

Actividades preventivas no idoso

CRISTINA GALVÃO*

RESUMO

As actividades preventivas são das tarefas que melhor caracterizam a intervenção dos cuidados de saúde primários ao nível das comunidades em que se inserem, e uma das que maior importância tem na assistência às pessoas idosas.

O benefício que cada idoso pode obter das intervenções preventivas de que é alvo depende em grande parte do nível basal de saúde e do grau de funcionalidade que possui.

Conhecer as recomendações nacionais e internacionais para a prestação de cuidados antecipatórios à população idosa e aproveitar todas as oportunidades para as realizar pode contribuir para a diminuição da mortalidade entre os idosos que deles beneficiam e para aumentar a possibilidade de estes continuarem a viver na comunidade.

A prestação de cuidados antecipatórios deve ser realizada com a periodicidade adequada caso a caso e as intervenções deverão ser consensualizadas com o doente e também com a família ou o cuidador, quando tal for pertinente.

Palavras-Chave: Idoso; Prevenção; Cuidados Antecipatórios; Actividades Preventivas

INTERVENÇÕES PREVENTIVAS E SAÚDE DO IDOSO

O grupo etário dos idosos é provavelmente o mais heterogéneo de todos os grupos populacionais, quer pelo amplo leque de idades das pessoas que dele fazem parte, quer pela diversidade de situações de saúde/doença, que pode variar desde sem doença aparente e com autonomia completa até doença crónica e avançada com dependência total, com um amplo leque de situações intermédias.¹

As actividades preventivas podem desempenhar um importante papel, quer a nível da qualidade, quer da quantidade de vida, promovendo a autonomia e contribuindo para um adequado grau de conforto físico e emocional do idoso.²

Nem todas as intervenções preventivas beneficiam da mesma forma todos os idosos e muitas delas podem contribuir para a diminuição da sua qualidade de vida, pela ansiedade que acarretam ou pela morbilidade que comportam.

A pluripatologia é frequente, em especial nos grandes idosos, podendo levar a acentuadas perdas de função e ao aumento da fragilidade da pessoa idosa.¹

A manutenção da saúde nas pessoas deste grupo etário permite melhorar tanto a qualidade como a quantidade de vida restante, sendo a primeira provavelmente muito mais importante que a segunda. Diversos estudos apontam para a possibilidade de as intervenções preventivas realizadas pelos cuidados de saúde primários contribuírem para a diminuição da mortalidade entre os idosos que deles beneficiam e para aumentar a possibilidade de estes continuarem a viver na comunidade.³

Quanto maior for a esperança média de vida de cada idoso maior será o benefício que poderá obter de intervenções preventivas – rastreio, vacinação, quimioprevenção e aconselhamento.^{2,4}

Estas são das tarefas que melhor caracterizam a intervenção dos cuidados de saúde primários ao nível das comunidades em que se inserem, e uma das que maior importância tem na assistência às pessoas idosas.

A prestação de cuidados antecipatórios deve ser realizada com a periodicidade adequada caso a caso e as intervenções deverão ser consensualizadas com o doente e também com a família ou o cuidador, quando tal for pertinente.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

O benefício que cada idoso pode obter das intervenções preventivas de que é alvo depende em grande parte do nível basal de saúde e do grau de funciona-

*Especialista em Medicina Geral e Familiar
Assistente Graduada de Clínica Geral
Médica de Família no Centro de Saúde de Serpa
Mestre em Gerontologia e em Cuidados Paliativos

lidade que possui.¹

Na literatura internacional aparecem com frequência recomendações sobre a prestação de cuidados aos idosos, em geral baseadas em populações mais jovens, embora na última década tenham começado a aparecer trabalhos de investigação que integram pessoas de idades mais avançadas, o que poderá contribuir para um melhor conhecimento desta população.²

Face ao progressivo envelhecimento da população pareceu-nos útil conhecer o que a nível internacional e nacional existe de específico para a população idosa quanto a prevenção primária ou, por outro lado, o que existe para a população adulta que tenha indicação para ser continuado após os 65 anos.

As recomendações da *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF)⁵, *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC)⁶, *American Association of Family Physicians* (AAFP)⁷ e *The Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP)⁸ são as mais comumente aceites e as que em se-

guida apresentaremos (para legenda sobre a intensidade das recomendações de cada uma das sociedades ver Quadros I-IV). Apenas o RACGP faz referência a actividades preventivas específicas para a população idosa, enquanto as restantes sociedades o fazem em simultâneo com as da população adulta. A fim de facilitar a descrição e evitar duplicações apresentaremos os resultados em conjunto, primeiro as específicas dos idosos e em seguida as recomendações gerais com as ressalvas para este grupo etário (Quadro V).

Em Portugal, embora ainda escasas, existem algumas orientações para a prestação de cuidados preventivos aos idosos, a que faremos também referência.

ESPECÍFICAS PARA A POPULAÇÃO IDOSA

- **Aneurisma da aorta abdominal** – a AAFP e a USPSTF recomendam o rastreio por ecografia (um único exame) de homens entre os 65 e 75 anos que alguma

QUADRO I

RECOMENDAÇÕES DA USPSTF

Intensidade	Recomendações da USPSTF
A	A USPSTF recomenda fortemente que os médicos proporcionem (o serviço) aos doentes elegíveis. A USPSTF verificou uma evidência pelo menos satisfatória de que (o serviço) melhora resultados de saúde importantes e conclui que os benefícios suplantam substancialmente os prejuízos.
B	A USPSTF recomenda que os médicos proporcionem (o serviço) aos doentes elegíveis. A USPSTF encontrou uma evidência convincente de que (o serviço) melhora resultados de saúde importantes e conclui que os benefícios suplantam os prejuízos.
C	A USPSTF não faz recomendações a favor ou contra a provisão de rotina de (o serviço). A USPSTF encontrou uma evidência pelo menos satisfatória de que (o serviço) pode melhorar os resultados de saúde, mas conclui que o balanço entre os benefícios e os prejuízos é demasiadamente equilibrado para justificar uma recomendação geral.
D	A USPSTF desaconselha o fornecimento por rotina de (o serviço) aos doentes assintomáticos. A USPSTF encontrou uma evidência pelo menos satisfatória de que (o serviço) é ineficaz ou que os prejuízos ultrapassam os benefícios.
I	A USPSTF conclui que a evidência é insuficiente para recomendar ou desaconselhar o fornecimento por rotina de (o serviço). A evidência de que o serviço é eficaz não existe, é de má qualidade ou é contraditória e o balanço entre os benefícios e os prejuízos não pode ser determinado.

QUADRO II

RECOMENDAÇÕES DA CTFPHC

Intensidade	Recomendações da CTFPHC
A	Existe evidência de boa qualidade para incluir no exame médico periódico.
B	Existe evidência satisfatória para incluir no exame médico periódico.
C	Existe evidência conflituosa para incluir no exame médico periódico.
D	Existe evidência satisfatória para excluir do exame médico periódico.
E	Existe evidência de boa qualidade para excluir do exame médico periódico.
I (a partir de 2003)	Existe evidência insuficiente para incluir no exame médico periódico.

QUADRO III

RECOMENDAÇÕES DA USPSTF

Intensidade	Recomendações da AAFP
SR	Recomenda fortemente – existe evidência de boa qualidade que demonstra benefício maior que os prejuízos.
R	Recomenda – embora exista evidência que demonstre benefício, ou este é moderado em magnitude ou a evidência que o apoia é apenas moderada. A intervenção é custo-efectiva e aceitável para a maioria dos doentes.
NR	Recomendação nem contra nem a favor – existe evidência boa ou satisfatória de benefício. A custo-efetividade pode ser desconhecida ou os doentes podem estar indecisos sobre a aceitabilidade da intervenção.
RA	Recomenda contra – evidência boa ou satisfatória de que não há mais vantagens que inconvenientes.
I	Evidência insuficiente para recomendar a favor ou contra – não há evidência satisfatória ou a evidência existente é conflituosa.
I-HB	Um comportamento saudável é identificável como desejável mas a efectividade do aconselhamento médico é incerta.

vez tenham fumado (R ou B), não o aconselham nem desaconselham a homens que nunca fumaram (NR ou C) e desaconselham-no a mulheres (RA ou D).

- **Auditivo (défice)** – a AAFP, a CTFPHC e o RACGP recomendam o rastreio de dificuldades auditivas nos doentes idosos através de perguntas sobre dificuldades auditivas e teste de voz ciciada (R e B) e a AAFP o aconselhamento sobre tratamento, se adequado (R).

- **Demência** – a CTFPHC refere não haver evidência suficiente para o rastreio (C), embora as queixas de alteração da memória devam ser avaliadas e o indivíduo acompanhado para ver a evolução (B); se as queixas de alterações cognitivas forem referidas por um cui-

dador ou acompanhante devem ser valorizadas e a avaliação é mandatória (A). O RACGP recomenda o rastreio de idosos com queixas de memória (B) mas não o de idosos sem sintomas (C). A USPSTF refere não haver evidência suficiente para recomendar a favor ou contra o rastreio (I) mas alerta para a necessidade de avaliar as funções cognitivas sempre que haja suspeita de alterações cognitivas, quer através da observação directa, de queixas do doente ou de familiares ou cuidadores.

- **Depressão** – a AAFP, a USPSTF e o RACGP recomendam o rastreio de adultos (R e B) desde que haja a possibilidade de efectuar o tratamento e acompanhamento. O RACGP recomenda o

QUADRO IV

RECOMENDAÇÕES DO RACGP

Intensidade	Recomendações da RACGP
SR	Recomenda fortemente – existe evidência de boa qualidade que demonstra benefício maior que os prejuízos.
A	Existe evidência de boa qualidade que apoia a recomendação.
B	Existe evidência moderada que apoia a recomendação.
C	Existe pouca evidência que permita a inclusão ou exclusão da recomendação.
D	Existe evidência moderada contra a recomendação.
E	Existe evidência de boa qualidade contra a recomendação.

QUADRO V

IDOSO – ATITUDES PREVENTIVAS

Problema	AAFP	CTFPHC	RACGP	USPSTF
Álcool (abuso de)	R,NR,RA		A,B	B,C,D
Aneurisma da aorta abdominal	R,NR,RA		E	B,C,D
Ácido acetilsalicílico na prevenção primária de eventos cardiovasculares	SR		A	A
Auditivo (défice)	R	B	B	
Bacteriúria assintomática	RA	C,D,E	D	D
Câncer do colo do útero	SR	B	A	D
Câncer colo retal	SR	A,B	A,D	A
Câncer da mama feminina	R,I	A	A,E	B,I
Demência		A,B,C	B,C	I
Depressão	R		B,C	B
Glaucoma	I	C	B	I
Hipertensão Arterial	SR	B	A	A
Incontinência urinária			B	
Osteoporose	R		A,C	B
Quedas		B	A	
Vacina Td	SR			
Vacina da gripe	R		A	A
Vacina antipneumocócica	R		A	A
Violência familiar	I	C		I
Visão	R	B	B	

rastreio oportunístico dos idosos (C).

- **Glaucoma** – a AAFP, a CTFPHC e a USPSTF referem haver evidência insuficiente para recomendar a favor ou contra o rastreio de adultos (RA, C e I). O RACGP recomenda o rastreio de idosos (B).

- **Quedas** – a CTFPHC recomenda uma abordagem baseada num programa de intervenção multifactorial em idosos re-

sidentes em lares (B), devendo os idosos ser avaliados no momento do internamento e após qualquer queda. O RACGP recomenda o rastreio de factores de risco de quedas a todos os maiores de 65 anos (A).

- **Visão** – a AAFP, a CTFPHC e o RACGP recomendam o rastreio de problemas visuais no idoso com a utilização da escala de Snellen (R e B).

**DO ADULTO COM INTERESSE
PARA A POPULAÇÃO IDOSA**

- **Actividade física** – a AAFP reconhece que a prática regular de actividade física é desejável, mas refere que a efectividade do aconselhamento médico é incerta (IHB). O RACGP aconselha a prática de exercício físico moderado, pelo menos durante 30 minutos e de preferência diariamente (A), devendo o aconselhamento ser feito ao menos uma vez por ano aos doentes em risco moderado (B) e em cada consulta aos de alto risco (C).

- **Álcool (abuso de)** – a AAFP e a USPSTF recomendam o rastreio e aconselhamento comportamental de adultos para reduzir o consumo abusivo de álcool. O RACGP aconselha a, de três em três anos, interrogar os maiores de 14 anos sobre a quantidade e frequência de consumo de álcool e número de dias sem consumo em cada semana ou anualmente, no caso de pacientes de risco (HTA, doença hepática, com familiares em primeiro ou segundo grau com problemas mentais ou de consumo de álcool, a fazer terapêutica medicamentosa) seguido, neste caso, de aconselhamento.

- **Ácido acetilsalicílico na prevenção primária de eventos cardiovasculares** – a AAFP, a USPSTF e o RACGP recomendam o aconselhamento de adultos de risco para doença coronária sobre a utilização de ácido acetilsalicílico na prevenção primária de eventos cardiovasculares (SR ou A). Advertem que, embora os idosos possam ter maiores benefícios por terem maior risco de doença coronária ou acidente vascular cerebral, também têm um maior risco de hemorragia.

- **Bacteriúria assintomática** – a AAFP, o RACGP e a USPSTF desaconselham o rastreio de bacteriúria (RA e D) em pacientes assintomáticos, enquanto a CTFPHC afirma não haver evidência suficiente para a recomendar ou desacon-

selhar em mulheres assintomáticas (C), desaconselha-a em homens assintomáticos (D) e refere não dever ser realizada no exame periódico de idosos institucionalizados ou algaliados (E).

- **Cancro do colo do útero** – a idade ideal para suspender a realização de teste de Papanicolau não é clara. A AAFP recomenda fortemente o rastreio de três em três anos através do teste de Papanicolau (SR) enquanto a USPSTF e a CTFPHC o recomendam até aos 65 e 69 anos respectivamente (D e B). O RACGP aconselha a realização de teste de Papanicolau de 2/2 anos até aos 70 anos (A). O teste deve ser realizado após essas idades se a mulher o solicitar, se nunca o tiver feito, quando não houver informação sobre os testes anteriormente realizados ou quando não houver certezas sobre a sua realização (doentes provenientes de países em que não há rastreio), suspendendo-se a sua realização após dois testes negativos sucessivos.

- **Cancro da mama feminina** – a AAFP e a USPSTF recomendam a realização anual ou bienal de mamografia a partir dos 40 anos (R e B), e referem não haver evidência suficiente para recomendar a favor ou contra o ensino ou a realização de auto-exame da mama (I). A CTFPHC recomenda a realização de exame clínico e mamografia entre os 50 e 69 anos, com a mesma periodicidade (A). O RACGP recomenda a realização de mamografia cada dois anos (A), desaconselha a observação clínica como exame de rotina em mulheres em rastreio mamográfico (E) e chama a atenção para a possibilidade de prolongar o rastreio para além da idade recomendada tendo em conta o aumento da esperança média de vida.

- **Hipertensão Arterial** – a AAFP e a USPSTF recomendam o rastreio a partir dos 18 anos (SR e A) e a CTFPHC refere que, embora não seja conhecida a sua efectividade, se devem rastrear as pessoas entre os 65 e 84 anos (B). O

RACGP recomenda o rastreio de hipertensão de 6/6 meses a partir dos 50 anos (A).

- **Incontinência urinária** – o RACGP recomenda apenas o rastreio de mulheres posmenopáusicas e de homens de cerca de 74 anos (B).

- **Osteoporose** – a AAFP e a USPSTF recomendam o rastreio por rotina a mulheres a partir dos 65 anos (R e B) e a USPSTF recomenda-o a partir dos 60 anos a mulheres de alto risco para fracturas osteoporóticas (B). O RACGP recomenda o rastreio de factores de risco de osteoporose ou fractura a mulheres de mais de 45 anos e a homens de mais de 50 anos (C) e a realização de osteodensitometria apenas em doentes de mais de 45 anos com antecedentes de fractura com traumatismo de baixa intensidade ou mulheres posmenopáusicas com suspeita de fractura vertebral ou com factores de risco *major* (A para as mulheres e C para os homens).

- **Vacina Td** – a AAFP recomenda fortemente a imunização de adultos com a vacina do tétano e difteria (SR) e reforços cada dez anos ou pelo menos um aos 50 anos.

- **Vacina da gripe** – a AAFP recomenda a imunização anual de maiores de 50 anos ou adultos residentes em lares, que sofram de doenças crónicas cardio-pulmonares, doenças metabólicas (incluindo a diabetes), hemoglobinopatias, imunodepressão, doença renal ou se forem cuidadores dos anteriores (R) e a USPSTF e o RACGP recomendam a vacina anual a maiores de 65 anos (A).

- **Vacina antipneumocócica** – a AAFP recomenda a imunização anual de maiores de 65 anos ou adultos maiores de 50 anos residentes em lares, ou que sofram de doenças crónicas cardio-pulmonares, diabetes ou asplenia (R) e a USPSTF e o RACGP recomendam a vacina em dose única a maiores de 65 anos (A).

- **Violência familiar** – a AAFP reconhece que os médicos de família devem

estar alerta para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. A AAFP, USPSTF e a CTFPHC referem que a evidência é insuficiente para recomendar a favor ou contra o rastreio de idosos ou cuidadores para abuso (I e C).

RECOMENDAÇÕES PORTUGUESAS

Em Portugal, a Direcção Geral da Saúde (DGS) recomenda que sejam aproveitadas todas as oportunidades para a vacinação antitetânica de adultos com o esquema vacinal incompleto ou em que se desconheça o estado vacinal, utilizando para o efeito a vacina contra o tétano e a difteria (Td) em que a dose diftérica é reduzida. Deverá realizar-se a administração de três doses com intervalo de 4-6 semanas entre a primeira e a segunda doses e de seis a doze meses entre a segunda e a terceira, com reforços posteriores de 10 em 10 anos.⁹

A vacinação anual de idosos contra a gripe está também recomendada.⁹

Nos indivíduos com risco cardiovascular acrescido, a DGS recomenda a detecção precoce da hipertensão arterial e nos idosos o registo da TA sentado e de pé.¹⁰

O Programa Nacional da Visão prevê a realização de exame oftalmológico periódico, com pelo menos uma observação de 4 em 4 anos às pessoas com idade igual ou superior a 46 anos.¹¹

O Plano Oncológico Nacional prevê para este grupo etário a realização de rastreio de cancro da mama por mamografia de dois em dois anos até aos 69 anos e de cancro colo-rectal por pesquisa de sangue oculto nas fezes até aos 74 anos, de dois em dois anos, e colonoscopia se teste de sangue oculto positivo.¹²

CONCLUSÃO

Considerando o envelhecimento da po-

pulação previsto para as próximas décadas, o médico de família deverá estar atento às recomendações a nível nacional e internacional e aproveitar todas as oportunidades para intervir preventivamente neste grupo populacional. As intervenções deverão ser consensualizadas com o doente e a família ou cuidador, quando tal for pertinente, e adaptadas caso a caso, em função do estado de saúde, do grau de autonomia e da esperança média de vida de cada um dos pacientes. Cuidados antecipatórios adequados podem contribuir para melhorar a saúde do idoso e para promover a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pacala JT. Preventive and anticipatory care. In: Tallis RC, Fillit HM, editors. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003. p. 213-20.
2. Hall NK. Health maintenance and promotion. In: Ham RJ, Sloane PD, Warshaw GA, editors. Primary Care Geriatrics: a case-based approach. 4th ed. St Louis: Mosby; 2003. p. 105-17.
3. Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Patterson C, Sigouin C, Gauld M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 2005 Sep; 51: 1244-5.
4. Bluestein D. Preventive services: screening. Health maintenance examinations include screening for diabetes, heart disease, cancer, osteoporosis, hearing and vision loss. *Geriatrics* 2005 Feb; 60 (2): 34-9.
5. United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Disponível em: URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.pdf> [acedido em 21/11/2006].
6. Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC). disponível em: URL: <http://www.ctfphc.org/> [acedido em 21/11/2006].
7. American Association of Family Physicians (AAFP) Clinical Preventive services. Disponível em: URL: <http://www.aafp.org/online/en/home/clinical/exam.html> [acedido em 21/11/2006].
8. The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) Guidelines for preventive activities in general practice, 6th ed. Disponível em: URL: http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/TheRedBook/2005Redbook_6th_ed.pdf [acedido em 21/11/2006].
9. Programa Nacional de Vacinação. DGS. Circular Normativa 08/DT. 21/12/2005. Disponível em: URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007442.pdf> [acedido em 5/12/2006].
10. Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial. DGS. Circular Normativa 02/DGCG. 31/03/2004. Disponível em: URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006254.pdf> [acedido em 5/12/2006].
11. Programa Nacional para a Saúde da Visão. DGS. Circular Normativa 02/DGCG. 17/03/2005. Disponível em: URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006909.pdf> [acedido em 5/12/2006].
12. Plano Oncológico Nacional. Disponível em: URL: <http://www.portaldasau-de.pt/NR/rdonlyres/B623C53D-FA69-4FOB-9C9F-D1AEBE8DA9F9/0/i006686.pdf> [acedido em 5/12/2006].

Endereço para correspondência:

Cristina Galvão
Centro de Saúde de Serpa
Rua Eira de S. Pedro
7830-348 Serpa
E-mail: cristinagalvao@gmail.com