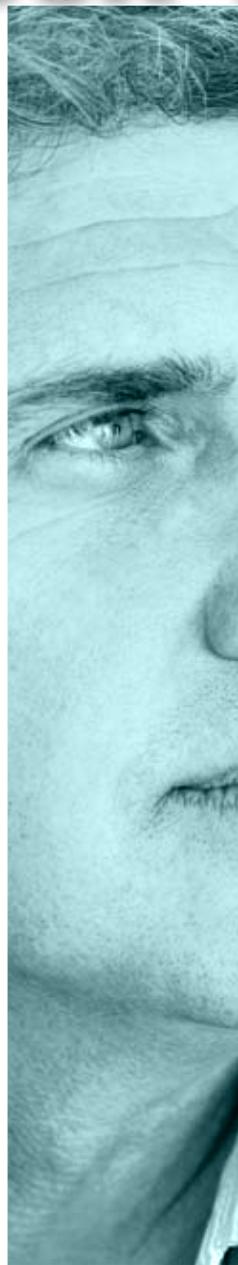


# Check-up





COLEÇÃO  
SAÚDE DO HOMEM

Iniciativa e Realização:



**SOCIEDADE  
BRASILEIRA  
DE UROLOGIA**

Seção

**São Paulo**



# Check-up

## Diretoria da Sociedade Brasileira de Urologia:

Secção São Paulo – Biênio 2008/2009

**Presidente:** Ubirajara Ferreira

**Vice-Presidente:** Rodolfo Borges dos Reis

**1º Secretário:** Wagner Eduardo Matheus

**2º Secretário:** Rodrigo Sousa Madeira Campos

**1º Tesoureiro:** Archimedes Nardoza Júnior

**2º Tesoureiro:** Fabiano André Simões

### Delegados:

Celso Gromatzky

Douglas Otto Verndl

José Carlos Souza Trindade Filho

Limirio Leal da Fonseca Filho

Miguel Zerati Filho

Renato Falci Júnior

### Suplentes Delegados:

Antonio Corrêa Lopes Neto

César Nardy Zillo

Sérgio Félix Ximenes

Walter Antonio Melarato Júnior

### Expediente

Coordenação do Projeto: Wagner Eduardo Matheus • Ubirajara Ferreira

Coordenação Editorial: Fabiano André Simões

Coautores: Sérgio Félix Ximenes • Rodrigo Sousa Madeira Campos •  
Walter Antonio Rodrigues Melarato

Projeto Visual Gráfico: Lado a Lado comunicação & marketing  
(11) 3888-2222 • [www.ladoalado.com.br](http://www.ladoalado.com.br)

# Editorial

Nas próximas páginas, serão fornecidos pormenores da avaliação dos pacientes do sexo masculino, uma vez que as pacientes do sexo feminino já são alvo da atenção específica dos colegas ginecologistas.

Este texto conciso e prático tenta fornecer aos colegas urologistas importante ferramenta para a adequada avaliação e correto acompanhamento de nossos pacientes, consolidando nosso papel como médico do homem.

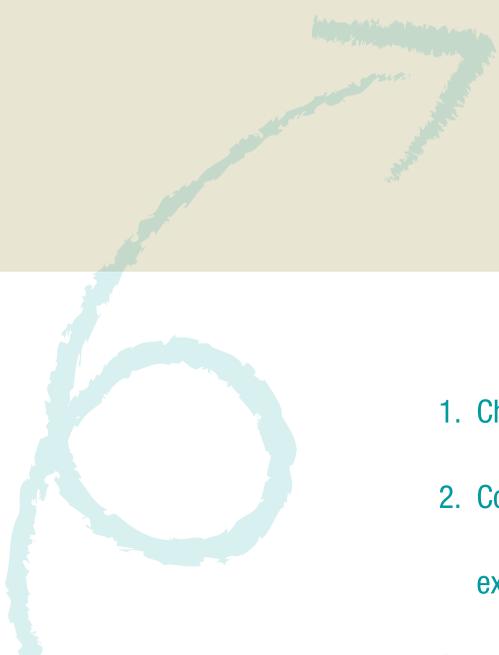
Os dados aqui fornecidos foram combinados e agrupados de maneira a facilitar a abordagem integral do check-up no sexo masculino.

**Dr. Ubirajara Ferreira**

Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia – Seção São Paulo

**Dr. Wagner Eduardo Matheus**

Coordenador do Projeto Saúde do Homem



# Sumário

1. Check-up é para todos? .....	6
2. Como dividir a população em faixas etárias para a realização de exames de rotina? .....	7
3. Doenças cardiovasculares .....	9
4. Tabagismo .....	14
5. Depressão .....	16
6. Memória e envelhecimento .....	18
7. <i>Status</i> funcional do idoso .....	20
8. Recomendações para uma vida saudável.....	24
9. Interações medicamentosas .....	26

---

## Check-up é para todos?

Quando falamos de check-up, pressupõe-se a realização de determinados exames em indivíduos normais, assintomáticos. Para que um exame se demonstre clinicamente útil, para fins de rastreamento nesta população normal, três critérios devem ser preenchidos:

- ▶ O teste deve detectar a doença antes dos métodos habituais (por exemplo, autoexame).
- ▶ O tratamento da doença detectada em um estágio mais precoce melhorará o resultado de seu tratamento (menor morbidade ou mortalidade).
- ▶ Os benefícios do tratamento superam os riscos das intervenções diagnósticas ou terapêuticas relacionadas com o diagnóstico (especialmente importante em idosos).

Obviamente, não se pretende limitar as informações deste fascículo apenas ao câncer. Entretanto, é fato que a maioria das diretrizes disponíveis na literatura, com adequado grau de evidência, aborda essa doença. Também não se pretende fornecer informações sempre consensuais, já que a maioria das recomendações não é baseada em estudos nacionais e, portanto, carecem de comprovação de sua utilidade clínica em nossa população. Entretanto, por fornecerem diretrizes com adequado embasamento científico, podem ser aplicadas com respaldo em nosso meio.

## Como dividir a população masculina em faixas etárias para a realização de exames de rotina? Quais exames devem ser solicitados em cada faixa etária?

A decisão dos exames que devem ser solicitados em um programa de rastreamento de doenças não é tarefa fácil. Vários fatores podem alterar essa decisão, tais como idade, sexo, etnia, fatores de risco, região geográfica, entre outros. Contudo, para muitas afecções, ainda não existe consenso na literatura sobre a real necessidade desses exames.

Neste capítulo, a população masculina foi dividida por faixa etária, e alguns exames de rastreamento são recomendados. Além disso, este texto se propõe a servir de sugestão aos colegas no atendimento clínico diário, no entanto, não deve ser entendido como um consenso.

### Até os 35 anos (consultas a cada dois anos)

- ▶ Medida da pressão arterial sistêmica.
- ▶ Avaliação do índice de massa corpórea (IMC).
- ▶ Glicemia de jejum, se houver histórico familiar de diabetes ou obesidade.
- ▶ Perfil lipídico, se houver histórico familiar de dislipidemia ou obesidade.
- ▶ Investigação de doenças sexualmente transmissíveis (DST), se houver fatores de risco ou se o paciente desejar sorologias para hepatites B e C, HIV, sífilis.
- ▶ Recomendar vacinação contra hepatite B, transmissível por via sexual.



---

### Dos 35 aos 40 anos (visitas anuais)

- ▶ Medida da pressão arterial sistêmica.
- ▶ Avaliação do IMC.
- ▶ Hemograma completo.
- ▶ Glicemia de jejum.
- ▶ Urina tipo I.
- ▶ Perfil lipídico.

### Dos 40 anos aos 50 anos (visitas anuais)

- ▶ Todos os exames realizados dos 35 aos 40 anos.
- ▶ Pacientes com histórico familiar de câncer de próstata devem iniciar o teste do antígeno prostático específico (PSA) e o exame dígito-prostático.
- ▶ Caso não haja histórico familiar de câncer de próstata, iniciar o teste do antígeno prostático específico (PSA) e o exame dígito-prostático aos 45 anos.

### Dos 50 aos 75 anos (visitas anuais)

- ▶ Todos os exames realizados dos 35 aos 50 anos.
- ▶ Colonoscopia a cada dez anos ou em intervalos menores se houver alteração (para detalhes, checar grupo de riscos no 3º fascículo, sobre Tumores).

### A partir dos 65 anos

- ▶ Ultrassom de abdome total à procura de aneurisma de aorta abdominal, se o paciente é tabagista ou ex-tabagista.
- ▶ Recomendar vacinação contra influenza e pneumonia.

---

## Referência

1. The Guide to Clinical Preventive Services 2008: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality: disponível em: [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov).

# Doenças cardiovasculares. O que todo urologista deve saber!

As doenças do aparelho circulatório são, há três décadas, a principal causa de mortalidade no Brasil. No ano de 2001, por exemplo, representaram 27,4% dos óbitos no País. Os principais fatores de risco e suas respectivas prevalências são:

- ▶ diabetes melito (10% da população da cidade de São Paulo entre 30 e 69 anos);
- ▶ hipertensão arterial sistêmica (26,5% da população da cidade de São Paulo acima de 25 anos);
- ▶ tabagismo (24% da população brasileira);
- ▶ obesidade (32% da população brasileira têm IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>);
- ▶ sedentarismo (28,6% dos paulistanos entre 15 e 69 anos);
- ▶ dislipidemia (38% dos homens com idade média de 35 anos em nove capitais brasileiras).

## Perfil lipídico

Definido pelas dosagens de colesterol total, HDL-colesterol (HDL-c), triglicérides e LDL-colesterol (LDL-c). Recomendações:

- ▶ Jejum de 12 a 14 horas.
- ▶ Dieta habitual e peso estável por pelo menos duas semanas antes da coleta.
- ▶ Evitar ingestão de álcool e prática de atividade física nas 72 horas antes da coleta.
- ▶ Pacientes com alterações devem ter nova dosagem entre uma e oito semanas para confirmação.

---

## Classificação das dislipidemias

A classificação considera os valores de colesterol total, LDL-c, triglicérides e HDL-c. Compreende quatro tipos principais:

- ▶ Hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-c ( $\geq 160$  mg/dL).
- ▶ Hipertrigliceridemia isolada: elevação isolada dos triglicérides ( $\geq 150$  mg/dL).
- ▶ Hiperlipidemia mista: valores aumentados de ambos LDL-c ( $\geq 160$  mg/dL) e triglicérides ( $\geq 150$  mg/dL). Nos casos com triglicérides  $\geq 400$  mg/dL, considera-se hiperlipidemia mista se o colesterol total for maior ou igual a 200 mg/dL.
- ▶ HDL-c baixo: redução do HDL-c (homens  $< 40$  mg/dL e mulheres  $< 50$  mg/dL) isolado ou em associação com aumento de LDL-c ou de triglicérides.

Tabela 1

Critérios para identificação de pacientes com alto risco de eventos coronários
▶ Doença arterial coronária clinicamente manifesta, atual ou prévia (angina estável, isquemia silenciosa, síndrome coronária aguda ou cardiomiopatia isquêmica).
▶ Doença arterial cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou ataque isquêmico transitório).
▶ Doença aneurismática ou estenótica de aorta abdominal ou seus ramos.
▶ Doença arterial carotídea (estenose maior ou igual a 50%).
▶ Diabetes melito, tipo 1 ou 2.

## Síndrome metabólica

O excesso de peso associado ao acúmulo de gordura na região mesentérica (obesidade central ou visceral) está associado a maior risco de doença aterosclerótica. Em geral, esses indivíduos apresentam dislipidemia, resistência à insulina e hipertensão arterial sistêmica, condições que, em conjunto, caracterizam a síndrome metabólica. O escore de risco de Framingham (ERF) deve ser igualmente utilizado; no entanto, em qualquer categoria de risco, a síndrome metabólica constitui um fator agravante.

## Fatores agravantes

A tabela 2 expõe os fatores agravantes, que levam o indivíduo à categoria de risco imediatamente superior pelo ERF. A utilização de testes diagnósticos bioquímicos e/ou de exames de imagem para detecção da aterosclerose subclínica não é preconizada como rotina na estratificação de risco, mas pode ser incorporada de forma individualizada.

Tabela 2

Fatores agravantes de risco para doença cardiovascular
▶ História familiar de doença coronária prematura (parente de primeiro grau do sexo masculino < 55 anos ou do sexo feminino < 65 anos).
▶ Síndrome metabólica.
▶ Micro ou macroalbuminúria (> 30 µg/min).
▶ Hipertrofia ventricular esquerda.
▶ Insuficiência renal crônica (creatinina ≥ 1,5 mg/dL ou <i>clearance</i> de creatinina < 60 mL/min).
▶ Proteína C reativa de alta sensibilidade > 3 mg/L (na ausência de etiologia não aterosclerótica).
▶ Exame complementar com evidência de doença aterosclerótica subclínica.

Todos os pacientes com dislipidemia e aqueles com risco cardiovascular aumentado devem ser orientados para a instituição de medidas não farmacológicas, relacionadas à mudança do estilo de vida (MEV).

O tratamento farmacológico deve ser iniciado naqueles de risco baixo ou intermediário que não atingirem metas de níveis lipídicos após medidas não farmacológicas. Nos indivíduos de alto risco, as medidas não farmacológicas e o tratamento com hipolipemiantes devem ser iniciados simultaneamente, visando a níveis de LDL-c < 70 mg/dL, o que traz redução da incidência de eventos cardiovasculares.



## Terapia nutricional da hipercolesterolemia

O aumento do consumo de gordura associa-se à elevação de colesterol e à maior incidência de aterosclerose, coronária e aórtica. A terapia nutricional deve ser adotada na prevenção e no tratamento das dislipidemias.

Para reduzir a ingestão de colesterol, deve-se diminuir o consumo de alimentos de origem animal, em especial vísceras, leite integral e seus derivados, embutidos, frios, pele de aves e frutos do mar (camarão, ostra, marisco, polvo, lagosta).

Para diminuir o consumo de ácidos graxos saturados, aconselha-se a redução da ingestão de gordura animal (carnes gordurosas, leite e derivados), de polpa e leite de coco e de alguns óleos vegetais, como os de dendê. Já os ácidos graxos insaturados (ômega 3, 6 e 9) promovem redução dos triglicérides, podendo ainda reduzir a viscosidade do sangue. São encontrados nos vegetais (soja, canola e linhaça), em peixes de águas frias (cavala, sardinha, salmão, arenque), óleo de oliva, óleo de canola, azeitona, abacate e oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes, amêndoas).

Os ácidos graxos trans aumentam o LDL-c e reduzem o HDL-c, aumentando ainda os triglicérides. A principal fonte de ácidos graxos trans na dieta é a gordura vegetal hidrogenada, utilizada no preparo de sorvetes cremosos, chocolates, pães recheados, molhos para salada, sobremesas cremosas, biscoitos recheados, alimentos com consistência crocante (nuggets, croissants, tortas), bolos industrializados, margarinas e alimentos *fast-foods*.

---

## Terapia nutricional da hipertrigliceridemia

Pacientes com níveis elevados de triglicérides devem reduzir a ingestão de gordura total da dieta para no máximo 15% das calorias diárias. Na hipertrigliceridemia secundária à obesidade ou ao diabetes, recomenda-se dieta hipocalórica, adequação do consumo de carboidratos e gordura, controle da hiperglicemia, além da restrição do consumo de álcool.

---

## Referência

1. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2007;88 (Supl 1).

## Tabagismo

Muitos estudos desenvolvidos até o momento evidenciam sempre o mesmo: o consumo de derivados do tabaco causa quase 50 doenças diferentes, principalmente doenças cardiovasculares (infarto, angina), câncer e doenças respiratórias obstrutivas crônicas (enfisema e bronquite). Além disso, esses estudos mostram que o tabagismo é responsável por:

- ▶ 200 mil mortes por ano no Brasil (23 pessoas por hora);
- ▶ 25% das mortes causadas por doença coronariana – angina e infarto do miocárdio;
- ▶ 45% das mortes causadas por doença coronariana na faixa etária abaixo dos 60 anos;
- ▶ 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio na faixa etária abaixo dos 65 anos;
- ▶ 85% das mortes causadas por bronquite e enfisema;
- ▶ 90% dos casos de câncer no pulmão (entre os 10% restantes, um terço é de fumantes passivos);
- ▶ 30% das mortes decorrentes de outros tipos de câncer (de boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero);
- ▶ 25% das doenças vasculares (entre elas, derrame cerebral).

---

## O tabagismo ainda pode causar:

- ▶ impotência sexual no homem;
- ▶ complicações na gravidez;
- ▶ aneurismas arteriais;
- ▶ úlcera do aparelho digestivo;
- ▶ infecções respiratórias;
- ▶ trombose vascular.

O ar poluído contém, em média, três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono, e até cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que entra pela boca do fumante depois de passar pelo filtro do cigarro. A absorção da fumaça do cigarro por aqueles que convivem em ambientes fechados com fumantes causa:

- ▶ Em adultos:
  - maior risco de doença por causa do tabagismo, proporcionalmente ao tempo de exposição à fumaça;
  - risco 30% maior de câncer de pulmão e 24% maior de infarto do coração do que os que não se expõem.
- ▶ Em crianças:
  - maior frequência de resfriados e infecções do ouvido médio;
  - risco maior de doenças respiratórias como pneumonia, bronquites e exacerbação da asma.
- ▶ Em bebês:
  - risco cinco vezes maior de morrerem subitamente sem uma causa aparente (síndrome da morte súbita infantil);
  - maior risco de doenças pulmonares até 1 ano de idade, proporcionalmente ao número de fumantes em casa.

## Depressão. Como reconhecer?

Qualquer paciente com queixa de falta de motivação para desempenhar suas tarefas cotidianas que se apresente triste ou sem esperança sem motivo aparente por mais de duas semanas, pode estar deprimido.

Existem questionários específicos que ajudam a rastrear os pacientes com maior probabilidade de estarem deprimidos. O paciente pode ser avaliado com perguntas simples, que podem ser divididas em perguntas de triagem e perguntas confirmatórias, como pode-se ver na tabela abaixo:

<b>Triagem</b>	Você tem-se sentido desanimado, deprimido ou sem esperanças desde o mês passado?
	Você está preocupado com a falta de interesse ou prazer em fazer as coisas?
<b>Confirmação</b>	Alteração do apetite.
	Distúrbio do sono.
	Alteração da autoestima (desvalia, culpa).

Se as duas perguntas de triagem forem respondidas afirmativamente, a chance de acerto é de 96%. Quando a mudança de humor é menor e influenciada por acontecimentos recentes, aumentam os falso-positivos. Isso é resolvido pelas perguntas confirmatórias. Se duas delas forem respondidas afirmativamente por um período maior que duas semanas, o paciente tem alta probabilidade de estar deprimido.

---

O reconhecimento do quadro depressivo e consequente encaminhamento para tratamento especializado impactam positiva e enormemente na qualidade de vida do paciente, evitando tratamentos errôneos para sintomas que podem camuflar a verdadeira origem dos sintomas.

---

## Referências

1. Spetzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy 3rd FV, Hanm SR, et al Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 Study. JAMA. 1994; 272:1749-56.
2. Câmara FP. PHQ: Questionário breve para detectar as cinco condições psiquiátricas mais prevalentes em serviços de atenção primária à saúde. Psychiatry On-line Brazil (9) Outubro 2004.
3. The Guide to Clinical Preventive Services 2008: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov).



## Memória e envelhecimento

Sempre que o idoso apresentar queixas sobre sua memória, é importante ter a confirmação por familiar ou pessoa que convive constantemente com o paciente. São necessárias informações sobre as doenças de base (relacionadas ao risco aumentado para doença cerebrovascular e depressão, por exemplo) e sobre as medicações utilizadas pelo paciente. Duas síndromes principais podem ser responsáveis pelas alterações de memória no idoso:

- ▶ Transtorno cognitivo leve do tipo amnésico: comprometimento subjetivo da memória, preferencialmente confirmado por um informante. Desempenho em testes cognitivos de memória de 1,5 desvio-padrão abaixo do esperado para a idade, com funcionamento cognitivo global normal, independência em atividades de vida diária e ausência de demência.
- ▶ Demência: síndrome caracterizada por declínio cognitivo que acarreta interferência sobre o desempenho em atividades profissionais ou sociais. Apresenta distúrbio de memória somado a outra função cognitiva como linguagem, orientação tempo-espacial, julgamento, pensamento abstrato, habilidades visuais e funções executivas. As alterações não podem ser explicadas por alterações do nível de consciência.

### Principais causas de demência nos idosos

#### 1. Demências irreversíveis:

- ▶ demência de Alzheimer;
- ▶ demência vascular;
- ▶ demência mista (doença de Alzheimer com doença cerebrovascular);
- ▶ demência por corpúsculos de Lewy;
- ▶ demência na doença de Parkinson;
- ▶ demências por degeneração lobar frontotemporal (incluindo doença de Pick);
- ▶ demência de Creutzfeldt-Jakob.

---

## 2. Demências potencialmente reversíveis:

- ▶ depressão;
- ▶ hipotireoidismo;
- ▶ hidrocefalia de pressão normal;
- ▶ intoxicações por drogas ou álcool;
- ▶ infecções do sistema nervoso central (SNC): aids e neurosífilis;
- ▶ trauma do SNC;
- ▶ deficiência de vitamina B<sub>12</sub>;
- ▶ hematoma subdural;
- ▶ tumores do SNC primários ou secundários;
- ▶ encefalopatias metabólicas;
- ▶ doenças do sistema conjuntivo e vasculites.

## Estratégias que podem prevenir ou amenizar as dificuldades de memória no idoso

Não existem medicamentos que possam melhorar efetivamente a memória. Mas estratégias podem ser adotadas na senescência, e ao longo da vida, para melhorar ou amenizar as dificuldades de memória.

- ▶ Alimentação saudável.
- ▶ Controle dos fatores de risco vasculares modificáveis: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo, etilismo, controle de doenças cardíacas.
- ▶ Manutenção da atividade cognitiva, aprendizado ou planejamento de coisas novas.
- ▶ Manutenção da atividade física.
- ▶ Visita ao médico quando da apresentação de distúrbio de memória, para que o problema seja identificado e tratado com brevidade.

---

## Referências

1. Camargo CHP, Gil G, Moreno MDPQ. Envelhecimento “normal” e cognição. In: Bottino CMC, Jerson L e Blay SL. Demência e transtornos cognitivos em idosos. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.13-20.
2. Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foster JK, van Bockxmeer FM, Xiao J, et al. Mediterranean Diet and Mild Cognitive Impairment. JAMA. 2008;300(9):1027-37.
3. Marfim A, Schmidt S. Diagnóstico diferencial das demências. In: Freitas EL, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.243-251.
4. Scarmeas N, Stern Y, Mayeux R, Manly JJ, Schupf N, Luchsinger JA Mediterranean Diet and Mild Cognitive Impairment. Arch Neurol. 2009; 66(2):216-25.
5. Yassuda MS. Memória e envelhecimento saudável. In: Freitas EL, Py L, Cançado FAX, Doll J e Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. p.1245-51.

## Status funcional do idoso

### Equilíbrio e mobilidade

Os idosos apresentam maior tendência à instabilidade postural, alterações de marcha e risco de quedas. Por isso, é importante que seja feito um exame neurológico e do aparelho locomotor, além de perguntar sobre a necessidade de instrumentos auxiliares da marcha, como bengalas ou andadores.

### Função cognitiva

As limitações da função cognitiva constituem um dos maiores problemas dos idosos, pois resultam em dependência e perda da autonomia, com grande sobrecarga para os familiares e cuidadores. Existem vários testes com o objetivo de detectar alterações precoces e determinar a extensão das limitações para o planejamento terapêutico. Alguns são complexos e demorados. No entanto, há testes simples e rápidos, que duram de cinco a dez minutos, e podem ser aplicados por qualquer profissional de saúde. Os resultados da maioria dos instrumentos de avaliação mental são influenciados pelo nível de escolaridade do paciente.

### Deficiências sensoriais

Estima-se que 50% dos indivíduos idosos tenham deficiência auditiva ou visual que comprometem sua capacidade para as atividades da vida diária, aumentando o risco de declínio funcional. É preciso:

- ▶ avaliação visual sumária: pedindo-se para o paciente ler um texto de jornal e perguntando se usa óculos ou lentes.
- ▶ teste de audição simples pode ser realizado sussurrando seu nome ou realizando algum barulho com a caneta, por exemplo.
- ▶ solicitar exames específicos para avaliar visão e audição, se necessários.

## Condições emocionais/presença de sintomas depressivos

Os idosos têm maior risco para apresentarem doenças mentais, como depressão e demência. A depressão na velhice com frequência manifesta-se de maneira atípica, o que dificulta seu reconhecimento.

## Disponibilidade e adequação de suporte familiar e social

A falta de suporte e de adequação do idoso à vida familiar e social é um dos fatores que contribuem negativamente para suas condições clínicas e seu estado funcional. Cabe à equipe de saúde avaliar esses parâmetros com perguntas simples direcionadas ao paciente e aos seus familiares.

## Condições ambientais

Ambientes inadequados contribuem para diminuição da capacidade funcional do idoso. É necessário avaliar a possibilidade de introduzir modificações que possam tornar a casa mais conveniente às suas limitações, procurando garantir-lhe o máximo de independência possível.

## Capacidade funcional – Atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD)

Capacidade do idoso para executar atividades que lhe permitam cuidar de si próprio e viver independentemente em seu meio. Pode ser medida por meio de instrumentos que avaliem a capacidade do paciente para executar as AVDs e AIVDs.

<b>AVD – Englobam todas as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si. A incapacidade de executá-las implica alto grau de dependência</b>	
Cuidados pessoais	Tomar banho Vestir-se Ir ao banheiro Comer
Mobilidade	Andar com ou sem ajuda Passar da cama para a cadeira Mover-se na cama
Continência	Urinária Fecal

---

### AIVD - Compreendem a habilidade do idoso para administrar o ambiente onde vive

Dentro de casa	Preparar a comida Serviço doméstico Lavar e cuidar do vestuário Trabalhos manuais Manuseio da medicação Manuseio do telefone Manuseio de dinheiro
Fora de casa	Fazer compras (alimentos, roupas) Usar os meios de transporte Deslocar-se (ir ao médico, compromissos sociais e religiosos)

### Estado e risco nutricional

No envelhecimento, a água corporal está reduzida, a massa corporal livre de gordura (muscular e óssea) também está reduzida, a gordura subcutânea dos membros tende a diminuir e a gordura intra-abdominal aumenta.

Os idosos que têm idade entre 60 e 69 anos apresentam perfil epidemiológico semelhante ao dos adultos jovens, com alta prevalência de sobrepeso; nos idosos de 70 anos ou mais, o perfil nutricional é diferenciado, com alta prevalência de baixo peso. A avaliação nutricional é feita pela análise dos fatores de risco (desequilíbrio entre necessidades nutricionais e consumo alimentar, presença de patologias infecciosas, fatores sociais, tais como isolamento, solidão e perda de *status* social, pobreza, presença concomitante de patologias crônicas não transmissíveis, ingestão habitual de bebida alcoólica e uso de tabaco) e por avaliação laboratorial (dosagem sérica de albumina, transferrina, pré-albumina, linfócitos, colesterol, eletrólitos, vitaminas e minerais, função hepática, função renal e eventualmente outros).

---

---

## Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência — Coordenação de Atenção a Grupos Especiais: Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único De Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde Do Brasil, 1995. p.11-2.
2. Coitinho DC, Leão MM, Recine E, Sichieri R. Condições Nutricionais da População Brasileira: Adultos e Idosos. [Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição]. Brasília: INAN/MS, 1991.
3. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, et al. Semiologia do Idoso. In: Porto CC (Ed.). Semiologia Médica . 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p.165-97.
4. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. J Psychiatr Res. 1975;12:189-98.
5. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: A Practical Assessment Tool for Grading the Nutritional State of Elderly Patients. Facts And Research In Gerontology. 1994;Suppl 2:15-59.
6. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of Flnness in the Aged: The Index of Adl; A Stardard Measure of Biological and Psychosocial Function. Jama. 1963;185:914-9.
7. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, et al. A Research and Service-Oriented Multilevel Assessment Instrument. J Gerontol. 1982;37:91-9.
8. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965;14:61-5.
9. Matheus DA. Dr. Marjory Warren And The Origin Of British Geriatrics. J Am Geriatr Soc. 1984;32:253-8.
10. Ramos LR. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM (Ed.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio De Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p.72-8.
11. Yesavage JÁ, Brink TL. Development And Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary. Report J Psychiatr Res. 1983;17:37-49.
12. World Health Organization. Physical Status: The Use and Interpretation of Antropometry. Who Thechnical Report Series. 1985;854.
13. World Health Organization. Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic. Who/Nut/Ncd 98.1. Genebra, Jun 1997.

## Recomendações para uma vida saudável

- ▶ Começar sempre o dia com um bom café da manhã.
- ▶ Fracionar alimentação, a cada três horas, e menor quantidade em cada vez.
- ▶ Comer pelo menos 400 g de hortaliças, vegetais e frutas por dia;
- ▶ Reduzir o consumo de sal.
- ▶ Variar o máximo possível os alimentos.
- ▶ Beber água antes de sentir sede.
- ▶ Vigiar o peso, manter o IMC em valores normais (18,4 kg/m<sup>2</sup> a 24,9 kg/m<sup>2</sup>).
- ▶ Praticar atividade física moderada pelo menos três vezes por semana.

### Alimentação

Basicamente, o homem adulto necessita de 2.500 kcal por dia, valores que devem ser adaptados à atividade de cada indivíduo. A ingestão calórica deve ser dividida ao longo do dia, com alimentos diversificados. As orientações atuais são as seguintes:

- ▶ Proteínas: 10% a 15% (1g=4 kcal)
- ▶ Carboidratos: 55% a 60% (1g=4 kcal)
- ▶ Gorduras: 30% a 35% (1g=9 kcal)

O ideal é o fracionamento desta ingestão alimentar em pelo menos cinco refeições diárias, como segue:

- ▶ Café da manhã: 15% - 400 kcal
- ▶ Meio da manhã: 10% - 250 kcal
- ▶ Almoço: 30% a 35% - 750 kcal a 900 kcal
- ▶ Meio da tarde: 10% - 250 kcal
- ▶ Jantar: 30% a 35% - 750 kcal a 900 kcal

---

O consumo de álcool fornece cerca de 7 kcal por cada grama ingerida, devendo ser computado nos valores citados anteriormente. O ideal é distribuir, durante o dia, a ingestão de todos os sete grupos de alimentos seguindo a proporção calórica descrita anteriormente. Os sete grupos alimentares são:

- ▶ cereais e derivados, tubérculos;
- ▶ hortaliças;
- ▶ frutas;
- ▶ laticínios;
- ▶ carnes, peixes e ovos;
- ▶ leguminosas;
- ▶ gorduras e óleos.

Durante o preparo dos alimentos, deve ser considerada a combinação entre eles na contabilidade final das calorias, por exemplo, o uso de óleos no preparo da carne.

## Atividade física

A atividade física faz parte de qualquer cartilha para uma vida melhor. A orientação de um profissional da área é sempre necessária, para prevenção de lesões e complicações da prática.

A recomendação atual é a prática de atividade moderada, pelo menos três vezes por semana, levando em consideração cada paciente individualmente. Os benefícios são indiscutíveis:

- ▶ Ajuda a controlar o peso e melhora a postura.
- ▶ Melhora a circulação periférica diminuindo a incidência de varizes e edemas.
- ▶ Melhora a capacidade cardiorrespiratória.
- ▶ O aumento da massa muscular, principalmente no idoso, favorece as atividades diárias.
- ▶ A sensação de bem-estar melhora o humor, diminui a ansiedade e evita a depressão.

Alguns exemplos de atividade física e seus benefícios:

- ▶ Corrida: melhora a capacidade cardiorrespiratória, promove a sensação de bem-estar e controle de peso. Gasto de 900 kcal/h.
- ▶ Bicicleta: melhora a capacidade cardiorrespiratória. Gasto de 800 kcal/h.
- ▶ Futebol: melhora o condicionamento físico. Gasto de 800 kcal/h.
- ▶ Tênis: melhora a coordenação motora e a agilidade. Gasto de 800 kcal/h.
- ▶ Natação: melhora o condicionamento físico e toda a musculatura. Gasto de 540 kcal/h.
- ▶ Musculação: aumenta a massa muscular, a resistência articular e a massa óssea. Gasto de 720 kcal/h.

# Interações medicamentosas

## Classificação

As interações medicamentosas podem ser classificadas em: farmacocinética, farmacodinâmica, de efeito e farmacêutica.

- ▶ **Farmacocinética**  
As alterações se dão na velocidade de absorção (em decorrência de alterações do pH ou da motilidade gastrointestinal, adsorção e quelação), distribuição (competição na ligação a proteínas plasmáticas ou hemodiluição), biotransformação (indução ou inibição enzimática) ou excreção de outro fármaco (alterações no pH urinário, nos túbulos renais e no fluxo sanguíneo renal, alterações na excreção biliar e ciclo entero-hepático).
- ▶ **Farmacodinâmica**  
Ocorre quando o fármaco aumenta ou diminui a receptividade dos receptores a outros fármacos, ou por inibição das enzimas que o inativa.
- ▶ **Efeito**  
Quando os fármacos apresentam ações similares ou opostas, podendo produzir sinergias ou antagonismos.
- ▶ **Farmacêutica**  
Incompatibilidade medicamentosa *in vitro*, antes da administração, causando reações físico-químicas como mudança de cor, formações de cristais. Diminuição da atividade dos fármacos originais, formação de um novo composto ou aumento da toxicidade.

## Interações com alimentos e suplementos

Além das interações entre medicamentos, devemos lembrar a possibilidade de alterações como atraso, diminuição ou aumento da absorção de drogas pelos alimentos e outros suplementos. Citaremos alguns exemplos:

- ▶ A ingestão de álcool pode aumentar ou diminuir o efeito de diversas drogas, como o aumento na ação antiagregante plaquetária do ácido acetilsalicílico.

- ▶ O consumo de chocolate deve ser evitado quando o paciente está utilizando inibidores da MAO. Ele pode também diminuir os efeitos de sedativos hipnóticos, como o zolpidem.
- ▶ A erva doce pode aumentar o risco de intoxicação pela digoxina e diminuir os efeitos de drogas hipotensoras como a hidroclortiazida e a espironolactona.
- ▶ A tetraciclina, quando administrada com o leite, forma um sal insolúvel que impede sua absorção.
- ▶ A utilização de vitamina E pode aumentar a ação dos anticoagulantes.
- ▶ Os extratos de ginseng podem interferir nos efeitos de anticoagulantes orais, heparina, ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não hormonais. Quando utilizados com os inibidores da MAO, podem causar dor de cabeça, alterações do sono, irritação e hiperatividade.
- ▶ O uso de *Ginkgo biloba* pode diminuir o efeito de anticonvulsivantes como a carbamazepina e o ácido valproico.

## Interações medicamentosas mais comuns

	Aumenta o efeito de	Diminui o efeito de	Tóxico com	Efeito diminuído por	Efeito aumentado por
Álcool	Anticoagulantes orais, Antidiabéticos orais, Barbitúricos, Fenotiazinas	Anticoagulantes orais, Antidiabéticos orais	Antidiabéticos orais, Dissulfiram, inibidores da MAO, Salicilatos		Antidepressores tricíclicos, Benzodiazepínicos, Dissulfiram, Fenotiazinas, Narcóticos
Antiácidos		Tetraciclina			
Anticoagulantes orais	Hidantoína			Álcool, Barbitúricos, Benzodiazepínicos, Corticosteróides, Glutetimida, Rifampicina	Álcool, Hidrato de cloral, Clofibrate, Dextrotiroxina, Esteróides anabolizantes, Fenilbutazona, Salicilatos
Anticoncepcionais orais				Barbitúricos, Hidantoína, Rifampicina	
Barbitúricos	Benzodiazepínico	Anticoagulantes orais, Anticoncepcionais orais, Hidantoína	Inibidores da MAO		Álcool, Hidantoína, Hipnóticos, Narcóticos

Benzodiazepínicos	Álcool, Anestésicos, Outros sedativos hipnóticos	Anticoagulantes orais			Antidepressivos tricíclicos, Barbitúricos, Fenotiazinas, Inibidores da MAO, Narcóticos
Cefalosporinas			Ácido etacrinico, Furosemida	Cefalosporinas	
Hidantoína	Barbitúricos	Anticoncepcionais orais		Barbitúricos	Anticoagulantes orais, Dissulfiram, Isoniazida
Fenilbutazona	Anticoagulantes orais, Antidiabéticos orais,		Salicilatos	Fenilbutazona	Anticoagulantes orais, Antidiabéticos orais, Salicilatos
Fenotiazinas	Álcool, Benzodiazepínicos	Guanetidina	Inibidores da MAO		Álcool
Furosemida			Cefalosporinas, Corticosteroides, Inibidores da MAO	Furosemida	
Glutetimida		Anticoagulantes orais	Inibidores da MAO		
Guanetidina	Simpaticomiméticos		Inibidores da MAO		Antidepressores tricíclicos, Fenotiazinas, Simpaticomiméticos
Indometacina			Salicilatos		Indometacina
Insulina			Inibidores da MAO	Propranolol	Insulina
Isoniazida	Difenilhidantoína	Antidiabéticos orais			Isoniazida
Inibidores da MAO	Anestésicos, Antidepressores tricíclicos, Benzodiazepínicos, Antidiabéticos orais, Simpaticomiméticos		Álcool, Anestésicos, Antidepressores tricíclicos, Antidiabéticos orais, Barbitúricos, Betanidina, Carbamazepina, Diuréticos, Etacrinico, Fenfluramina, Fenotiazinas, Furosemida, Glutetimida, Guanetidina, Insulina, L-Dopa, Narcóticos, Petidina, Simpaticomiméticos, Tolbutamida,		
Rifampicina		Anticoagulantes orais, Anticoncepcionais orais			

---

Salicilatos	Anticoagulantes orais	Probenecida, Sulfinpirazona	Álcool, Corticosteroides, Indometacina, Fenilbutazona		Fenilbutazona, Probenecida, Sulfinpirazona
Sulfamidas	Antidiabéticos orais			Para-aminobenzoico, ácido	
Simpatomiméticos		Guanetidina	Inibidores da MAO		Antidepressores tricíclicos, Guanetidina, Inibidores da MAO
Tetraciclina			Metoxifluorano	Antiácidos	

---

## Referência

1. Interações Medicamentosas da Roche. Gráfica Olímpica Editora