



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2009/2010

Sofia Homem de Melo Marques

Relatório de Estágio

Medicina Comunitária

Abril, 2010

# FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Sofia Homem de Melo Marques

Relatório de Estágio

Medicina Comunitária

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Medicina Comunitária**

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:**

**Dra. Maria João Sena Esteves**

Abril, 2010

**FMUP**



**Nome:** Sofia Homem de Melo Marques

**Endereço electrónico:** m04035@med.up.pt

**Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:** Relatório de Estágio – Medicina Comunitária

**Nome completo do Orientador:** Dra. Maria João Sena Esteves

**Ano de conclusão:** 2010

**Designação da área do projecto de opção:** Medicina Comunitária

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 18/04/2010

Assinatura: \_\_\_\_\_

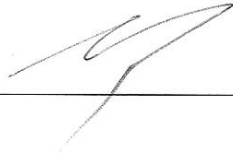


Eu, Sofia Homem de Melo Marques, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801035, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 18/04/2010

Assinatura: \_\_\_\_\_



## Resumo

---

O presente Relatório, respeitante ao Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, refere-se ao Estágio de Medicina Comunitária e retrata as actividades realizadas, conhecimentos adquiridos e visão crítica sobre as 4 semanas do mesmo.

São comparados os Centros de Saúde onde decorreu o estágio, em meios rural e urbano, e a distribuição etária dos seus utentes. São objecto de descrição: as consultas gerais de Medicina Geral e Familiar, as consultas dirigidas a grupos específicos, o trabalho na sala de Enfermagem, uma acção de formação sobre promoção da saúde e atitudes preventivas e um congresso sobre Cuidados de Saúde Primários. Além disso, são incluídos trabalhos desenvolvidos: uma reflexão sobre demências no idoso, um fluxograma de abordagem inicial da dispepsia e um projecto sobre padrões de saúde no utente idoso. Neste último, contextualizado no envelhecimento demográfico, procurou-se perceber o enquadramento social do utente idoso, identificar comorbilidades crónicas e problemas tipicamente relacionados com a idade avançada e avaliar a autonomia nas tarefas da vida diária. Para tal, foi recolhida informação de utentes com idade igual ou superior a 65 anos vistos na consulta ou interrogados durante uma visita a um Centro de Dia.

O estágio foi uma oportunidade fundamental de contacto com os Cuidados de Saúde Primários e de treino na abordagem ao doente, essencial à formação de qualquer médico. Constituiu uma fonte importante de aprendizagem para a autora.

## Abstract

---

This report describes the Community Medicine Internship for the Master of Science and Medicine degree at the University of Oporto, Portugal. It focuses on the work performed in two distinct community health centers, and describes the data collected and the body of knowledge and experience gained by the author. Finally, it presents a critical analysis of this four week internship period.

The two health centers, one rural and the other urban, where the internship was undertaken, are compared against each other, as well as the age distribution of their patients. The following topics are covered in detail: Primary Care, general and specific consultation, duty at the nurse's station, a workshop on "Basic Health and Prevention", and a symposium on "Primary Health Care". A reflection on the condition of dementia in senior patients and a flow chart to assist with approaching the treatment of patients with dyspepsia are also provided. Health patterns of older patients are also covered, such as the attempt to identify senior patients' social surroundings, multiple chronic conditions, aged-related clinical syndromes and daily life difficulties. This data was collected from patients 65 or older during their visits to either health center and from the seniors of an Adult Day Care Center. The data was then analyzed, the three populations compared, and statistics were drawn.

This internship was an essential learning opportunity, within the context of Primary Health Care, and should be considered basic and vital required training of any medical student. It gave the author invaluable experience.

# Índice

---

Siglas .....	4
Tabelas e Figuras .....	4
Introdução .....	4
Caracterização dos Centros de Saúde .....	5
1. Centro de Saúde São João .....	5
2. Extensão de Saúde de Avanca do Centro de Saúde de Estarreja.....	6
Aspectos demográficos dos Centros de Saúde .....	8
Descrição das actividades .....	9
1. Consulta.....	9
2. Sala de Enfermagem.....	11
3. Acção de formação “Promoção da saúde e prevenção da doença” .....	11
4. I Jornadas de factores de risco e orientações clínicas em Cuidados de Saúde Primários.....	11
5. Trabalhos desenvolvidos .....	12
Reflexão pessoal.....	12
Bibliografia.....	14
Apêndice I – Plano do estágio .....	15
Apêndice II – Padrões de saúde do utente idoso .....	16
Apêndice III – Reflexão sobre demências no idoso .....	32
Apêndice IV – Abordagem inicial da dispepsia .....	37

## Siglas

---

<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>CSSJ</b>	Centro de Saúde São João
<b>DM</b>	<i>Diabetes mellitus</i>
<b>ESACSE</b>	Extensão de Saúde de Avanca do Centro de Saúde de Estarreja
<b>HTA</b>	Hipertensão arterial
<b>MAPA</b>	Medição Ambulatória da Pressão Arterial
<b>MC</b>	Medicina Comunitária
<b>MGF</b>	Medicina Geral e Familiar
<b>SAM</b>	Sistema de Apoio ao Médico
<b>SINUS</b>	Sistema de Informatização das Unidades de Saúde
<b>SOAP</b>	Subjetivo, Objectivo, Análise e Plano

## Tabelas e Figuras

---

Tabela 1. Características do CSSJ.....	6
Tabela 2. Características da ESACSE.....	7
Figura 1. Pirâmides etárias dos Centros de Saúde.....	8

## Introdução

---

O presente Relatório de Estágio enquadra-se no Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. É feita uma descrição de actividades, tarefas realizadas, conhecimentos adquiridos e uma apreciação crítica das 4 semanas de estágio, repartidas entre um meio rural, a que pertence a Extensão de Saúde de Avanca

do Centro de Saúde de Estarreja (ESACSE) e o Centro de Saúde São João (CSSJ), no Porto.

Na declaração de *Alma-Ata*, em 1978, é proposta a definição de Cuidados de Saúde Primários (CSP) como cuidados essenciais, com métodos e tecnologias cientificamente bem fundamentados e aceitáveis, acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade, a um custo que o país consiga suportar em face do seu estado de desenvolvimento. São o primeiro nível de contacto entre as populações e o sistema de saúde do país, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde estas vivem e trabalham.

A Saúde, como conceito lato de bem-estar multidimensional, é considerada um direito humano fundamental e uma meta social mundial importante.<sup>1</sup> Os especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) garantem esse acesso aberto e ilimitado aos cuidados de saúde, lidando com múltiplas vertentes de problemas de saúde.<sup>2</sup> O reconhecimento da importância dos CSP, o facto deste ser um dos raros estágios realizados fora do ambiente hospitalar e a curiosidade relativa ao tipo de cuidados prestados nos Centros de Saúde (CS), foram as principais motivações para a elaboração deste relatório.

## Caracterização dos Centros de Saúde

---

### 1. Centro de Saúde São João

O CSSJ encontra-se em funcionamento desde Junho de 1999, após um protocolo estabelecido entre o Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e a Administração Regional de Saúde do Norte. Disponibiliza CSP a uma população de 20 034 pessoas, maioritária, mas não exclusivamente, de freguesias do concelho do Porto, com cerca 2000 utentes distribuídos a cada médico, não havendo utentes sem médico. Presta ainda cuidados de saúde a elementos da Universidade do Porto, através dos Serviços de Acção Social desta instituição. Além disso, desenvolve projectos no âmbito da organização e gestão de Serviços de Saúde e é um espaço de formação pré e pós-graduada para estudantes de Medicina do 2º ano

(Medicina Preventiva) e 6º ano [Medicina Comunitária (MC)], internos complementares de MGF, Pediatria Médica e profissionais na área da Psicologia.<sup>3,4</sup>

<b>Centro de Saúde São João</b>	
<b>Horário de atendimento</b>	2ª a 6ª feira, das 8h às 20h
<b>Consultas disponíveis</b>	Consultas de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• MGF Adultos (em caso de necessidade, consultas no Domicílio)</li> <li>• HTA</li> <li>• DM</li> <li>• Saúde Materna</li> <li>• Saúde Infantil/Juvenil</li> <li>• Planeamento Familiar</li> <li>• Vigilância Oncológica</li> <li>• Cessaçãotabágica</li> <li>• Consulta Aberta (consulta não programada com carácter urgente)</li> <li>• Cuidados de Enfermagem</li> <li>• Consulta de Psicologia</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 médicos</li> <li>• 16 enfermeiros (a tempo parcial)</li> <li>• 2 psicólogos</li> <li>• 1 podologista</li> <li>• 6 administrativos</li> <li>• 2 auxiliares de vigilância e manutenção</li> </ul>
<b>Sistemas informáticos</b>	Sistemas SINUS©, HIGIA©, SAM©, Alert P1 e Diabcare
<b>Principais locais de referência</b>	Centro Hospitalar do Porto*, IPO Porto, Hospital Magalhães Lemos, Hospital da Prelada e Hospital Joaquim Urbano

**Tabela 1. Características do CSSJ.** \*O Centro Hospitalar do Porto inclui o Hospital de Santo António, a Maternidade Júlio Dinis e o Hospital Maria Pia. MGF, Medicina Geral e Familiar; HTA, hipertensão arterial; DM, *Diabetes mellitus*; SINUS, Sistema de Informatização das Unidades de Saúde; SAM, Sistema de Apoio ao Médico; IPO, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

## 2. Extensão de Saúde de Avanca do Centro de Saúde de Estarreja

A ESACSE é a maior das 6 extensões do Centro de Saúde de Estarreja. Este, por sua vez, enquadra o agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga III, juntamente com os de Ovar e da Murtosa. Serve 7690 utentes inscritos, da freguesia de Avanca, estando

atribuídos a cada médico cerca de 2000 utentes. Há utentes sem médico, que são atendidos em consulta de recurso (sem marcação).

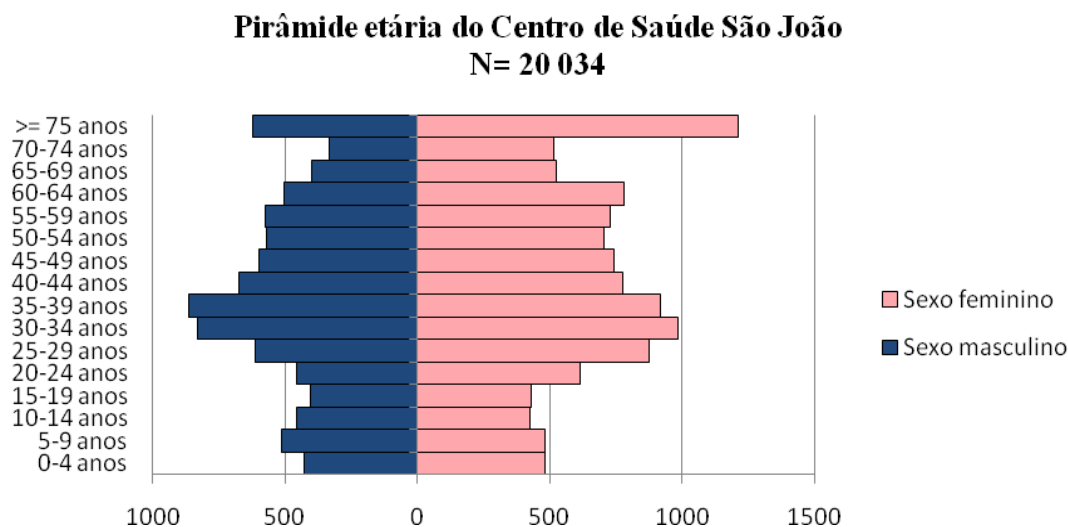
<b>Extensão de Saúde de Avanca do Centro de Saúde de Estarreja</b>	
<b>Horário de atendimento</b>	2 <sup>a</sup> a 6 <sup>a</sup> , das 8h00 às 18h00
<b>Consultas disponíveis</b>	Consultas de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• MGF Adultos (em caso de necessidade, consultas no Domicílio)</li> <li>• HTA</li> <li>• DM</li> <li>• Saúde Materna</li> <li>• Saúde Infantil/Juvenil</li> <li>• Planeamento Familiar</li> <li>• Vigilância Oncológica</li> <li>• Consulta Aberta, para todos os utentes do concelho de Estarreja, num espaço do Hospital Visconde de Salreu</li> <li>• Cuidados de Enfermagem</li> <li>• Consulta de Saúde Oral, a funcionar no CSE</li> <li>• Consulta de Psicologia, a funcionar no CSE</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 médicos</li> <li>• 2 enfermeiros</li> <li>• 3 administrativos</li> </ul>
<b>Sistemas informáticos</b>	Sistemas SINUS©, SAM© e Alert P1
<b>Principais locais de referência</b>	Hospital Infante D. Pedro – Aveiro, Hospital Visconde de Salreu – Estarreja, IPO Porto/Coimbra, Hospital da Prelada

**Tabela 2. Características da ESACSE.** MGF, Medicina Geral e Familiar; HTA, hipertensão arterial; DM, *Diabetes mellitus*; CSE, Centro de Saúde de Estarreja; SINUS, Sistema de Informatização das Unidades de Saúde; SAM, Sistema de Apoio ao Médico; IPO, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil e Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

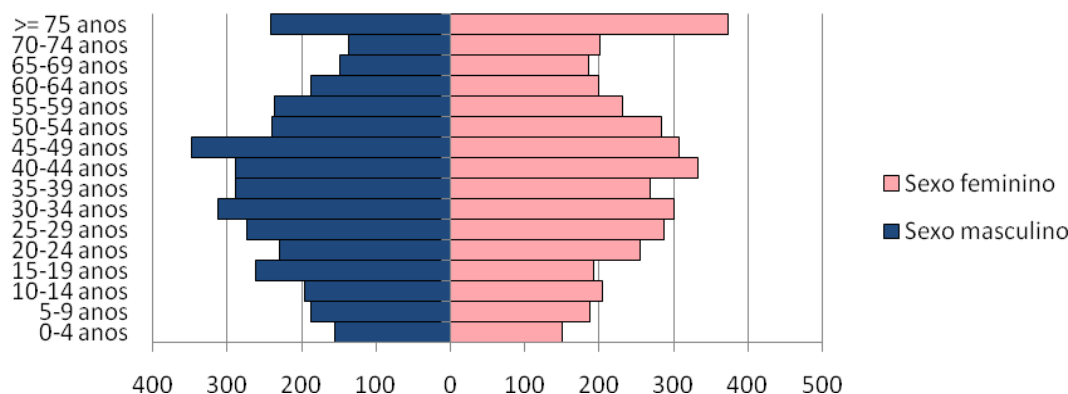
No ano 2000 foi introduzido o sistema informático SAM e, desde aí, os registos em papel têm sido progressivamente abandonados. O SAM é usado para registo da história clínica segundo o método Subjectivo, Objectivo, Avaliação, Plano (SOAP), marcação de consultas, prescrição de receitas, pedido de exames complementares de diagnóstico e atribuição de baixas e atestados.

Comparativamente à ESACSE, o CSSJ tem mais recursos humanos, maior espaço físico, maior disponibilidade de serviços, como consultas de Psicologia e mais recursos materiais, dispendo por exemplo de um electrocardiógrafo e de um dispositivo de medição ambulatória da pressão arterial (MAPA).

## Aspectos demográficos dos Centros de Saúde



**Pirâmide etária da Extensão de Saúde de Avanca do Centro de Saúde de Estarreja**  
N= 7690



**Figura 1. Pirâmides etárias dos Centros de Saúde**

Da análise das pirâmides etárias dos dois CS, destaca-se o estreitamento da base, sinónimo de uma diminuição na taxa de natalidade e o alargamento do topo, correspondente a uma diminuição da taxa de mortalidade/ aumento da esperança média de vida. Em conjunto, determinam um envelhecimento da população, perfil partilhado pela pirâmide etária da população portuguesa.<sup>5</sup> A proporção de jovens (com menos de 15 anos de idade) na ESACSE é de 14,03% e no CSSJ é de 13,89%; a população de utentes idosos (65 ou mais anos), corresponde a 16,72% na ESACSE e a 18,00% no

CSSJ. O CSSJ apresenta, portanto, um índice de envelhecimento (relação entre a percentagem de habitantes com mais de 65 anos e a de habitantes com menos de 15 anos) superior. Os grupos etários preponderantes são, na ESACSE, o dos 45 aos 49 anos (que representa 8,53% da população de utentes) e, no CSSJ, o dos 35 aos 39 anos (9,06% dos utentes).

Quanto à distribuição por géneros, estão inscritos na ESACSE 48,50% de homens e 51,50% de mulheres, enquanto que no CSSJ estas percentagens são de 44,08% e 55,82%, respectivamente. Constatam-se uma maior proporção de mulheres em grupos etários mais elevados, quando em comparação com os homens.

## Descrição das actividades

---

A disciplina de MC decorreu de 18/01/2010 a 12/02/2010. A aluna participou em numerosas consultas, num seminário introdutório, num congresso, numa acção de formação e numa visita a um Centro de Dia, bem como nos trabalhos da Sala de Enfermagem (**Apêndice I**). Destacam-se os mais relevantes.

### 1. Consulta

A aluna colaborou em 131 consultas, 110 a adultos, 9 a grávidas e 12 a crianças. Nas consultas aos adultos constatou a grande prevalência de hipertensão arterial (HTA), *Diabetes mellitus* (DM) tipo 2, doença pulmonar obstrutiva crónica, problemas músculo esqueléticos, alterações de sono e depressão. Alguns doentes eram referenciados para os Cuidados de Saúde Secundários para serem vistos por médicos de outras especialidades. Teve um papel activo na avaliação de alguns utentes, designadamente na identificação de factores de risco, prevenção, diagnóstico precoce e instrução no sentido da promoção da saúde. O médico de família, pelo facto de seguir o utente e familiares, tem uma informação mais abrangente acerca dos seus antecedentes e da evolução cronológica da sua saúde. Realizou algumas consultas de forma tutelada, consultando os registos

anteriores. Procedia à colheita da anamnese, ao exame objectivo e analisava os resultados de exames complementares de diagnóstico utilizando os suportes informáticos disponíveis.

Em relação às consultas da ESACSE, algumas situações merecem referência. Seis dos 88 doentes observados (6.8%) tinham hepatite C crónica, provavelmente em relação com a administração de injectáveis já que, no passado, só uma pessoa na vila dispunha de um *kit* de agulhas, apenas fervidas entre utilizações. Foram avaliados, em consulta, famílias com doenças de padrão hereditário, nomeadamente dois primos com hemocromatose e várias famílias com dislipidemias. Viu 5 casos de alcoolismo, dois dos quais em mulheres. Surgiram algumas situações específicas de um meio rural (uma dermatofitose adquirida em contacto com o gado, pedidos de atestados sanitários para trabalhar com carne ou leite destinados ao consumo e queixas músculo esqueléticas em relação com o trabalho agrícola). Foi notória a boa relação médico-doente entre a Dra. Isabel Maria Costa, tutora do estágio, e os seus utentes, alguns dos quais acompanhados por ela há mais de 30 anos.

Ao contrário do que se passa no CSSJ, na ESACSE notou deficiências na articulação com os Cuidados de Saúde Secundários, aparecendo muitos utentes seguidos em consulta hospitalar, sujeitos a internamentos ou mesmo a cirurgias, sem qualquer informação clínica.

Nas 9 consultas de Saúde Materna em que participou na ESACSE, analisou os exames ecográficos dos 1º e 2º trimestres da gravidez, pediu e interpretou análises, fez o exame objectivo às grávidas com medição da altura uterina, cardiotocografia e aconselhou-as quanto aos cuidados a ter durante a gravidez. As grávidas são acompanhadas na ESACSE até à 28ª semana de gestação, altura em que são referenciadas e passam a ter seguimento no Hospital de Aveiro, onde será o parto. Uma das primíparas foi referenciada ao Instituto de Genética Médica devido aos antecedentes de Doença de Huntington na família do marido.

No CSSJ a aluna assistiu ainda a consultas de Saúde Infantil e às rotinas de acompanhamento do desenvolvimento, imunização e aconselhamento a pais. Assistiu ainda a consultas de Planeamento Familiar.

## **2. Sala de Enfermagem**

A aluna colaborou com a Enfermagem na medição de tensões arteriais, na pesquisa de glicemias capilares, na realização de pensos segundo técnicas assépticas (nomeadamente em casos de úlceras de pressão, úlceras de estase em insuficientes venosos, úlceras resultantes de doença arterial periférica, feridas traumáticas e queimaduras químicas), administração de fármacos injectáveis e vacinas a adultos e crianças. Tomou parte na vigilância de utentes diabéticos, na avaliação de parâmetros antropométricos e sinais vitais, exame dos pés, transmissão de informações relativas à doença e recomendações sobre o estilo de vida. Finalmente, observou a disponibilização de contraceptivos orais a mulheres que recorriam ao CS.

## **3. Acção de formação “Promoção da saúde e prevenção da doença”**

Nesta sessão, a 9 de Fevereiro, leccionada pelo Dr. Carlos Martins do CSSJ para médicos internos em MGF, falou-se da importância da capacitação individual para a promoção da sua saúde e de como erradicar ou minimizar o impacto da doença através de estratégias de prevenção, ao longo do ciclo vital. No âmbito da prevenção secundária, foram referidos os princípios subjacentes à implementação de programas de rastreio e particularizados os rastreios oncológicos.

## **4. I Jornadas de factores de risco e orientações clínicas em Cuidados de Saúde Primários**

Estas Jornadas, a 1 e 2 de Fevereiro, presididas pela Prof<sup>a</sup> Doutora Luciana Couto, centraram-se nas áreas das doenças cardiovasculares, HTA, DM, dislipidemias e saúde mental, onde se enquadram as mais prevalentes patologias encontradas nos CSP. Quanto à HTA, que afecta cerca de metade da população portuguesa, foram abordados os factores de risco, a etiologia e o tratamento. A MAPA, seus princípios e indicações, sobretudo na suspeita de “HTA de bata branca”, foram também discutidos, tendo a

aluna, mais tarde, durante o estágio no CSSJ, assistido à aplicação do dispositivo de MAPA. Relativamente à DM falou-se do diagnóstico, da monitorização da glicemia, do tratamento e vigilância periódica dos órgãos alvo e das complicações. Sobre as dislipidemias abordou-se o seu efeito na etiologia da doença cardiovascular aterosclerótica e a diminuição dos riscos quando tratadas. Foram também abordadas a depressão e a demência nos idosos.

## 5. Trabalhos desenvolvidos

Entre as tarefas obrigatórias durante o estágio, a aluna registou notas clínicas de casos acompanhados em consulta e pôde aplicar instrumentos de avaliação da estrutura, dinâmica e nível social familiares: genograma, ciclo de vida familiar de Duvall, Apgar familiar de Smilkstein, psicofigura de Mitchel, círculo familiar de Thrower e Classificação social de Graffard. Procurou, também, relacionar de forma cronológica antecedentes patológicos do indivíduo com marcos da sua vida pessoal e familiar (biopatografia). Estas ferramentas são úteis na contextualização do utente, permitindo detectar problemas de saúde com padrão familiar e impacto da doença na homeostasia familiar.<sup>6</sup>

A aluna dedicou parte do estágio a um projecto de caracterização da população idosa vista em consulta (**Apêndice II**) e, interessada nas especificidades deste grupo etário, redigiu uma reflexão sobre demências (**Apêndice III**).

Motivada pela elevada frequência de queixas dispépticas observadas em consulta, elaborou um fluxograma de abordagem inicial da dispepsia (**Apêndice IV**).

## Reflexão pessoal

---

A valência de Medicina Comunitária foi uma oportunidade fundamental de contacto com os CSP, essencial à formação de qualquer médico. Os CSP são a base do sistema de saúde e a interface mais directa com as populações. A este respeito, foi interessante

observar os motivos de recurso ao CS, a oferta de consultas dirigidas a grupos específicos, as acções preventivas, de rastreio e de promoção da saúde em vigor. A referência e *feedback* dos Cuidados de Saúde Secundários e a coordenação com múltiplas estruturas de saúde da comunidade, foram também noções úteis que adquiriu. A enorme margem de intervenção potenciada pelo acompanhamento prolongado de um médico aos seus utentes foi o aspecto que a aluna considerou mais aliciante.

A aluna sente que se autonomizou na abordagem ao doente e na capacidade de decisão clínica. Gostou de ser aliada do especialista de MGF e dos enfermeiros, com quem aprendeu e partilhou tarefas. Além disso, nunca antes se sentira tão próxima dos doentes, da diversidade das suas vidas, dos seus problemas de saúde, familiares, profissionais, financeiros, enfim, de todo um contexto em que se inserem e que, a nível hospitalar, raramente é explorado com tempo. Em particular, a dedicação de mais tempo e atenção à população idosa colmatou algumas lacunas nos problemas geriátricos, pouco abordados no curso de Medicina.

Trata-se, portanto, de um estágio imprescindível no *curriculum* do curso de Medicina, que a aluna considerou marcante na sua educação médica.

## Bibliografia

---

- <sup>1</sup> International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. [Online]. 1978 Sep 6-12 [citado em 2010 Abr 12];[3 páginas]. Disponível em:  
URL:[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)
- <sup>2</sup> WONCA/OMS. A definição Europeia da Medicina Geral e Familiar. [Online]. 2002 [citado em 2010 Abr 12];[41 páginas]. Disponível em:  
URL:<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>
- <sup>3</sup> Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve História do Centro de Saúde São João. Rev Port Clin Geral 2002;18:177-86.
- <sup>4</sup> Hespanhol A. Cinco anos do Centro de Saúde São João, “Tubo de Ensaio”. Arquivos de Medicina 2005;19(3):103-111.
- <sup>5</sup> Instituto Nacional de Estatística. Estimativas Provisórias de População Residente - Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios - 2008. [Online]. Jun 2009 [citado em 2010 Abr 12];[223 páginas]. Disponível em:  
URL:[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOEStema=00&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEStema=00&PUBLICACOESmodo=2)
- <sup>6</sup> Caeiro RT. Registos Clínicos em Medicina Familiar. 1ª edição. Lisboa, Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1991.

## Apêndice I – Plano do Estágio

---

<b>EXTENSÃO DE SAÚDE DE AVANCA DO CENTRO DE SAÚDE DE ESTARREJA</b>	
SEMANA 1	
<b>18/01/10</b>	SEMINÁRIO
<b>19/01/10</b>	CONSULTA
<b>20/01/10</b>	CONSULTA
<b>21/01/10</b>	CONSULTA DE DIABETES
<b>22/01/10</b>	CONSULTA
SEMANA 2	
<b>25/01/10</b>	CONSULTA SALA DE ENFERMAGEM CONSULTA DE SAÚDE MATERNA
<b>26/01/10</b>	CONSULTA SALA DE ENFERMAGEM
<b>27/01/10</b>	CONSULTA DE DIABETES
<b>28/01/10</b>	CONSULTA
<b>29/01/10</b>	CONSULTA

<b>CENTRO DE SAÚDE S. JOÃO</b>	
SEMANA 3	
<b>01/02/10</b>	CONGRESSO: I JORNADAS DE FACTORES DE RISCO E ORIENTAÇÕES CLÍNICAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DA ZONA NORTE
<b>02/02/10</b>	CONGRESSO CONSULTA
<b>03/02/10</b>	CONSULTA
<b>04/02/10</b>	CONSULTA
<b>05/02/10</b>	SALA DE ENFERMAGEM
SEMANA 4	
<b>08/02/10</b>	CONSULTA
<b>09/02/10</b>	ACÇÃO DE FORMAÇÃO: ACTIVIDADES PREVENTIVAS (DR. CARLOS MARTINS) VISITA A UM CENTRO DE DIA
<b>10/02/10</b>	CONSULTA
<b>11/02/10</b>	CONSULTA SALA DE ENFERMAGEM
<b>12/02/10</b>	CONSULTA

## Apêndice II – Padrões de Saúde do Utente Idoso

---

### Introdução

---

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística relativos ao período de 2006-2008, a esperança média de vida à nascença é, em Portugal, de 78,7 anos. Entre 1975 e 2008, aumentou de 72 para 82,2 anos para as mulheres e de 65 para 75,7 anos para os homens. Em 2008, o número de idosos (indivíduos com 65 ou mais anos) em Portugal era de 1.874.209, o que representa 17,6% dos 10.627.250 habitantes. Assim sendo, num período inferior a 50 anos, a população idosa terá mais do que duplicado. De facto, a população com mais de 65 anos é o grupo etário cujo crescimento tem sido mais marcado e, dentro deste, o segmento com o crescimento mais expressivo é o das pessoas com idade igual ou superior a 85 anos. Prevê-se que, no próximo meio século, os idosos atinjam 32% da população. Existe uma considerável diferença entre sexos, com uma razão de 71 homens para 100 mulheres entre os indivíduos com mais de 65 anos.<sup>1</sup> Só 15% dos indivíduos com 100 ou mais anos são homens.<sup>2</sup>

As razões para o aumento da esperança média de vida fazem parte da transição epidemiológica, iniciada no princípio do século XX, já com várias etapas reconhecidas. Numa primeira fase, foram o desenvolvimento de infraestruturas de saúde pública, o saneamento, a introdução da vacinação, a diversificação alimentar, entre outros, que fizeram regredir as taxas de mortalidade, sobretudo devidas a doenças infecciosas. Entretanto, a urbanização e industrialização trouxeram consigo mudanças nos estilos de vida, com aumento do sedentarismo, uma alimentação mais rica em gorduras e aumento do consumo de tabaco, factores que acarretaram uma elevação da taxa das doenças cardiovasculares. A implementação de medidas preventivas e as novas abordagens terapêuticas, muitas vezes fruto de avanços tecnológicos, contribuíram para a redução de factores de risco e diminuição da mortalidade ajustada à idade por doenças cardiovasculares. Prevê-se uma desaceleração deste declínio na mortalidade, correspondente a uma desaceleração na taxa de declínio dos factores de risco e ao aumento da obesidade e inactividade física.<sup>2</sup>

Associado a uma diminuição da natalidade nos países desenvolvidos, o aumento da longevidade referido, contribui para o envelhecimento da população. Este envelhecimento demográfico não é homogêneo em todo o mundo. Os países desenvolvidos iniciaram primeiro o processo de transição demográfica e apresentam populações jovens a evoluir segundo taxas negativas desde há já algumas décadas; nos países menos desenvolvidos, as taxas de crescimento ainda se revelam positivas.<sup>3</sup>

As consequências do envelhecimento da população são vastas. Por um lado, a diminuição da natalidade terá um impacto futuro, reflectindo-se na redução da população activa; por outro lado, o aumento do número de idosos obriga a equacionar questões como a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde, a idade de reforma, e o estatuto e qualidade de vida dos idosos. Assiste-se, pois, a um aumento do índice de dependência, definido como a razão entre o grupo com idade igual ou superior a 65 anos e o grupo entre os 15 e os 64 anos. Não restam dúvidas de que as despesas com a saúde associadas aos cuidados com os idosos são elevadas. As doenças dos idosos são, em geral, crónicas e múltiplas e exigem acompanhamento médico de equipas multidisciplinares, muitas vezes de forma permanente. É um grupo que consome uma quantidade desproporcionada de medicamentos. Um quarto dos doentes cirúrgicos tem mais de 65 anos, já que metade dos indivíduos nesse escalão etário será sujeita a cirurgia até ao final da sua vida. A idade é um factor de risco independente para a morbimortalidade associada a numerosas doenças, à hospitalização, à duração da hospitalização e a efeitos laterais de fármacos.<sup>4</sup> Por outro lado, esta população lança oportunidades em vários sectores económicos, já que dinamiza uma área da prestação de cuidados, estimula o desenvolvimento de redes de solidariedade e tem padrões de consumo próprios.<sup>3</sup>

A população idosa caracteriza-se por grande heterogeneidade e não é fácil definir o que é um problema médico geriátrico. Qualquer limite cronológico é arbitrário, dificilmente fiel ao estado biológico, físico e psicológico do indivíduo, mas uma definição de idoso é fundamental para efeitos de descrição comparativa e, como tal, elegeram-se o limiar dos 65 anos. Apesar da diversidade, o envelhecimento traz invariavelmente uma alteração definitiva na aparência e no comportamento do indivíduo, causada pelos efeitos da senescência sobre os órgãos e aparelhos. As reservas cardiovasculares, pulmonar, hepáticas, renais e do sistema nervoso dos idosos estão reduzidas e maior é o risco de descompensação.<sup>4</sup> A incidência e prevalência de doenças crónicas aumentam com a

idade, sendo os principais contribuintes para a mortalidade, as doenças cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias crónicas e a Diabetes *mellitus* (DM).

A capacidade funcional, o melhor indicador de prognóstico e longevidade, define-se como a capacidade de um indivíduo satisfazer com autonomia as suas exigências diárias. As alterações na capacidade funcional podem ser a tradução de uma doença orgânica, da deterioração cognitiva, de alterações do apoio social, da depressão, do excesso de medicação ou de vários destes factores. Para aferir essa capacidade funcional, as actividades da vida diária (AVDs) são uma das ferramentas usadas. Incluem a capacidade de se vestir, tomar banho, comer, tratar da higiene, caminhar e eliminar as excreções. As actividades da vida diária instrumentadas (AVDIs) são outra ferramenta usada integrando a gestão de bens, a administração da medicação, o uso de transportes públicos e do telefone, a ida às compras, o cuidar da casa e a preparação de refeições. Outras dimensões avaliadas na determinação da capacidade funcional do idoso são o equilíbrio e marcha, a cognição, a visão, a audição, a saúde dentária, a nutrição e a capacidade de conduzir.<sup>2</sup> Só documentando a capacidade funcional do idoso se podem identificar e intervir sobre as suas alterações.

Foi neste contexto que a aluna pretendeu caracterizar a população de idosos observada em consulta, durante a sua rotação pelos Centro de Saúde São João – Porto (CSSJ), Extensão de Saúde de Avanca, do Centro de Saúde de Estarreja (ESACSE) e visita ao “Serviço de Assistência Organizações de Maria” (SAOM), que é um Centro de Dia.

Os objectivos foram: perceber o enquadramento social do utente idoso, identificar comorbilidades crónicas e problemas tipicamente relacionados com a idade avançada, avaliar a autonomia nas tarefas da vida diária e comparar os resultados obtidos num meio rural, representado por Avanca, com os de um meio urbano e de um Centro de Dia. Espera-se que a caracterização desta população possa sugerir os recursos em falta para os poder disponibilizar.

## Materiais e Métodos

---

Todos os utentes com idades iguais ou superiores a 65 anos pertencentes às listas da Dra. Isabel Maria Costa (ESACSE) e do Dr. Carlos Martins (CSSJ), observados em

consulta durante o período de estágio de 2 semanas que a aluna passou em cada Centro de Saúde, foram alvo deste trabalho. Realizou-se a mesma colheita de informação junto dos idosos presentes no Centro de Dia de uma instituição privada de solidariedade social visitada pela aluna, o SAOM, no Porto.

Sobre esses utentes recolheu-se a seguinte informação, por meio de entrevista:

<b>IDENTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO</b>	Nome
	Sexo
	Idade
	Estado civil
	Onde e com quem vive (se institucionalizado qual a razão)
	Actividade profissional
<b>AUTONOMIA PARA AS AVDs BÁSICAS</b> (ÍNDICE DE KATZ PONTUADO DE 0-2: 0= independente; 1= necessita de ajuda; 2= totalmente dependente)	Tomar banho
	Vestir-se
	Servir-se do quarto de banho
	Transferir-se de/para cama/cadeira
	Continência de esfíncteres
	Comer
<b>DOENÇAS CRÓNICAS DIAGNOSTICADAS</b>	Cardiovasculares
	AVC
	Respiratórias
	Diabetes <i>mellitus</i>
	Cancro
	Músculo esqueléticas
	Psiquiátricas
	Outras
<b>DOENÇAS CARACTERÍSTICAS DA IDADE AVANÇADA</b>	Problemas de visão
	Problemas de audição
	Tonturas/Desequilíbrio
	Quedas com traumatismo
	Baixo Índice de Massa Corporal (através do peso e altura)
	Incontinência com necessidade de protecção
	Demência (usando o <i>Mini Mental State Examination</i> ou com base na informação do acompanhante)

Tabela 1. Informação recolhida junto dos utentes idosos. AVC, acidente vascular cerebral

Uma recolha suplementar de informação foi conseguida pela consulta do processo clínico, disponível nos programas SAM (no ESACSE) e HIGIA (no CSSJ).

Segundo a Classificação Nacional das Profissões (CNP), são definidos 9 grandes grupos, de acordo com a formação exigida e o tipo de trabalho realizado.<sup>5</sup> Na classificação das profissões dos idosos interrogados, foram consideradas apenas 4 categorias: 1) quadros superiores da administração pública, dirigentes, quadros superiores de empresa, profissões intelectuais e científicas (correspondentes aos grupos 1 e 2 da CNP); 2) técnicos e profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo, pessoal dos serviços ou vendedores (correspondentes aos grupos 3, 4 e 5 da CNP); 3) agricultores, trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, operários, artífices, operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem (correspondentes aos grupos 6, 7 e 8 da CNP); 4) trabalhadores não qualificados (correspondente ao grupo 9 da CNP). Nesta última categoria foram incluídos utentes que haviam sido empregados de limpeza ou domésticas e idosos que foram operários de construção civil, pouco ou nada especializados.

Como medida da capacidade funcional foi usado o Índice de Katz, de independência nas AVDs, instrumento muito comum e prático neste tipo de avaliações.<sup>6,7</sup> Foram avaliadas 6 actividades de auto-cuidado: tomar banho, vestir-se, servir-se do quarto de banho, transferir-se de/para a cama ou cadeira, manter a continência dos esfíncteres e comer, cada uma pontuada segundo uma escala de Likert, de 0, para indivíduos independentes, a 2 para os totalmente dependentes.

Em relação às doenças crónicas, foram consideradas aquelas em que existia um diagnóstico médico estabelecido.

Sob incontinência foram consideradas todas as perdas de urina, ainda que reduzidas, que obrigassem a algum tipo de protecção.

Uma avaliação da demência não foi feita de forma sistemática, por contingência de tempo disponível na consulta, ficando a análise do estado cognitivo limitada ao desempenho de linguagem, avaliado pela aluna durante a entrevista, e resposta às perguntas.

Os resultados foram analisados com recurso a uma estatística descritiva.

# Resultados

## 1. IDENTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO

	ESACSE	CSSJ	SAOM	Total
<b>IDOSOS</b>	N= 33	N= 14	N= 14	N= 61
<b>SEXO FEMININO/MASCULINO</b>	18 (54,5%)/ 15 (45,5%)	13 (92,9%)/ 1 (7,1%)	12 (85,7%)/ 2 (14,3%)	43(70,5%)/18 (29,5%)
<b>IDADE MÉDIA E DESVIO PADRÃO</b>	74,2 anos +/- 5,5	75,5 anos +/- 6,1	79 anos +/- 4,7	75,6 anos
<b>ESTADO CIVIL</b>				
• <b>CASADO</b>	18 (54,5%)	3 (21,4%)	1 (7,1%)	22 (36,1%)
• <b>VIÚVO</b>	14 (42,4%)	5 (35,7%)	8 (57,1%)	27 (44,3%)
• <b>SOLTEIRO</b>	1 (3%)	4 (28,6%)	2 (14,3%)	7 (11,5%)
• <b>DIVORCIADO</b>	0	2 (14,2%)	3 (21,4%)	5 (8,2%)
<b>ONDE E COM QUEM VIVE</b>	N=26			N= 54
• <b>EM CASA COM FAMILIAR(ES)</b>	21 (80,8%)	7 (50%)	5 (35,7%)	33 (61,1%)
• <b>EM CASA COM CUIDADOR NÃO PARENTE</b>	1 (3,8%)	1 (7,1%)	0	2 (3,7%)
• <b>EM CASA SOZINHO</b>	4 (15,4%)	4 (28,6%)	9 (64,3%)	17 (31,5%)
• <b>INSTITUCIONALIZADO</b>	0	2 (freiras numa instituição religiosa)	0	2 (3,7%)
<b>PROFISSÃO</b>	N= 25			N= 53
• <b>REFORMADOS/ACTIVOS</b>	22(88%)/3(12%)	13(92,9%)/1(7,1%)	14/0	49 (92,5%)
• <b>GRUPOS 1 E 2 DA CNP</b>	1 (4%)	5 (35,7%)	0	6 (11,3%)
• <b>GRUPOS 3, 4 E 5 DA CNP</b>	4 (16%)	4 (28,6%)	2 (14,3%)	10 (18,9%)
• <b>GRUPOS 6, 7 E 8 DA CNP</b>	14 (56%)	4 (28,6%)	7 (50%)	35 (66,0%)
• <b>TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS</b>	6 (24%)	0	5 (35,7%)	11 (20,8%)

**Tabela 2. Identificação e enquadramento.** ESACSE, Extensão de Saúde de Avanço do Centro de Saúde de Estarreja; CSSJ, Centro de Saúde São João; SAOM, Serviço de Assistência Organizações de Maria; CNP, Classificação Nacional das Profissões

Dos 61 idosos que fizeram parte do estudo, 70,5% eram mulheres. A média de idades foi de 75,6 anos. A maioria destes idosos eram viúvos (44,3%) ou casados (36,1%) e viviam em casa com familiares (61,1%) ou sozinhos (31,5%). Estão reformados 92,5% dos idosos, principalmente de profissões que requerem menos qualificações.

Da análise comparada do enquadramento dos idosos do ESACSE, CSSJ e SAOM ressalta que os utentes do SAOM são claramente diferentes dos encontrados nos Centros de Saúde: são, em média, mais velhos, vivem sozinhos mais frequentemente e

tinham profissões menos especializadas. Alguns referiram problemas familiares de maus-tratos, toxicod dependência e desemprego. Estes dados podem reflectir as características da população que recorre a este tipo de apoio social.

Entre os idosos da ESACSE, é menor a proporção que vive sozinha e maior a que vive com a família. Relativamente ao estado civil, nesta população há menos solteiros e nenhum divorciado. Avanca é uma vila onde as actividades económicas prevalentes são a indústria (várias fábricas estão aí instaladas) e a agricultura. A maioria dos idosos trabalhou nestes sectores.

## 2. AUTONOMIA PARA AS AVDs BÁSICAS

	ESACSE	CSSJ	SAOM	Total
<b>AUTÓNOMO NAS AVDs</b> (pontuação máxima no índice de Katz)	30 (90%)	12 (85,7%)	10 (71,4%)	52 (85,2%)
<b>PERDA DE AUTONOMIA ≥ 1 AVD</b>	3 (10%)	2 (14,3%)	4 (28,6%)	9 (14,8%)
<b>NECESSIDADE DE AJUDA (A)/DEPENDÊNCIA TOTAL (DT) PARA:</b>				
• <b>TOMAR BANHO</b>	1 A e 2 DT	1 A e 1 DT	3 A e 1 DT	5 A e 4 DT
• <b>VESTIR-SE</b>	2 DT	1 DT	1 A	1 A e 3 DT
• <b>SERVIR-SE DO QUARTO DE BANHO</b>	2 DT	1 DT	1 A	1 A e 3 DT
• <b>TRANSFERIR-SE DE/PARA CAMA/CADEIRA</b>	2 DT	1 A	1 A	2 A e 2 DT
• <b>CONTINÊNCIA DE ESFÍNCTERES</b>	2 DT	1 DT	0	3 DT
• <b>COMER</b>	1 DT	0	0	1 DT

**Tabela 3. Autonomia para as AVDs básicas.** ESACSE, Extensão de Saúde de Avanca do Centro de Saúde de Estarreja; CSSJ, Centro de Saúde São João; SAOM, Serviço de Assistência Organizações de Maria; AVD, actividade da vida diária; A, necessidade de ajuda; DT, dependência total.

A maioria dos idosos estudados é totalmente independente nas actividades da vida diária, tendo apenas 14,8% pontuado menos que 12/12 no índice de Katz. O banho é a actividade que mais dificuldade coloca, exigindo algum grau de ajuda a todos esses. Apenas 1 dos idosos não se conseguia alimentar sozinho.

O grau de autonomia é, em média, menor entre os utentes do SAOM.

### 3. DOENÇAS CRÔNICAS DIAGNOSTICADAS

	ESACSE	CSSJ	SAOM	Total
<b>CARDIOVASCULARES (excluindo HTA)</b>	9 (27,2%)	2 (14,3%)	5 (35,7%)	16 (26,2%)
<b>HTA</b>	17 (51,5%)	10 (71,4%)	6 (42,9%)	33 (54,1%)
<b>AVC</b>	1 (3%)	0	3 (21,4%)	4 (6,6%)
<b>RESPIRATÓRIAS</b>	3 (9,1%)	0	1 (7,1%)	4 (6,6%)
<b>DIABETES MELLITUS TIPO 2</b>	7 (21,2%)	4 (28,6%)	5 (35,7%)	16 (26,2%)
<b>CANCRO</b>	3 (9,1%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)	7 (11,5%)
<b>MÚSCULO ESQUELÉTICAS</b>	16 (48,5%)	8 (57,1%)	9 (64,3%)	33 (54,1%)
<b>PSIQUIÁTRICAS</b>	3 (9,1%)	4 (28,6%)	3 (21,4%)	10 (16,4%)
<b>OUTRAS</b>	7 (21,2%)			
• <b>DISLIPIDEMIA</b>	5 (15,2%)			
• <b>OBESIDADE</b>	5 (15,2%)			
• <b>HEPATITE C CRÔNICA</b>	4 (12,1%)			
• <b>INSUFICIÊNCIA VENOSA</b>	3 (9,1%)			
• <b>DOENÇA DA TIRÓIDE</b>	5 (33% dos 15			
• <b>HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA</b>	homens)			

**Tabela 4. Doenças crônicas diagnosticadas.** ESACSE, Extensão de Saúde de Avanço do Centro de Saúde de Estarreja; CSSJ, Centro de Saúde São João; SAOM, Serviço de Assistência Organizações de Maria; HTA, hipertensão arterial; AVC, acidente vascular cerebral.

A hipertensão arterial (HTA) e as patologias músculo esqueléticas afectam mais de metade dos idosos do estudo (54,1%). A patologia músculo esquelética mais frequentemente apontada foi a osteoartrose (44,3%), em particular a gonartrose, as tendinites do supraespinhoso (8,3%) e as hérnias discais (6,6%).

A DM tipo 2 e as doenças cardiovasculares também se mostraram muito prevalentes (26,2%). Entre as principais causas de doença cardiovascular reportadas estão a cardiopatia isquémica (9,8%), a insuficiência cardíaca (6,6%), as doenças valvulares (8,2) e as arritmias (6,6%), em alguns casos assintomáticas.

A única patologia psiquiátrica encontrada foi a depressão. A prevalência de depressões verificadas na ESACSE foi menor que no CSSJ e SAOM.

No SAOM verificou-se haver uma maior prevalência de doença cardio e cerebrovascular, da DM tipo 2 e das doenças músculo esqueléticas.

#### 4. DOENÇAS CARACTERÍSTICAS DA IDADE AVANÇADA

	ESACSE	CSSJ	SAOM	Total
<b>PROBLEMAS DE VISÃO</b>	5 (15,2%)	4 (28,6%)	5 (35,7%)	14 (23,0%)
<b>PROBLEMAS DE AUDIÇÃO</b>	7 (21,2%)	3 (21,4%)	7 (50%)	17 (27,9%)
<b>TONTURAS/DESEQUILÍBRIO</b>	6 (18,2%)	5 (35,7%)	6 (42,9%)	17 (27,9%)
<b>QUEDAS COM TRAUMATISMO</b>	1 (3%)	2 (14,3%)	4 (28,6%)	7 (11,5%)
<b>BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (através do peso e altura)</b>	1 (3%)	0	0	1 (1,6%)
<b>INCONTINÊNCIA COM NECESSIDADE DE PROTECÇÃO</b>	8 (24,2%)	8 (57,1%)	8 (57,1%)	24 (39,3%)
<b>DEMÊNCIA (usando o <i>Mini Mental State Examination</i>/ com base na informação do acompanhante/ pela avaliação do discurso ao longo da entrevista)</b>	3	2	2	7 (11,5%)

**Tabela 5. Doenças características da idade avançada.** ESACSE, Extensão de Saúde de Avança do Centro de Saúde de Estarreja; CSSJ, Centro de Saúde São João; SAOM, Serviço de Assistência Organizações de Maria

Problemas de visão, de audição, tonturas/desequilíbrios e incontinência foram doenças encontradas com grande prevalência entre os idosos interrogados. De todos, a incontinência revelou-se o problema mais frequente (39,3%). A maioria dos idosos com esta queixa era do sexo feminino (36%), apresentava urgência ou incontinência de esforço, usando em média 2 pensos higiénicos por dia, apesar de alguns apenas necessitarem de protecção nocturna.

Muitos dos idosos que se queixavam de problemas de visão ou hipoacusia não usavam óculos ou aparelhos auditivos, por falta de meios para os adquirirem ou por se adaptarem a este défice sensorial e o julgarem indissociável do envelhecimento. Entre as perdas de visão, o glaucoma e as cataratas foram apontados como causas em 3,2% dos utentes, apesar de 14,8% dos idosos com perda de visão ter antecedentes de cirurgia oftalmológica a um destes problemas.

Das pessoas que mencionaram sofrer de tonturas e desequilíbrios, a uma foi diagnosticada uma labirintite.

Para todas as patologias relacionadas com a idade avançada, a prevalência foi menor na ESACSE e maior no SAOM. Recorde-se, contudo, que a idade média era superior no

SAOM. Em relação à incontinência, a prevalência total e a proporção de mulheres com incontinência foi mais elevada entre os idosos do CSSJ e SAOM.

## Discussão

---

O envelhecimento é um processo fisiológico, gradual, previsível e inevitável, que acarreta alterações irreversíveis na estrutura e funcionamento das células, tecidos, órgãos e sistemas. É heterogénea a forma como ocorre: indivíduos com a mesma idade cronológica poderão apresentar idades biológicas distintas. A diminuição progressiva da reserva funcional limita a adaptação homeostática face a alterações sofridas pelo organismo, o que aumenta a vulnerabilidade face à doença.<sup>8</sup> Por outro lado, a disfunção que se vai instalando pode culminar em incapacidade ou morte, podendo o processo de envelhecimento ser visto como indissociável da doença.<sup>9</sup>

As modificações sociais dos últimos séculos permitiram prolongar a esperança de vida, o que, a par da diminuição da natalidade, está na raiz do envelhecimento populacional. Com cada vez mais idosos, impõe-se um bom conhecimento desta faixa etária e dos seus problemas específicos já que exigem e, previsivelmente, continuarão a fazê-lo, uma grande atenção da parte dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, a aluna procurou caracterizar os utentes idosos observados em consulta, durante o seu período de estágio no CSSJ, ESACSE e na visita ao Centro de Dia SAOM.

Aproximadamente um terço dos 61 idosos incluídos no estudo vivia sozinho. Foi sugerido que viver sozinho exerce uma influência depressiva, sobretudo entre os homens idosos.<sup>10</sup> Por outro lado, entre os idosos que vivem com familiares, alguns estão inseridos em meios sociais problemáticos, sendo vítimas de negligência ou violência verbal (situações encontradas no SAOM). Segundo estatísticas de 2000-2008 da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, têm aumentado os casos de idosos vítimas de violência<sup>11</sup>. Esta é uma situação muitas vezes reportada ao profissional de saúde e sobre a qual este pode intervir.<sup>12</sup>

Em relação ao grau de dependência, 85,2% mostrou ser totalmente independente em todas as actividades. No estudo sueco de Sonn U.<sup>13</sup>, 83% de um grupo de idosos de 70 anos era totalmente independente nas AVDs, apesar da incidência de incapacidade ser de 8% dos 70 aos 73 anos e de 26% dos 73 aos 76, chegando apenas 53% aos 76 anos totalmente independentes nas AVDs. Essa diferença pode dever-se à selecção dos idosos que visitam o CS ou se deslocam ao Centro de Dia, uma limitação deste estudo. Num estudo realizado com idosos não demenciados institucionalizados em Lamego, 50 a 74,1% deles eram totalmente independentes.<sup>14</sup>

A tarefa que mais limita a autonomia dos idosos interrogados é o banho. De facto, foi mostrado que a perda de autonomia nas AVDs ocorre na ordem: banho > deslocações > utilização do quarto-de-banho > capacidade de se vestir > capacidade de se transferir para a cama ou cadeira > comer.<sup>15</sup> Conhecer este padrão de progressão, permite identificar idosos em risco de perda de autonomia e estabelecer intervenções tentando preservar a sua autonomia.

São frequentes as doenças crónicas e a pluripatologia, acentuando perdas de função e fragilizando o idoso. A prevalência de doenças crónico-degenerativas obtidas não é muito diferentes da encontrada noutras populações.<sup>16, 17</sup>

A prevalência de doenças tipicamente ligadas à idade avançada também foi avaliada noutros estudos. Em relação ao de Cigolle CT et al.<sup>17</sup>, as prevalências encontradas para os défices auditivos (31,2%), demência (12,2%), quedas com traumatismo (12,8%) e baixo índice de massa corporal (4,6%), são ligeiramente superiores. A prevalência de incontinência é claramente inferior (15,8%), apesar do estudo de Dooley et al.<sup>18</sup> apresentar resultados semelhantes aos obtidos (35,7% em mulheres com mais de 60 anos). Estarão subjacentes diferenças populacionais, metodologias distintas de obtenção de informação e viéses decorrentes da amostra pequena sobre a qual incide este estudo. Numa revisão da literatura de 1998<sup>19</sup>, foram encontradas prevalências díspares para a incontinência entre mulheres idosas (17-55%, com uma média de 34%) e homens idosos (11-34%, com uma média de 22%), dependendo da definição de incontinência, faixa etária e género. Quanto à perda visual a proporção de 23% encontrada é, em geral, superior à encontrada noutros estudos.<sup>17</sup> Provavelmente associada a um maior risco de quedas, dificuldades nas AVDs, problemas de saúde e hospitalizações, a manutenção de uma boa capacidade visual é importante para manter a autonomia. Os problemas

associados à idade avançada não são doenças que encaixem no modelo tradicional da medicina clínica e são, muitas vezes, menosprezadas pelos médicos que cuidam de indivíduos idosos. É importante estudar estes problemas pelo seu impacto na qualidade de vida do idoso e pela possível relação com outras comorbilidades.

As actividades preventivas podem desempenhar um papel importante na qualidade e duração da vida dos idosos, promovendo a sua autonomia. Quanto maior a esperança média de vida do idoso, maior o benefício que poderá conseguir com medidas preventivas.<sup>20</sup> Além das recomendações da Direcção Geral de Saúde quanto à aplicação da vacinação antitetânica, vacinação contra a gripe, detecção e controlo da HTA, realização de exame oftalmológico pelo menos de 4 em 4 anos, a partir dos 46 anos, acompanhamento e referenciação daqueles com problemas de visão<sup>20</sup>, rastreios do cancro da mama e cancro colorectal, outras medidas preventivas são pertinentes. Das relacionadas com os problemas da idade avançada e sugeridas em directivas internacionais, destacam-se os rastreios de: dificuldades auditivas<sup>21</sup>, factores de risco para quedas, demências (em idosos com queixas mnésicas ou alterações cognitivas referidas pelo cuidador), depressão<sup>22</sup> e incontinência urinária<sup>23</sup>. Estes síndromes geriátricos podem contribuir indirectamente, através de factores de risco partilhados, ou directamente, para a dependência funcional dos idosos; muitos são potencialmente modificáveis através de intervenções médicas, cirúrgicas, psicológicas, de reabilitação ou de mudanças no estilo de vida.<sup>24</sup> Por isso, devem aplicar-se medidas preventivas sempre que houver oportunidade, de acordo com o utente idoso, com o seu grau de autonomia, saúde e esperança média de vida, envolvendo a família e/ou o cuidador<sup>20</sup>.

Há algumas limitações a referir. 1) O baixo número de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos sobre os quais versou o estudo. 2) A especificidade da população que é vista em consulta, que não espelha o todo dos indivíduos idosos, nomeadamente quanto ao grau de autonomia. De facto, muitos dos idosos com perda de autonomia encontram-se institucionalizados em estabelecimentos que prestam os seus próprios cuidados de saúde e, portanto, não são vistos na consulta do CS. Por outro lado, para aqueles idosos que não estão institucionalizados mas têm um grau de dependência grande e não se podem deslocar à consulta, o CS dispõe de um serviço domiciliário. Em consequência, poucos foram os idosos vistos em consulta que apresentavam um grau de dependência importante. 3) Foram pesquisadas apenas algumas de entre as muitas

doenças características da população idosa. 4) Não foram estabelecidas relações entre a presença de comorbilidades crónicas, doenças associadas à idade avançada e a pontuação no índice de Katz. 5) Os resultados foram apresentados para o conjunto de todos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, uma faixa etária muito abrangente. Com estratos etários mais estreitos, ter-se-iam obtido diferentes resultados. 6) Finalmente, o facto de Avanca ser uma vila já com algumas características urbanas, impediu a generalização dos resultados a áreas rurais.

## Comentário Pessoal

---

Num curso de Medicina que nenhum espaço dedica à Geriatria e, tendo em conta que os idosos são uma grande parte da população-alvo de muitas especialidades, foi interessante contactar de perto com os problemas físicos, psíquicos e sociais da idade avançada e foi uma oportunidade de aprendizagem muito útil e de grande motivação para o estudo destas matérias.

## Bibliografia

- 
- <sup>1</sup> Instituto Nacional de Estatística Statistics Portugal. Dados estatísticos populacionais. População residente. [Online]. [citado em 2010 Abr 12]. Disponível em:  
URL:[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCo d=0000611&contexto=pi&selTab=tab0](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCo d=0000611&contexto=pi&selTab=tab0)
- <sup>2</sup> Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2008. p. 53-62
- <sup>3</sup> Serviço de Estudos sobre a População. O Envelhecimento em Portugal. [Online]. 2002 Abr 8 [citado em 2010 Abr 12]. Disponível em:  
URL:[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_estudos&ESTUDOSest\\_b oui=106370&ESTUDOSstema=55466&ESTUDOSmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_b oui=106370&ESTUDOSstema=55466&ESTUDOSmodo=2)
- <sup>4</sup> Oskvig RM. Special problems in the elderly. Chest 1999 May;115(5 Suppl):158S-64S.
- <sup>5</sup> Classificação Nacional de Profissões. [Online]. 1994 [citado em 2010 Abr 12]. Disponível em: URL: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>
- <sup>6</sup> Benaim C, Froger J, Compan B, Pelissier J. [The assessment of autonomy in elderly people]. Ann Readapt Med Phys 2005 Jul;48(6):336-40.
- <sup>7</sup> Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. Rev Saude Publica 2009 Oct;43(5):796-805.
- <sup>8</sup> Botelho A. Idade avançada – características biológicas e multimorbilidade. Rev Port Clin Geral 2007;23:191 – 5.
- <sup>9</sup> Izaks GJ, Westendorp RG. Ill or just old? Towards a conceptual framework of the relation between ageing and disease. BMC Geriatr 2003 Dec 19;3:7.

---

<sup>10</sup> Dean A, Kolody B, Wood P, Matt G. The Influence of Living Alone on Depression in Elderly Persons. *Journal of Aging and Health* 1992;4(1):3-18.

<sup>11</sup> APAV – Unidade de Estatística. Estatísticas 2000-2008 Idosos vítimas de crime. [Online]. 2009 [citado em 2010 Abr 12];[2 páginas]. Disponível em: URL:[http://www.apav.pt/portal/pdf/pessoas\\_idosas\\_vitimas\\_crime\\_2000-2008.pdf](http://www.apav.pt/portal/pdf/pessoas_idosas_vitimas_crime_2000-2008.pdf)

<sup>12</sup> Costa I, Pimenta A, Brigas D, Santos L, Almeida S. Maus tratos nos idosos. Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Cin Geral* 2009;25: 537-42.

<sup>13</sup> Sonn U. Longitudinal studies of dependence in daily life activities among elderly persons. *Scand J Rehabil Med Suppl* 1996;34:1-35.

<sup>14</sup> Almeida AJ, Rodrigues VM. The quality of life of aged people living in homes for the aged. *Rev Lat Am Enfermagem* 2008 Nov-Dec;16(6):1025-31.

<sup>15</sup> Jagger C, Arthur AJ, Spiers NA, Clarke M. Patterns of onset of disability in activities of daily living with age. *J Am Geriatr Soc* 2001 Apr;49(4):404-9.

<sup>16</sup> Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença Cardíaca e Comorbidades. *Arq Bras Cardiol* 2002 Dec;79(6); 635-9.

<sup>17</sup> Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS. Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study. *Ann Intern Med* 2007 Aug 7;147(3):156-64.

<sup>18</sup> Dooley Y, Kenton K, Cao G, Luke A, Durazo-Arvizu R, Kramer H, et al. Urinary incontinence prevalence: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol* 2008 Feb;179(2):656-61.

<sup>19</sup> Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *J Am Geriatr Soc* 1998 Apr;46(4):473-80.

<sup>20</sup> Galvão C. Actividades Preventivas no Idoso. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:731-7.

---

<sup>21</sup> American Association of Family Physicians Clinical Preventive Services. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. [Online]. 2010 [citado em 2010 Abr 12];[17 páginas]. Disponível em:

URL:[http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp\\_org/documents/clinical/CPS/rcps08-2005.Par.0001.File.tmp/01202010CPS.pdf](http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/clinical/CPS/rcps08-2005.Par.0001.File.tmp/01202010CPS.pdf)

<sup>22</sup> MacMillan HL, Patterson CJ, Wathen CN, Feightner JW, Bessette P, Elford RW, et al. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2005 Jan 4;172(1):33-5.

<sup>23</sup> The Royal Australian College of General Practitioners.Guidelines for preventive activities in general practice. 7th ed.[Online]. 2009 [citado em 2010 Abr 12];[98 páginas]. Disponível em:

URL:[http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/TheRedBook/redbook\\_7th\\_edition\\_May\\_2009.pdf](http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/TheRedBook/redbook_7th_edition_May_2009.pdf)

<sup>24</sup> Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. JAMA 1995 May 3;273(17):1348-53.

## Apêndice III – Reflexão sobre Demências no Idoso

---

*CPO, sexo feminino, 78 anos, viúva, telefonista reformada, é uma utente que vem à consulta acompanhada pelo filho e neta. Há um ano, instalou-se de forma abrupta um quadro de confusão e deterioração cognitiva, que entretanto estabilizou, deixando-a totalmente dependente nas actividades da vida diária (AVD): banho, higiene pessoal, vestir, troca de fraldas, uma vez que é incontinente para urina e fezes. Vive sozinha, mas conta com o apoio de 2 empregadas e da família. No mesmo dia, recorre à consulta MQDSP, também do sexo feminino, 85 anos, casada, costureira reformada, com queixas de perda de memória. Pontuou 24/30 no Mini Mental State Examination e não conseguiu completar a prova do relógio. Uma outra utente, MGFO, de 70 anos, solteira, farmacêutica reformada, independente nas AVDs, mas que vive sozinha e não tem família, exprime o seu grande medo de “perder a razão”. Na sala de Enfermagem, JMFS, sexo masculino, 78 anos, com demência de Alzheimer e demência de corpos de Lewy, diagnosticada há 2 anos, viúvo, totalmente dependente da filha, com quem vive, vem mudar o penso de duas escaras de pressão na nádega. A filha queixa-se da degradação do pai, que não fala, é incontinente e tem grandes dificuldades de mobilização, e do árduo trabalho de cuidadora.*

---

Com o aumento da esperança média de vida, a demência tem-se tornado cada vez mais frequente e é um problema com que o Médico de Família se vê confrontado diariamente. A sua prevalência aumenta na velhice: é de aproximadamente 2% aos 65 anos, duplica a cada 5 anos, chega a atingir mais de 40% dos idosos de 85 anos e continua a crescer com a idade<sup>1</sup>. É considerada a quarta principal causa de morte nos indivíduos com mais de 85 anos<sup>2</sup> e representa, só nos EUA, mais de 100 biliões de dólares de custos com cuidados de saúde. Após o diagnóstico, a esperança de vida será de 3 a 15 anos. Define-se como uma diminuição adquirida, persistente e, em geral, progressiva das funções cognitivas, afectando a memória, a linguagem, as aptidões visuo-espaciais, o cálculo, o julgamento e a capacidade de resolver problemas. Também a emoção e a personalidade sofrem alterações, cursando muitas das síndromes

demenciais com alterações neuropsiquiátricas e sociais, como depressão, alucinação, agitação, insônia, desinibição<sup>3</sup>. É uma perspectiva assustadora para muitos idosos que, mais do que uma doença física, temem ficar dependentes dos outros para todas as suas necessidades, incapazes de expressar sentimentos, de reconhecer a família ou de raciocinar sobre o que os rodeia, perdendo, assim, aquilo que é a essência de um ser humano.

As alterações cognitivas são próprias da idade e não são exclusivas das demências: com o envelhecimento, o processamento da informação lentifica, há uma maior dificuldade de concentração, de compreensão de novas ideias, declina a memória a curto prazo, torna-se mais difícil evocar episódios passados (memória a longo prazo) e nomear objectos.<sup>4</sup> Aos 85 anos, em regra, um idoso consegue aprender e memorizar aproximadamente metade dos elementos de uma lista (por exemplo, uma lista de palavras) em relação ao que conseguia aos 18 anos.<sup>3</sup> Além das normais alterações senis, impõem-se outros diagnósticos diferenciais como são o *delirium* (um quadro confusional agudo, com uma flutuação do estado de consciência, devido a uma perturbação médica subjacente ou à medicação – é mais frequente nos idosos polimedicados), a depressão, algumas perturbações psicóticas, as alterações cognitivas induzidas por fármacos, os défices sensoriais (as perdas visuais, auditivas, uma diminuição da sensibilidade táctil, gustativa, etc., limitam a capacidade do idoso apreender o mundo exterior, podendo simular uma demência), uma afasia e até um baixo QI e baixas habilitações literárias.

Existem quatro tipos principais de demência que, em conjunto, representam 90% do total de casos. A doença de Alzheimer representa 50 a 70% das demências e caracteriza-se por amnésia, apraxia, agnosia e afasia. Entre os factores de risco contam-se a idade, uma história familiar positiva, a presença do alelo APOE4 e, num pequeno número de indivíduos em que a doença se instala precocemente, mutações em genes dos cromossomas 21, 14 e 1. A demência de corpos de Lewy é a segunda mais frequente em estudos de autópsia, com corpos de inclusão intracitoplasmáticos hialinos concêntricos e sintomas de flutuações da cognição, alucinações visuais recorrentes e parquinsonismo. A demência frontotemporal, responsável por 15% das demências, caracteriza-se por alterações da personalidade, como euforia, apatia, desinibição, comportamentos compulsivos, por exemplo, falta de inibição sexual. Finalmente, a demência vascular,

que representa aproximadamente 10% dos casos, resulta de diminuição do fluxo sanguíneo cerebral e consequentes enfartes isquémicos ou hemorrágicos. Tem critérios diagnósticos menos nítidos e muitas vezes sobreposição com a doença de Alzheimer. Os sintomas dependem da área afectada e associam-se, com frequência, a sinais neurológicos focais.<sup>2</sup> Muitos doentes apresentam demências mistas, com sobreposição de dois ou mais tipos de demência.

Apesar de não haver evidência suficiente para apoiar o rastreio de idosos assintomáticos, em que não se suspeite de demência, a função cognitiva deve ser avaliada sempre que, através da observação directa, solicitação do doente ou preocupação expressa pela família, amigos ou cuidadores, surjam suspeitas de deterioração cognitiva.<sup>5</sup> Um reconhecimento precoce dessa degradação intelectual, além de facilitar o diagnóstico e decisão terapêutica, a qual poderá retardar a progressão da demência, permite ao clínico, à família e aos cuidadores anteciparem um plano para os problemas que, no futuro, poderão resultar de um agravamento do declínio. Além da anamnese (nunca esquecendo a revisão da medicação em curso, incluindo produtos de venda livre), do exame neurológico e do exame físico, uma avaliação clínica da cognição deve incluir um exame da atenção, concentração, orientação, memória a curto e longo-prazo, *praxis*, linguagem e funções executivas. Existem vários instrumentos estandardizados disponíveis para esta avaliação. Tratam-se de testes que, ao nível dos cuidados de saúde primários, se pretendem simples, fáceis de executar, sensíveis e específicos. Na sua aplicação é necessário ter em conta o grau educação, inteligência, desempenho prévio, linguagem, défices sensoriais, doença psiquiátrica e problemas físicos/neurológicos do idoso examinado.<sup>6</sup> O mais conhecido destes testes é o *Mini Mental State Examination*. Aos doentes em que se identifiquem alterações nestes testes de rastreio, são pesquisadas e excluídas causas reversíveis de demência, pedindo, para isso, exames como o hemograma completo, ureia, creatinina e electrólitos, glicemia, vitamina B12, testes de função hepática e tiroideia, serologia do HIV e imagiologia cerebral, quando apropriado. Exemplos de causas reversíveis são as intoxicações crónicas (por alcoolismo ou fármacos), deficiências vitamínicas (vitamina B1, B12, ácido nicotínico), doença endócrina (hipotiroidismo, hipo e hiperparatiroidismo, insuficiência da suprarrenal, síndrome de Cushing), falências de órgãos, infecções, lesões intracranianas ocupando espaço, doença psiquiátrica (a depressão muitas vezes

apresenta-se com sintomas de perda de memória), entre outros. Em seguida, os doentes são referenciados à Psiquiatria geriátrica ou à Neurologia.

Apesar da introdução de agentes farmacológicos para a demência, a abordagem continua a privilegiar a educação e apoio aos cuidadores e o tratamento das complicações. Há quatro agentes aprovados para o tratamento sintomático da doença de Alzheimer, apesar de nenhum impedir a progressão da doença: três inibidores das acetilcolinesterases (donepezil, rivastigmina e galantamina) e a memantina, um inibidor dos receptores ionotrópicos do glutamato, N-metil-D-aspartato (NMDA). Além disso, estuda-se o papel de outras substâncias como a selegilina, a vitamina E, as estatinas, os anti-inflamatórios não esteróides e o *Ginkgo biloba*.<sup>2</sup>

Finalmente, é importante considerar o contexto em que se inserem os doentes demenciados. Estes são um encargo importante para a família, exigem tempo, disponibilidade emocional, física e recursos financeiros dos cuidadores (geralmente o cônjuge ou um parente próximo). Requerem, muitas vezes, serviços de apoio domiciliário e culminam, com frequência, na institucionalização, impondo, em geral, um grande impacto económico nos serviços públicos.<sup>7</sup>

## Bibliografia

---

<sup>1</sup> Friedenbergr RM. Dementia: One of the Greatest Fears of Aging. Radiology 2003 Dec;229(3):632-5.

<sup>2</sup> Amin SH, Kuhle CL, Fitzpatrick LA. Comprehensive evaluation of the older woman. Mayo Clin Proc 2003 Sep;78(9):1157-85.

<sup>3</sup> Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2008. p. 53-62

<sup>4</sup> O clínico geral do futuro. Aprendizagem e ensino. Porto: Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto; 1993. p. 123-124.

---

<sup>5</sup> U.S. Preventive Services Task Force. Screening for dementia: recommendation and rationale. *Ann Intern Med* 2003 Jun;138:925-926.

<sup>6</sup> Willacy H. Screening for Cognitive Impairment. [Online]. 2009 [citado em 2010 Abr 12];[4 ecrãs]. Disponível em: URL: <http://www.patient.co.uk/doctor/Screening-for-Cognitive-Impairment.htm>

<sup>7</sup> Philp I, McKee KJ, Meldrum P, Ballinger BR, Gilhooly MLM, Gordon DS, et al. *Community* care for demented and non-demented elderly people: a comparison study of financial burden, service use, and unmet needs in family supporters. *BMJ* 1995 Jun;310:1503-1506.

## Apêndice IV – Abordagem inicial da Dispepsia

---

*Durante a minha passagem pela Extensão de Avanço do Centro de Saúde de Estarreja, vários utentes apresentaram queixas de dispepsia, sobretudo pirose, dores epigástricas e regurgitação, queixas estas que alguns relacionavam com a ingestão de determinados alimentos, com o decúbito ou com factores psicológicos. De facto, trata-se de um problema muito frequente que, por ano, pode afectar 40% da população adulta e motivar o recurso de 2% dessa população aos Cuidados de Saúde Primários. As principais causas são o refluxo gastroesofágico e causas funcionais.*

---

Perante um doente com queixas dispépticas é importante uma boa anamnese, um exame físico (que, em geral, não revela alterações) e a exclusão de sintomas de alarme (odinofagia, perda de peso inexplicada, vômitos recorrentes, hemorragia gastrointestinal, icterícia, massa palpável, adenomegalias e história familiar de cancro gastrointestinal). A presença de algum destes sintomas impõe a referenciação imediata a um gastroenterologista, para investigação por endoscopia digestiva alta. Também deverão ser referenciados doentes com mais de 55 anos que apresentem uma dispepsia *de novo*, inexplicada e persistente, pelo risco mais elevado de cancro ou úlcera.

Numa dispepsia que não exija referenciação, averigua-se a medicação habitual do doente e, se for possível, suspendem-se os fármacos que possam estar na sua origem, por exemplo nitratos, antagonistas dos canais de cálcio, teofilina, bifosfonatos e anti-inflamatórios não esteróides, entre outros. Recomenda-se a limitação do consumo de álcool, cafeína, chocolate e tabaco, a redução de peso, a ingestão de uma dieta pobre em lípidos, não muito volumosa, espaçada da hora de dormir e a elevação da cabeceira da cama. Se o doente já fizer alguma terapia sintomática poderá mantê-la.

Se, apesar destas medidas, os sintomas persistirem por mais de 4 semanas, segue-se a pesquisa de uma infecção por *H. Pylori*, justificável em Portugal pela alta prevalência da bactéria. Esta pesquisa é feita, mais frequentemente, pelo teste da ureia no ar expirado. Também é possível realizar a determinação do antigénio do *H.pylori* nas fezes

ou fazer um teste serológico. Caso o indivíduo seja portador da bactéria, procede-se à sua erradicação com um inibidor da bomba de prótons + amoxicilina 1 g + claritromicina 500 mg, 2 vezes por dia – PAC500, ou inibidor da bomba de prótons + metronidazole 400 mg + claritromicina 250 mg, 2 vezes por dia – PMC250, durante 7 dias.

Se o indivíduo não estiver infectado com *H.pylori* ou se os sintomas persistirem após a erradicação, deve-se instituir um fármaco que reduza ou neutralize o ácido gástrico, como um antagonista dos receptores H2 da histamina ou os inibidores da bomba de prótons, durante 1 mês. Os procinéticos, como a metoclopramida, a eritromicina, a domperidona e o tegaserode, poderão ser úteis em doentes com sensação de enfiamento pós-prandial.

Se os sintomas se resolverem, o doente poderá passar a tomar um antiácido em dose baixa ou apenas em SOS. Em alguns doentes com uma resposta inadequada à terapêutica, poderá ser apropriada a referenciação para um gastroenterologista.

## Bibliografia

---

1. National Institute for Clinical Excellence. Quick reference guide. Dyspepsia - management of dyspepsia in adults in primary care. [Online]. 2004 Aug [citado em 2010 Abr 12];[18 páginas]. Disponível em:  
URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10950/29458/29458.pdf>
2. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2008. p. 143-5.
3. Longmore M, Wilkinson I, Turmezei T, Cheung CK, Smith E. Oxford Handbook of Clinical Medicine. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 234-5.