muitas vezes rastreado até os 69–75 anos; tratamento cirúrgico e hormonioterapia muitas vezes bem tolerados, quimioterapia avaliada conforme subtipo e estado da paciente), câncer de próstata (muitos casos indolentes – vigilância ativa vs. tratamento conforme expectativa de vida; uso de hormonioterapia e seus efeitos sobre musculatura e metabolismo, câncer de próstata metastático e manejo paliativo), câncer colorretal (cirurgia x colostomia em idosos – decisões individualizadas; quimioterapia adjuvante reduzida se fragilidade), câncer de pulmão (avaliação cuidadosa para cirurgia vs. radioterapia estereotáxica em não pequenas células iniciais; quimio/immunoterapia em doença avançada dependendo do performance status).
- Cuidados paliativos oncológicos: interface da oncologia com cuidados paliativos (detalhado no módulo 16) – controle de sintomas específicos de câncer (dor óssea metastática, dispneia em carcinomatose linfangítica etc.), comunicação de prognóstico para paciente e família, decisões de limitação de suporte de vida em casos terminais (ex.: não encaminhar UTI se fútil), e integração de cuidados paliativos precocemente nos casos indicados para melhorar qualidade de vida.

Módulo 13: Infecções no Idoso

- Particularidades da imunossenescência: revisão das alterações do sistema imune

com o envelhecimento (resposta inata e adaptativa menos eficazes, inflamação crônica de baixo grau), levando a maior suscetibilidade a infecções e menor resposta a vacinas. Importância de vacinação direcionada ao idoso – calendário vacinal do idoso com influenza anual, pneumocócica (VPC13 + VPP23), herpes-zóster e atualização de dT, conforme recomendações do PNI.

- Manifestações atípicas de infecções: reconhecimento de que idosos muitas vezes não exibem sinais clássicos; podem estar afebris mesmo em infecções graves, ou apresentar queda do estado geral, confusão (delirium) ou anorexia como manifestação inicial. Importância de alto índice de suspeição: ex. infecção urinária se delirium agudo, sepse oculta como causa de prostração inexplicada.
- Infecções respiratórias: aprofundando do módulo respiratório – pneumonia comunitária em idosos (agentes típicos e atípicos, escalas de gravidade adaptadas – CURB-65) e indicação ampliada de hospitalização devido às comorbidades. Bronquite crônica agudizada x pneumonia. Tuberculose no idoso (muitas vezes extrapulmonar, diagnósticos diferenciais e necessidade de suspeição em instituições de longa permanência).
- Infecções urinárias: alta prevalência de bacteriúria assintomática no idoso – reconhecer quando não tratar. Cistites e pielonefrites em mulheres idosas (fatores de risco: hipostrogenismo, prolapso) e em homens (avaliar hiperplasia prostática). Tratamento de ITU simples vs. complicada; orientação sobre hidratação e higiene para prevenção. Manejo de infecções urinárias de repetição (profilaxia antibiótica em casos selecionados, estrogênio tópico vaginal para mulheres pós-menopausa com ITU recorrente).
- Sepse e choque séptico: destaque para a alta mortalidade de sepse em idosos, frequentemente de foco pulmonar, urinário ou abdominal. Reconhecimento precoce (critérios qSOFA, instabilidade hemodinâmica) e intervenção imediata: protocolo sepse adaptado ao idoso (expansão volêmica cuidadosa, antibioticoterapia de amplo espectro ajustada para função renal, suporte vasopressor se necessário). Considerar limitações terapêuticas conforme diretivas do paciente (ver módulo de ética).
- Infecções de pele e partes moles: celulites de repetição em idosos (porta de entrada como pé diabético, onicomicoses), erisipela de membros inferiores associada a insuficiência venosa – tratamento antibiótico (ex.: penicilina, cefalosporinas) e

medidas de prevenção. Herpes zóster – apresentação, tratamento antiviral precoce e manejo da nevralgia pós-herpética (gabapentina, pregabalina). Úlceras de pressão infectadas: abordagem com desbridamento, cuidados locais e antibióticos dirigidos se celulite ou osteomielite associada.

- Resistência microbiana e infecções nosocomiais: atenção às infecções associadas a cuidados de saúde em idosos hospitalizados ou institucionalizados – pneumonia associada à ventilação, ITU associada a um cateter, infecções por Clostridioides difficile pós-antibióticos. Medidas de prevenção (higiene de mãos, protocolos de manutenção de dispositivos) e tratamento alinhado a protocolos (uso criterioso de antibióticos conforme culturas, isolamento de contato para germes multirresistentes).

Módulo 14: Psiquiatria Geriátrica

- Depressão no idoso: quadro clínico frequentemente subdiagnosticado – sintomas somáticos (fadiga, alterações de apetite, dores) predominando sobre humor triste; presença possível de pseudodemência depressiva. Uso de escalas de rastreio (GDS) na APS. Tratamento: terapia antidepressiva iniciada em dose baixa e ajustada (ISRS como sertralina ou escitalopram de preferência, SNRIs como duloxetina no contexto de dor crônica), acompanhamento próximo devido a efeitos colaterais (hiponatremia por SIADH, aumento de risco de quedas). Importância de psicoterapia de apoio ou terapia cognitivo-comportamental adaptada ao idoso, bem como envolvimento da família e reintegração em atividades sociais.

- Ansiedade e transtornos relacionados: transtorno de ansiedade generalizada e fobias em idosos – muitas vezes coexistindo com depressão. Apresentação somática (taquicardia, sudorese, preocupações excessivas). Abordagem com psicoterapia, técnicas de relaxamento e medicações quando necessário (cautela com benzodiazepínicos; preferir buspirona ou ISRS). Transtorno de pânico de início tardio (descartar causas orgânicas como arritmias). Transtorno de estresse pós-traumático em sobreviventes de eventos traumáticos na vida.

- Transtornos cognitivos e psicose: manejo de sintomas neuropsiquiátricos nas demências – psicose (delírios paranoides, alucinações visuais em demência de Lewy),

agitação e agressividade; uso criterioso de antipsicóticos atípicos em baixa dosagem, considerando riscos (AVEs, efeitos extrapiramidais). Esquizofrenia de início tardio (após 60 anos) – rara, mas pode ocorrer, diferenciando de quadro demencial; tratamento semelhante ao adulto, porém com doses menores e maior monitorização.

- Transtorno bipolar tardio: considerações sobre pacientes com bipolaridade envelhecendo – manejo de mania em idosos (muitas vezes desencadeada por antidepressivos ou comorbidades), uso de estabilizadores de humor (valproato frequentemente melhor tolerado que lítio devido a função renal; monitorar tremor, confusão). Depressão bipolar no idoso e risco de hipomania com antidepressivos – preferência por lamotrigina ou quetiapina conforme caso.
- Abuso de substâncias: identificação de alcoolismo em idosos (às vezes negligenciado; manifestações atípicas como quedas, neuropatia) – abordagem de desintoxicação gradual e suporte, mindful de interações medicamentosas. Uso indevido de benzodiazepínicos e hipnóticos – alto risco de dependência e quedas, plano de redução gradual. Outras substâncias menos comuns em idosos, mas considerar, ex.: analgésicos opioides crônicos levando a tolerância.
- Suicídio e luto: conscientização de que idosos (especialmente homens >80) apresentam altas taxas de suicídio consumado. Fatores de risco: depressão, isolamento, doenças crônicas dolorosas, perdas recentes. Avaliação do ideário suicida deve ser rotineira em pacientes depressivos – intervenções de segurança e encaminhamento em casos de risco iminente. Apoio em processos de luto complicado (morte do cônjuge ou amigos próximos), prevenção de isolamento social e atividades significativas para manutenção do propósito de vida.

Módulo 15: Geriatria Hospitalar e Cuidados Intensivos

- Abordagem do idoso hospitalizado: princípios da geriatria hospitalar – avaliação geriátrica ampla na admissão para identificar riscos (delirium, quedas, desnutrição, úlceras de pressão), plano de cuidado interdisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos) com foco em manutenção de funcionalidade e alta segura. Importância de evitar iatrogenias hospitalares:

polifarmácia desnecessária, uso judicioso de contenção física/química, prevenção de erros de medicação.

- Síndrome da imobilidade e declínio funcional no hospital: implantação de protocolos de mobilização precoce – levantar o paciente diariamente tão logo possível, mesmo em UTI; fisioterapia motora e respiratória para prevenir perda de massa muscular e complicações pulmonares. Prevenção de úlceras de pressão com mudança de decúbito frequente e cuidados de enfermagem (escala de Braden de risco cutâneo). Avaliação diária da necessidade de cateteres e dispositivos invasivos (sonda vesical, acesso venoso) para retirá-los assim que possível e reduzir infecções associadas.
- Delirium hospitalar: alta incidência em enfermarias e UTIs – rastreamento ativo (escala CAM), identificação de fatores precipitantes (infecções, drogas, distúrbios eletrolíticos, privação de sono ou sensorial), medidas preventivas (ambiente calmo, presença de relógio/calendário, óculos/aparelho auditivo, sono adequado) e manejo quando instalado (reorientação frequente, família presente, antipsicóticos em dose baixa para casos severos com risco). Educação da equipe sobre delirium como urgência geriátrica.
- Cuidados intensivos em geriatria: discussão de critérios de admissão de idosos na UTI – basear em condições agudas reversíveis e estado funcional prévio mais do que apenas idade. Ajustes de condutas de suporte avançado – por exemplo, diferente resposta a fluidos (risco de congestão), monitorização hemodinâmica menos invasiva se possível, atenção a manifestações atípicas de dor ou desconforto. Delirium na UTI (prevenção ABCDEF bundle). Avaliação diária de prognóstico e planejar desmame de suporte conforme melhora.
- Transição de cuidados e desospitalização: planejamento de alta desde a admissão – avaliar necessidade de continuidade de cuidados (discharge planning), comunicação com cuidadores e Atenção Primária. Estruturar alta segura: reconciliação medicamentosa (checar mudanças e orientar paciente/família), encaminhamento para reabilitação ou atenção domiciliar se necessário, agendamento de retorno ou visita domiciliar. Reduzindo readmissões por meio de orientação clara de sinais de alerta e contato pós-alta.
- Ambulatório de geriatria pós-internação (hospital de retaguarda): modelo de cuidado transicional – acompanhamento intensivo e interdisciplinar das semanas pós-alta para

garantir estabilidade clínica, adesão ao tratamento e recuperação funcional. Interfaces com serviço social para suprir necessidades de apoio (cuidadores formais, equipamentos domiciliares etc.).

Módulo 16: Cuidados Paliativos e Manejo da Dor

- Princípios de cuidados paliativos: definição de cuidado paliativo segundo a OMS – “abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a vida, por meio do alívio do sofrimento, controle da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais” . Diferenciação entre cuidado paliativo precoce (concomitante a tratamentos modificadores da doença) e cuidados de fim de vida. Conceitos de abordagem interdisciplinar centrada na pessoa, comunicação compassiva e respeito à autonomia.
- Controle da dor crônica e outros sintomas: manejo da dor no idoso usando a Escala Analógica Visual ou escalas funcionais (dolorimetria em demenciados baseada em comportamento). Uso da Escada Analgésica da OMS adaptada: analgesia inicial com paracetamol e AINE (com cautela gástrica e renal), opioides fracos (codeína, tramadol) e opioides fortes (morfina, oxicodona, fentanil transdérmico) para dores moderadas a intensas, ajustando dose pela resposta e efeitos colaterais (constipação, sedação – profilaxia e manejo). Adjuvantes para dor neuropática (anticonvulsivantes, antidepressivos). Controle de dispneia refratária (morfina em baixa dose), náuseas (antieméticos), ansiedade e delirium terminal (benzodiazepínicos, antipsicóticos).
- Planejamento avançado de cuidados: discussão sobre diretivas antecipadas e decisão de final de vida enquanto o paciente possui capacidade – incluindo Testamento Vital (documento de diretivas antecipadas de vontade) e nomeação de procurador de cuidados de saúde. Papel da família e da equipe em respeitar essas diretivas. Ordens de Não Reanimação (DNR) e limitações de suporte (ex.: não intubar) conforme a situação clínica e preferências do paciente, embasadas pela ética e pela resolução CFM nº 1995/2012.
- Ética no fim de vida: reflexões sobre proporcionalidade terapêutica – evitar distanásia (prolongamento artificial do processo de morte com intervenções fúteis) e buscar a

ortotanásia (permits natural death with conforto, sem abreviar). Aspectos legais do cuidado paliativo no Brasil, direitos do paciente terminal segundo o Código de Ética Médica. Importância do controle de sintomas refratários mesmo que medidas adotadas (como uso de opioides ou sedativos) possam secundariamente antecipar o óbito – o princípio do duplo efeito.

- Comunicação e suporte psicossocial: treino de habilidades de comunicação de más notícias (Protocolo SPIKES), manejo de expectativas da família, apoio ao luto antecipatório. Acompanhamento espiritual e psicológico conforme valores do paciente (inclusão de capelania ou líder espiritual se desejado). Envolvimento de cuidadores no plano de cuidados, ensino sobre manejo de medicamentos e conforto no domicílio.
- Sedação paliativa: indicação adequada (sofrimento refratário a medidas convencionais em fase terminal, como dispneia ou agitação intratável), medicamentos utilizados (midazolam, por exemplo) e monitoramento. Diferenciação clara entre sedação paliativa proporcional e eutanásia (esta última não é eticamente aceita nem legalizada no Brasil). Protocolos institucionais para sedação terminal e registro transparente do consentimento e decisões.

Módulo 17: Saúde Pública e Políticas de Atenção ao Idoso

- SUS e a saúde do idoso: organização do Sistema Único de Saúde para atenção à pessoa idosa. Revisão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) – Portaria MS/GM nº 2.528/2006 – que define princípios como envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada, incentivo a ações intersetoriais e garantia de direitos sociais . Discussão de como esses princípios são aplicados na Atenção Primária (estratégia Saúde da Família) e demais níveis de atenção.
- Estatuto do Idoso e direitos legais: principais pontos do Estatuto do Idoso (Lei Federal 10.741/2003) – direitos assegurados às pessoas acima de 60 anos, incluindo acesso preferencial e integral à saúde pelo SUS , proibição de discriminação por idade (ex.: planos de saúde não podem cobrar valores diferenciados), direito a acompanhante em internações , prioridade em filas e serviços, medidas de proteção contra abandono e violência. Como essas garantias legais influenciam a prática médica e a organização dos serviços.

- Programas e estratégias em saúde do idoso: estudo de programas governamentais voltados à terceira idade – por exemplo, Programa “Melhor em Casa” (atenção domiciliar no SUS), Estratégia de Envelhecimento Ativo (ações de promoção de saúde e prevenção de doenças), Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (instrumento de registro e acompanhamento na APS), Centros de Convivência e outros equipamentos sociais que impactam a saúde. Avaliação da cobertura vacinal do idoso e campanhas de multivacinação.
- Indicadores de saúde e vigilância epidemiológica: principais indicadores de saúde do idoso (mortalidade por doenças crônicas, índices de hospitalização sensíveis à APS, prevalência de doenças incapacitantes) e o uso dessas informações para planejamento. Introdução ao conceito de transição epidemiológica (predomínio de doenças crônico-degenerativas) e carga global de doenças em idosos. Importância da vigilância de agravos como quedas, fraturas de fêmur, maus-tratos e notificação de violência contra a pessoa idosa (de acordo com legislação).
- Geriatria social: o papel do médico geriatra na interface com a rede de assistência social. Conhecimento sobre benefícios assistenciais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC-Loas) para idosos carentes, e recursos da assistência social (CRAS, CREAS) para apoio a famílias. Discussão sobre pobreza na velhice, aposentadorias e impacto na saúde. Projetos intersetoriais envolvendo saúde, assistência e sociedade civil para cuidar do idoso em situação de vulnerabilidade (ex.: população idosa em situação de rua).
- Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs): panorama da realidade das ILPIs (asilos) no Brasil – regulamentações, papel fiscalizador do estado, diferenças entre ILPIs públicas, filantrópicas e privadas. Critérios de institucionalização, cuidados de saúde dentro das ILPIs, integração dessas instituições com a rede de saúde (programas de Atenção Básica junto a ILPIs). Políticas de desinstitucionalização x cuidados comunitários.

Módulo 18: Ética e Bioética na Geriatria

- Autonomia e consentimento: abordagem sobre respeito à autonomia da pessoa idosa nas decisões de saúde. Conceito de capacidade decisória – avaliação clínica da

capacidade do idoso de compreender e decidir, especialmente em quadros de demência inicial ou delirium. Situações de necessidade de tomada de decisão por representante legal (curatela, tutela) e o papel do médico em atestar incapacidade quando necessário. Importância de obter Consentimento Informado válido para procedimentos, respeitando o ritmo e entendimento do idoso, e incluindo a família quando apropriado (com autorização do paciente).

- Confidencialidade e privacidade: discussões de casos envolvendo compartilhamento de informações com familiares sem consentimento do paciente – dilemas comuns quando o idoso pede sigilo sobre diagnóstico ou quando a família solicita informações não querendo “preocupar” o paciente. Ética da veracidade (dever de informar diagnóstico sério, ex. câncer, versus considerar estado emocional do paciente). Uso de prontuário eletrônico e proteção de dados sensíveis do idoso (LGPD aplicada à saúde).
- Decisões no final da vida: aprofundando do módulo de cuidados paliativos, focando na bioética da terminalidade. Princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça) aplicados a dilemas como: limitar ou suspender suporte vital em pacientes terminais sem perspectiva de recuperação (ex.: não iniciar diálise em paciente com falência múltipla irreversível), indicação de alimentação artificial prolongada em demências avançadas (muitas vezes não recomendada pelas diretrizes, considerando conforto versus gravidade da intervenção). Distinção ética entre eutanásia (proibida legalmente no Brasil), ortotanásia (morte no tempo certo, conduta recomendada) e distanásia (encarniçamento terapêutico).
- Conflitos familiares e tomada de decisão: manejo de situações em que familiares discordam do plano de cuidado (ex.: família insiste em medidas invasivas contra indicação médica ou ao contrário, deseja limitar tratamento enquanto o médico vê possibilidade de recuperação). Técnicas de mediação de conflitos, reuniões familiares com equipe de saúde e, se necessário, consulta a comitês de bioética hospitalares.
- Alocação de recursos e justiça distributiva: reflexão sobre alocação de recursos de saúde escassos – por exemplo, critérios de priorização de leitos de UTI ou terapias caras (como novos medicamentos oncológicos) para pacientes idosos. Discussão à luz do princípio da justiça e equidade, combatendo ageísmo sistêmico (discriminação por idade) – avaliar caso a caso baseando em prognóstico e vontade do paciente, não

em estereótipos de idade. Referência a protocolos de “escolha prudente” (“choosing wisely”) aplicados à geriatria, para evitar procedimentos fúteis e direcionar recursos a intervenções de valor.

- Abuso e negligência: aspectos éticos e legais no reconhecimento e denúncia de violência contra a pessoa idosa – sinais de abuso físico, psicológico, financeiro ou negligência; obrigação ética e legal de proteger o paciente e acionar órgãos competentes (delegacias do idoso, Ministério Público) conforme o Estatuto do Idoso. Discussão de casos e de estratégias de prevenção no âmbito familiar e institucional.

Módulo 19: Fisioterapia e Reabilitação no Idoso

- Avaliação fisioterapêutica geriátrica: exame fisioterapêutico abrangente no idoso – avaliação da marcha, equilíbrio (testes como Timed Up and Go, escala de equilíbrio de Berg), amplitude de movimento articular, força muscular (dinamometria), capacidade respiratória (manovacuômetro, teste de caminhada). Identificação de déficits passíveis de intervenção e estabelecimento de metas terapêuticas individualizadas (recuperar independência em transferências, melhorar velocidade de marcha etc.).

- Prevenção de quedas: desenvolvimento de programas de exercícios específicos para melhorar equilíbrio, força e coordenação, reduzindo risco de quedas. Treinamento proprioceptivo, uso de recursos como barras paralelas, tapetes de diferentes texturas, simulação de obstáculos. Educação do paciente e cuidadores sobre segurança domiciliar (retirar tapetes soltos, instalar barras no banheiro, iluminação adequada). Resultados esperados: redução de medo de cair, maior confiança e independência do idoso nas atividades diárias.

- Reabilitação motora e funcional: técnicas de fisioterapia motora para diversas condições: recuperação de amplitude e força após imobilizações prolongadas ou fraturas (cinesioterapia progressiva, treino de marcha com dispositivos), reabilitação pós-AVC (exercícios de reaprendizado motor, facilitação neuromuscular proprioceptiva), reabilitação pós-cirurgia ortopédica (protocolos de artroplastia de quadril e joelho), manejo de espasticidade em doenças neurológicas (exercícios de alongamento, uso de órteses se necessário).

- Fisioterapia respiratória: intervenções para melhorar função pulmonar e tosse efetiva em idosos com doenças respiratórias crônicas – técnicas de higiene brônquica (drenagem postural, percussão/vibração torácica), exercícios de expansão pulmonar, treinamento dos músculos inspiratórios com dispositivos específicos. Abordagem de pacientes acamados para prevenir complicações pulmonares (ex.: inspirações profundas orientadas, espirometria de incentivo).
- Orteses e dispositivos de auxílio: indicação e treinamento no uso de órteses (tutor de tornozelo para gota, joelheira estabilizadora para osteoartrite, colar cervical macio em artrite cervical dolorosa) e dispositivos auxiliares de mobilidade – bengalas (altura correta, uso unilateral), andadores (com ou sem rodas, quando escolher cada), cadeiras de rodas (ajustes para conforto e prevenção de úlceras). Ensinar transferências seguras (da cama para cadeira, por exemplo) utilizando as ajudas técnicas.
- Hidroterapia e terapias complementares: uso da hidroterapia (exercícios aquáticos) para reabilitação de idosos com dor articular importante ou limitações graves – propriedades da água (flutuação reduz impacto, resistência suave) ajudam no ganho de amplitude e força sem trauma. Alongamentos, Tai Chi Chuan e outras modalidades corpo-mente com evidências de melhora de equilíbrio e bem-estar. Integrar, quando disponível, essas estratégias ao plano terapêutico.

Módulo 20: Aspectos Odontológicos e Cuidados Orais

- Saúde bucal no idoso: relevância da odontologia geriátrica – correlação entre saúde oral precária e problemas nutricionais, cardiovasculares (e.g. endocardite por má higiene), qualidade de vida (dor, autoimagem). Incentivo à avaliação odontológica periódica também na terceira idade.
- Doença periodontal e cáries radiculares: alta prevalência de periodontite em idosos (devido a higiene deficiente, condições sistêmicas, xerostomia) – consequências como perda dentária e focos infecciosos sistêmicos. Estratégias de prevenção e tratamento: profilaxia dental periódica, instrução de higiene adaptada (escovas elétricas se há dificuldade motora, fio dental com suporte). Cáries em raízes expostas

(comum em recessão gengival do idoso) – uso de flúor tópico, restaurações quando possível.

- Próteses dentárias: manejo de pacientes totais ou parcialmente edentados. Tipos de próteses (total, parcial removível, fixa, sobre implante) e cuidados de manutenção. Problemas comuns: estomatites protéticas (infecção por *Cândida* em uso contínuo da dentadura – orientar higiene e períodos sem prótese), pontos de pressão causando úlceras mucosas – necessidade de ajuste pelo dentista. Importância do ajuste correto para permitir mastigação eficaz e fala inteligível.
- Xerostomia (boca seca): efeito colateral frequente de medicamentos (antidepressivos, anticolinérgicos, anti-hipertensivos) e de síndromes como Sjögren. Sintomas: dificuldade para engolir alimentos secos, ardor oral, cáries rampantes. Abordagem: revisão de medicamentos para possível ajuste, estímulo da saliva (mascar gomas sem açúcar, sialagogos como pilocarpina se indicado), substitutos salivares e hidratação frequente.
- Lesões orais e câncer bucal: vigilância para lesões potencialmente malignas em boca de idosos fumantes/etilistas – manchas brancas (leucoplasias), feridas que não cicatrizam, lesões exofíticas. Importância do diagnóstico precoce do câncer de boca (comum em lábio inferior, língua, assoalho) – inspecionar durante consultas de rotina, encaminhar estomatologia/biopsia se suspeito. Cuidados a pacientes em tratamento oncológico de cabeça e pescoço (manejo de mucosite, boca seca pós-radioterapia).
- Integração médico-odontológica: fomentar comunicação entre médicos e dentistas no cuidado ao idoso – por exemplo, liberar pacientes cardíacos para procedimentos odontológicos (profilaxia de endocardite conforme indicado), ajuste de anticoagulação para extrações dentárias (balanceando risco trombótico vs hemorrágico), cuidados no uso de bifosfonatos (risco de osteonecrose de mandíbula – dentista deve ser informado). Programas de promoção de saúde bucal em instituições de idosos e orientação de cuidadores para higiene oral de pacientes dependentes.

Módulo 21: Sexualidade e Saúde Reprodutiva do Idoso

- Mudanças fisiológicas na sexualidade com o envelhecimento: discussão franca sobre como o envelhecimento impacta a sexualidade – alterações hormonais

(menopausa nas mulheres, andropausa discreta nos homens), redução do fluxo sanguíneo genital, mudanças na resposta sexual (necessidade de estímulos mais prolongados), mas manutenção da capacidade de sentir prazer e ter intimidade. Desmistificação de preconceitos: muitos idosos permanecem sexualmente ativos e isso contribui para bem-estar.

- Disfunções sexuais masculinas: disfunção erétil (DE) como condição comum (atinge >50% dos homens acima de 70 anos em algum grau) – etiologia multifatorial (vascular, diabetes, medicações, psicológica). Avaliação e tratamento: medidas gerais (exercício, controlar fatores de risco CV), fármacos inibidores de PDE-5 (sildenafil, tadalafil) avaliando contra-indicações (uso de nitratos) e adaptando dose à função renal/hepática; alternativas como dispositivos de vácuo, próteses penianas em casos refratários. Distúrbios de ejaculação (ejaculação retardada ou ausência) possivelmente agravados por medicações antidepressivas. Hipogonadismo e impacto na libido – considerar terapia de reposição de testosterona apenas em casos selecionados com sintomas e níveis comprovadamente baixos, monitorando efeitos adversos (próstata, policitemia).
- Disfunções sexuais femininas: alterações decorrentes do hipoestrogenismo pós-menopausa – secura vaginal e atrofia urogenital causando dispareunia e infecções urinárias frequentes. Tratamento com estrogênios tópicos (creme ou óvulos vaginais) que melhoram trofismo local com mínima absorção sistêmica, lubrificantes e hidratantes vaginais; exercícios do assoalho pélvico para melhorar função sexual e incontinência associada. Distúrbios de desejo e excitação em mulheres idosas – abordagem terapêutica principalmente através de terapia sexual e comunicação, raramente uso off-label de moduladores hormonais (como tibolona) sob rigorosa indicação.
- Intimidade e aspectos psicossociais: importância da intimidade que vai além do ato sexual – contato físico, afeto, companhia – especialmente para viúvos(as) que reconstróem relacionamentos ou em instituições de longa permanência onde relacionamentos amorosos podem surgir. Discussão sobre tabus e postura da família e cuidadores, respeitando a privacidade e autonomia dos idosos para relacionamentos.
- Saúde reprodutiva e prevenção de ISTs: embora gravidez não seja mais uma

preocupação (exceto em mulheres ainda perimenopáusicas), enfatizar prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Aumento de casos de HIV e sífilis em faixas acima de 60 anos nos últimos anos – necessidade de educação sexual também para idosos, promoção de uso de preservativos em novas parcerias e testagem quando pertinente. Abordagem de ISTs: tratamento da sífilis no idoso (penicilina benzatina, vigilância de efeitos colaterais), manejo de HIV/Aids em idosos (particularidades de polifarmácia e efeitos do TARV).

- Questões de gênero e orientação sexual: sensibilidade para atender população LGBTQIA+ idosa – muitos enfrentaram preconceitos ao longo da vida e podem ter necessidades específicas (por exemplo, mulheres transexuais idosas e reposição hormonal, homens gays e risco de HIV, idosos que “saem do armário” tardiamente). Garantir ambiente de cuidado sem discriminação e com entendimento de contextos. Suporte a pacientes idosos que perderam parceiros de longos anos, incluindo viúvos homoafetivos, respeitando seu luto e vínculos.

Módulo 22: Terapia Ocupacional e Estimulação Cognitiva

- Introdução à terapia ocupacional (TO) em geriatria: papel do terapeuta ocupacional em manter ou recuperar a independência do idoso nas atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais (AIVDs). Avaliação do desempenho ocupacional – identificar dificuldades em autocuidado (banho, vestuário, alimentação), mobilidade doméstica, gestão do lar, finanças etc. – e traçar planos de intervenção centrado nas prioridades do paciente e em suas capacidades remanescentes.

- Adaptações funcionais e tecnologia assistiva: demonstração de adaptações simples que podem facilitar o dia a dia – talheres adaptados para quem tem artrite deformante, barras de apoio e elevadores de assento no banheiro, calçadeiras de cabo longo para facilitar vestir sapatos, utensílios de cozinha modificados. Apresentação de dispositivos de tecnologia assistiva: leitores de tela para baixa visão, aplicativos de lembrete de medicação, alarmes automáticos para fogão, dispositivos de localização para idosos com demência que deambulam (GPS).

- Estimulação cognitiva: técnicas e atividades para estimular funções cognitivas em

declínio leve ou manter funções em idosos saudáveis – treino de memória (jogos de associação, mnemônicos), exercícios de atenção e raciocínio (palavras-cruzadas, quebra-cabeças, exercícios de cálculo simples), oficinas de leitura e discussão para estimular linguagem e cognição social. Implementação de programas estruturados de estimulação cognitiva para idosos com comprometimento cognitivo leve ou demência inicial, incluindo estratégias como Terapia de Reminiscência (relembrar memórias passadas com auxílio de fotografias, músicas) e Orientação à Realidade (reforço de informações de tempo e espaço).

- Atividades significativas e engajamento social: identificação de atividades de lazer significativas para o idoso (jardinagem, trabalhos manuais, pintura, música) e promoção de sua continuidade/adaptação apesar de limitações. Importância do envolvimento em grupos e convívio social – grupos de idosos, centros-dia, voluntariado – para prevenir isolamento e depressão. Projeto de intervenções comunitárias, como oficinas intergeracionais (idosos ensinando jovens e vice-versa) para valorizar o papel social do idoso.
- Reabilitação cognitivo-funcional em demências: abordagem interdisciplinar para manter a funcionalidade em pacientes com demência – simplificação de rotinas, rotulagem de objetos em casa, criação de calendários e agendas visuais, treino de cuidadores para estabelecer uma rotina estruturada e comunicar de forma eficaz (frases curtas, contato visual, reorientação). Uso de terapia de validação emocional em fases avançadas da demência para melhorar interação.
- Avaliação e adaptações no domicílio: visitas domiciliares (ou simulação prática) para avaliar ambiente do idoso – identificar riscos (tapetes, degraus, iluminação), barreiras arquitetônicas e possibilidades de modificação (rampas, retirada de barreiras). Instrução à família sobre organização do espaço para promover independência (utensílios ao alcance, divisão de espaços por cores para auxiliar memória em demências etc.).

Módulo 23: Geriatria Comunitária e Domiciliar

- Atenção Domiciliar: princípios e critérios para internação domiciliar ou atenção domiciliar pelo sistema de saúde (como o programa Melhor em Casa do SUS).

Identificação de pacientes elegíveis (dificuldade de deslocamento, dependência para múltiplas AVDs, condições crônicas avançadas que requerem acompanhamento frequente). Organização de visitas domiciliares pela equipe multidisciplinar: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem. Continuidade de cuidados após alta hospitalar, evitando internações prolongadas.

- Avaliação domiciliar geriátrica: como conduzir uma avaliação geriátrica abrangente no domicílio – observar condições do ambiente (higiene, segurança, rede de apoio), examinar o paciente em seu contexto (grau de autonomia real, uso de dispositivos). Ferramentas específicas para avaliar carga do cuidador, pois o bem-estar do cuidador principal é fundamental no manejo domiciliar. Elaboração de plano de cuidados domiciliar, incluindo educação e treinamento dos familiares em técnicas de cuidado (posicionamento, administração de medicamentos, curativos).

- Cuidados de transição e continuidade: garantir que informações fluam entre hospital e comunidade – resumo de alta bem feito, contato com unidade básica de saúde para continuidade de prescrição e exames, agendamento de visitas médicas ou de enfermagem domiciliares periódicas conforme complexidade. Discussão do papel das Equipes de Atenção Básica na busca ativa de idosos vulneráveis (acamados ou com dificuldade de acesso ao serviço de saúde).

- Prevenção e promoção de saúde comunitária: desenvolvimento de atividades comunitárias para promoção de saúde do idoso – grupos de educação em saúde (sobre diabetes, hipertensão, prevenção de quedas), campanhas de vacinação, projetos de atividade física orientada em praças ou centros comunitários (dança sênior, caminhadas em grupo). Envolvimento da Estratégia Saúde da Família em ações intersetoriais, como visitas domiciliares conjuntas com assistentes sociais para casos de risco social.

- Integração com a rede social de suporte: colaboração com instituições e serviços do território: Centros de Referência do Idoso, Unidades de Reabilitação, organizações não-governamentais e religiosas que ofereçam suporte (por exemplo, entrega de refeições, grupos de visitação a idosos solitários). Encaminhamento adequado para ILPI quando necessário e desejado, assegurando que a transição seja feita de forma respeitosa e informada, envolvendo o idoso e família na decisão.

- Cuidados paliativos no domicílio: prover cuidados paliativos na comunidade –

controle de sintomas em casa, visitas frequentes para ajuste terapêutico, orientação de familiares quanto a situações de urgência (dispneia intensa, sangramentos, agitação terminal) e elaboração prévia de planos de ação ou internação se necessário. Disponibilização de contatos de emergência e apoio 24h (seja por telefone ou SAD – serviço de atenção domiciliar) para evitar sensação de desamparo do cuidador.

Módulo 24: Discussão de Casos Clínicos e Prova Final

- Revisão integrativa: recapitulação dos principais tópicos abordados ao longo do curso, amarrando conhecimentos de diferentes módulos de forma interdisciplinar. Seminários de revisão abrangendo desde os fundamentos do envelhecimento até situações clínicas complexas, reforçando a abordagem global do paciente idoso.
- Discussão de casos clínicos reais: apresentação e debate de casos completos de pacientes idosos englobando múltiplos domínios – por exemplo, um caso de paciente com demência + comorbidades clínicas + rede de apoio limitada, exigindo plano que envolva manejo clínico, suporte social e consideração ético-legal. Cada cursista deverá participar ativamente das discussões, formulando hipóteses diagnósticas, propostas terapêuticas e plano de cuidado multidisciplinar. Casos de cuidados paliativos desafiadores para discutir comunicação e decisões de fim de vida; casos de sucesso em reabilitação para inspirar boas práticas.
- Atividades práticas avaliativas: simulações e OSCE (Objective Structured Clinical Examination) geriátrico – estações práticas onde os alunos demonstram habilidades adquiridas: conduzir avaliação geriátrica ampla em um paciente padronizado, identificar síndromes geriátricas em cenários simulados, revisar prescrições complexas apontando problemas, realizar comunicação de más notícias simulada, interpretação de exame de marcha e propor intervenção etc. Feedback individualizado será oferecido para cada aluno, destacando pontos fortes e áreas a aprimorar.

Corpo docente e qualidade: As aulas serão ministradas por um corpo docente experiente, composto por geriatras titulados (muitos com atuação em universidades como UNIFESP, USP etc.), além de especialistas de áreas afins (neurologistas,

psiquiatras, paliativistas, fisiatras etc.) para conteúdos específicos. Todos os conteúdos estão baseados em diretrizes atualizadas (ex.: diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, protocolos do Ministério da Saúde, guidelines internacionais como da European Geriatric Medicine Society e American Geriatrics Society) e em bibliografia de referência (como o Tratado de Geriatria e Gerontologia). Isso assegura que as condutas ensinadas estejam em consonância com os padrões atuais de cuidado.

Objetivo final: Ao concluir a pós-graduação, o profissional estará capacitado a reconhecer as particularidades do envelhecimento normal e patológico, conduzir avaliações geriátricas amplas, diagnosticar e manejar as principais doenças e síndromes geriátricas em diversos contextos (ambulatorial, hospitalar, domiciliar), liderar equipes multiprofissionais no cuidado ao idoso e aplicar princípios de cuidados paliativos e éticos na prática clínica. A formação fornecida permitirá que os egressos atuem com excelência como especialistas em Geriatria, preparados para atender à crescente demanda por cuidados de saúde de qualidade para a população idosa, contribuindo para um envelhecimento mais saudável e digno em nossa sociedade.