

# DISPEPSIA NA CONSULTA DE CLÍNICA GERAL

TERESA LOPES, CARLOS PRIOR, HELENA BAÍA, NUNO PEREIRA

Centro de Saúde Fernão de Magalhães. Coimbra.

## RESUMO

Procedeu-se à realização de um estudo de observação descritivo e transversal, consistindo na análise dos processos clínicos dos doentes que recorreram à consulta de clínica geral do Centro de Saúde Fernão de Magalhães por queixas dispépticas, durante o ano de 1994.

Pretendeu-se conhecer a distribuição dos diversos tipos de dispepsia, a relação entre os grupos de dispepsia e as variáveis seleccionadas, os factores de risco identificados, os exames auxiliares de diagnóstico solicitados e a sua relação com os grupos etários, bem como a medicação prescrita, nos doentes consultados.

Os resultados permitiram salientar que: A dispepsia funcional é mais frequente que a orgânica; o sexo feminino é preponderante na dispepsia funcional com diferença estatisticamente significativa; os doentes mais idosos consultam mais por queixas dispépticas; foram solicitados exames auxiliares de diagnóstico a cerca de metade dos doentes consultados, sendo 2/3 a doentes acima dos 45 anos de idade; a medicação prescrita foi semelhante à recomendada na literatura consultada.

*Palavras-chave: Dispepsia, dispepsia funcional, factores de risco*

## SUMMARY

### Dyspepsia in the General Practice Consultation

An observational descriptive transversal study was carried out to analyse the clinical log-books of the patients with dyspeptic complaints in the General Practice consultation of Fernão de Magalhães Heath Center, during 1994.

The aim of the study was to assess: the distribution of dyspeptic categories; the association of dyspepsia groups and the selected variables; the identified risk factors; the clinical investigation and its relationship with the age groups, as well as prescription in the General Practice consultations.

The results of the study show that:

- functional dyspepsia is more frequent than organic; females have functional dyspepsia more frequently, with a statistically significant difference;
- there are more consultations with dyspeptic complaints among the elderly;
- about 50% of the patients with dyspeptic symptoms were investigated and two thirds were above forty-five years of age;
- the prescribed medication was similar to that recommended.

*Key words: Dyspepsia, functional dyspepsia, risk factors*

## INTRODUÇÃO

A definição exacta de dispepsia não existe. Etimologicamente a palavra deriva do grego - dis+peptin - que significa má digestão.

Os sintomas que mais preocupam os doentes com dis-

pepsia são os que se relacionam com a digestão dos alimentos, sendo os mais relevantes: dor ou desconforto abdominal, enfartamento pós-prandial, eructações, náuseas, vômitos, azia, pirose, regurgitação e anorexia.

Na literatura é possível encontrar múltiplas definições

que se baseiam nas diferentes combinações dos sintomas referidos:

- Dor ou desconforto abdominal persistente ou recorrente, localizada nos quadrantes superiores do abdómen relacionada ou não com a ingestão de alimentos;

- Indigestão com alguns dias de duração em que os sintomas se localizam nos quadrantes superiores do abdómen;

- Desconforto abdominal localizado nos quadrantes superiores do abdómen ou epigastro, podendo ser acompanhado de eructações, saciedade fácil, distensão abdominal e náuseas<sup>1,2</sup>.

Com base em estudos clínicos e laboratoriais a dispepsia pode classificar-se em:

- Não ulcerosa ou funcional (DF) - quando são referidos sintomas dispépticos, durante pelo menos quatro semanas e para os quais não se encontram lesões focais ou doença sistémica causal;

- Orgânica (DO) - quando as investigações habituais demonstram patologia orgânica subjacente aos sintomas (doença ulcerosa péptica, doença do refluxo gastroesofágico, litíase vesicular, pancreatite crónica ou outras)<sup>3</sup>.

A dispepsia não ulcerosa ou funcional classifica-se de acordo com os sintomas predominantes em: dispepsia tipo refluxo, dispepsia tipo úlcera, dispepsia tipo dismotilidade, aerofagia e essencial ou idiopática<sup>4,5</sup>.

Estima-se que cerca de 30% da população adulta sofre ou sofreu de dispepsia. Destes só metade procuram o seu médico. Os outros ou apresentam queixas discretas e de carácter transitório ou auto-medicam-se, não chegando a consultar.

O aspecto económico relacionado com esta patologia é relevante se considerarmos as ausências ao trabalho, despesas com a investigação etiológica e custos com a medicação<sup>6</sup>.

Alguns estudos efectuados sugerem que 3 a 4% das consultas médicas de clínica geral são devidas a dispepsia, o que perfaz um número elevado de doentes com estas queixas.

O clínico geral não só é o médico de primeira linha, na procura de consulta como é responsável pela continuidade dos cuidados, tão necessária para uma avaliação correcta destes doentes.

A expectativa dos doentes, com queixas dispépticas, quando consultam o médico de família, consiste na obtenção de uma terapêutica para o alívio dos sintomas contudo, nem sempre é fácil estabelecer um diagnóstico e perspectivar uma orientação.

A fisiopatologia da DF é ainda desconhecida. As queixas dos doentes e os dados da observação são he-

terogéneos, sendo diversos os mecanismos fisiopatológicos em causa, em cada doente.

Há factores que podem estar implicados na génese da DF como por exemplo: secreção cloridropéptica, dismotilidade gastro-intestinal; stress e anomalias psicológicas: factores ambientais (dieta, medicamentos), disquinésia biliar e *helicobacter pylori*.

Perante um doente com queixas dispépticas, o médico tenta obter, através da história clínica e do exame objectivo, uma hipótese diagnóstica que poderá ou não necessitar de confirmação através da realização de exames auxiliares de diagnóstico (EAD).

É importante obter um diagnóstico preciso em cada caso de dispepsia. Para isso, não só o exame clínico é fundamental, como também, perante certos sinais ou sintomas de alarme, é necessário solicitar EAD.

Em face da grande frequência de dispepsia na consulta de clínica geral, torna-se impossível a investigação imediata de todo e qualquer doente com as queixas referidas.

Mann et al referem que o sexo masculino, idade superior a 40 anos, hábitos tabágicos e história prévia de doença ulcerosa se associam a um aumento de achados endoscópicos anómalos nos doentes dispépticos<sup>7</sup>.

Pina Cabral refere que esses factores, embora possam ter real valor preditivo, não são suficientemente sensíveis para alicerçar uma opinião clínica correcta. Segundo este autor a atribuição das queixas a um quadro de DF é um diagnóstico de exclusão, pelo que a sua credibilidade e segurança são postos em causa enquanto não se obtiverem exames auxiliares de primeira linha.

Segundo o mesmo autor um exame clínico cuidado, complementado por endoscopia alta ou eventualmente ecografia abdominal constituem uma base segura para alicerçar o diagnóstico de dispepsia não ulcerosa<sup>6</sup>.

Outros autores referem que o risco de falhar o diagnóstico de uma doença grave num doente novo é irrelevante. Há elementos na história clínica que podem ser *tranquilizadores* para um diagnóstico diferencial, como por exemplo - a idade jovem, o sexo feminino e a personalidade neurótica. Por outro lado, há outros elementos que podem ser considerados *alarmantes* idade igual ou superior a 45 anos, emagrecimento, perda hemática, disfagia e dor nocturna que desperta o doente.

No primeiro caso é de considerar a instituição de uma terapêutica baseada numa hipótese diagnóstica conforme os tipos ou padrões de DF. Esta conduta pressupõe uma boa relação médico-doente e a certeza de uma consulta de vigilância 4 a 8 semanas mais tarde. Muitos destes doentes *curam* sem ter efectuado qualquer exame auxi-

liar, economizando tempo e dinheiro. Quando recidivam, torna-se necessário investigar se há patologia orgânica.

Em face do exposto, um grupo de médicos do Centro de Saúde (CS) decidiu investigar todos os diagnósticos de dispepsia efectuados durante um ano de consultas (1994), no ficheiro de 12 médicos com base nos sintomas sugestivos de dispepsia registados, contribuindo para efectuar um diagnóstico da situação relativamente à patologia em causa, e proceder a uma actualização e revisão do tema.

## MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se à realização de um estudo de observação descritivo e transversal, por consulta directa aos processos clínicos dos utentes inscritos com idade  $\geq 15$  anos, que recorreram pelo menos uma vez à consulta de clínica geral durante o ano de 1994, com queixas dispépticas, pertencentes ao ficheiro de 12 médicos do CS. Foram excluídos os utentes com os seguintes problemas: situação de doença aguda, dor abdominal localizada ao hipogastro e úlcera péptica anterior.

Os utentes foram identificados a partir do serviço informatizado de consultas do CS, ficheiro informatizado SICS1 (adaptação da Classificação Internacional de Problemas de Saúde -CIPS2-definida) que possibilitou a selecção por problemas de saúde.

Os problemas de saúde identificados foram:

Dor abdominal, náuseas e/ou vómitos, azia e/ou pirose, meteorismo, perturbações da função gástrica ou outras doenças do estômago e duodeno. Depois de individualizados os processos, foi analisado o conteúdo das anotações clínicas feitas pelo respectivo médico.

O registo de dados foi efectuado numa ficha elaborada para o efeito, onde foram anotados os valores das diferentes variáveis. O agrupamento das queixas principais e o resultado dos EAD's efectuados levou à classificação de cada doente nos diversos tipos de dispepsia e seus subgrupos. Os dados foram processados informaticamente em Dbase IV.

As variáveis estudadas foram:

Variáveis independentes:

Sexo - variável qualitativa nominal, assume dois níveis: masculino e feminino.

Grupo etário - variável qualitativa ordinal, assume os níveis: de 15 a 24 anos, de 25 a 34 anos, de 35 a 44 anos, de 45 a 54 anos, de 55 a 64 anos e  $\geq 65$  anos.

Sector de actividade - variável qualitativa nominal, assume os níveis: sector primário, sector secundário, sector terciário, reformado e estudante.

Factores de risco - variável qualitativa nominal, as-

sume os níveis: consumo de tabaco, álcool, ácido acetil-salicílico, outros anti-inflamatórios não esteroides (AINE), stress, ansiedade.

Variáveis dependentes:

Dispepsia orgânica - variável qualitativa nominal assume os níveis: presente e ausente.

Dispepsia funcional - variável qualitativa nominal, assume os níveis: tipo úlcera, tipo refluxo, tipo dismotilidade, aerofagia e idiopática ou essencial.

Exames auxiliares de diagnóstico (EAD's) - Variável qualitativa nominal, assume os níveis: ecografia abdominal, Rx gastroduodenal, clister opaco, endoscopia digestiva alta e colonoscopia.

Medicação - Os medicamentos prescritos foram agrupados segundo a classificação farmacológica do Índice Nacional Terapêutico.

O tratamento dos dados consistiu no estudo descritivo das variáveis em análise, nomeadamente a sua distribuição de frequência.

Para o estudo de associações entre variáveis foi utilizado o teste de qui-quadrado e comparação de proporções, dependendo do tipo de variáveis, utilizando o programa Microstat.

## RESULTADOS

### 1. Caracterização da População Alvo

Foram realizadas no ano de 1994, 36 748 consultas de clínica geral a utentes pertencentes ao ficheiro de 12 médicos. Por queixas dispépticas realizaram-se 1461 consultas o que corresponde a 4% do total.

Foram estudados os processos de 251 utentes com idade igual ou superior a 15 anos, 70% do sexo feminino e 30% do masculino.

Relativamente à distribuição por grupos etários verifica-se que os mais idosos foram os que mais consultaram (figura 1).

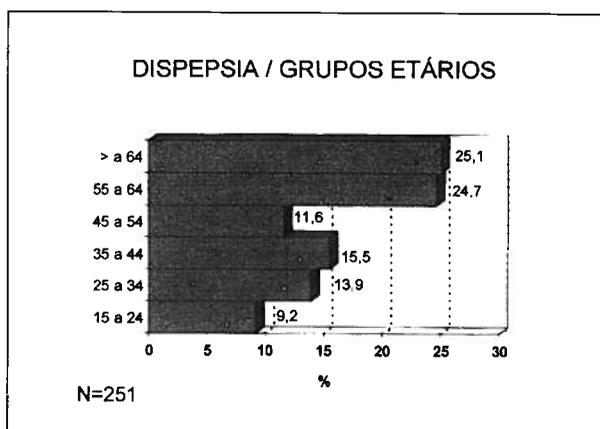


Fig. 1 - Dispepsia/grupos etários

**2. Tipos de dispepsia**

A dispepsia funcional foi a mais frequente, estando presente em 7% dos doentes estudados (190). A dispepsia orgânica foi diagnosticada em 24% (61).

Nos doentes com dispepsia funcional, a dispepsia tipo refluxo e tipo dismotilidade foram predominantes (figura 2).

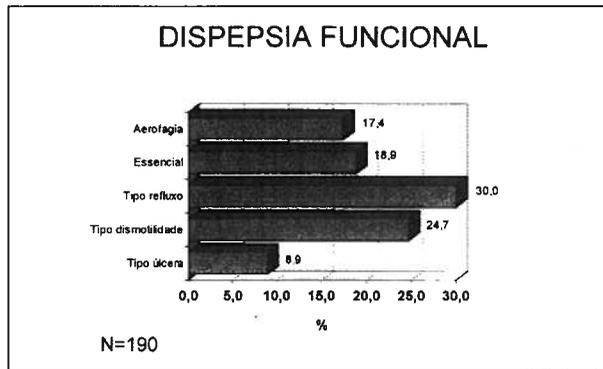


Fig. 2 - Dispepsia funcional

A úlcera gástrica e a gastrite foram as patologias mais diagnosticadas na dispepsia orgânica (figura 3).

A dispepsia funcional é mais frequente no sexo feminino, com diferença estatisticamente significativa. No que concerne à dispepsia orgânica o sexo feminino é predominante, contudo a diferença não é estatisticamente significativa (sexo feminino 57% e masculino 43%) (figura 4).

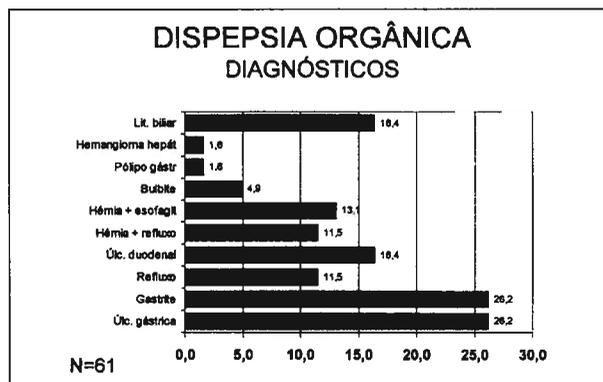


Fig. 3 - Dispepsia orgânica

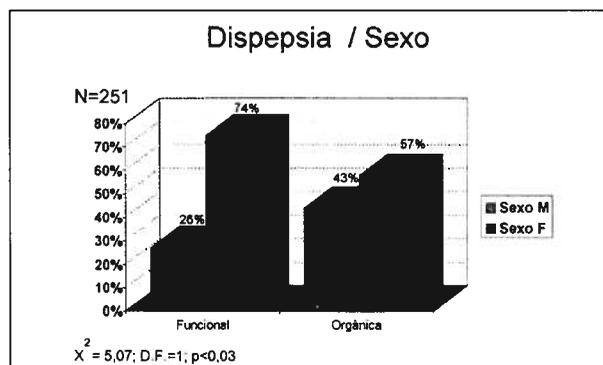


Fig. 4 - Dispepsia/sexo

Nos dois tipos de dispepsia (funcional e orgânica) predominam os grupos etários mais elevados (figura 5).

Considerando o conjunto dos grupos etários inferiores a 45 e igual ou superior a 45 verifica-se um nítido predomínio dos mais velhos com diferença estatisticamente significativa (figura 6).

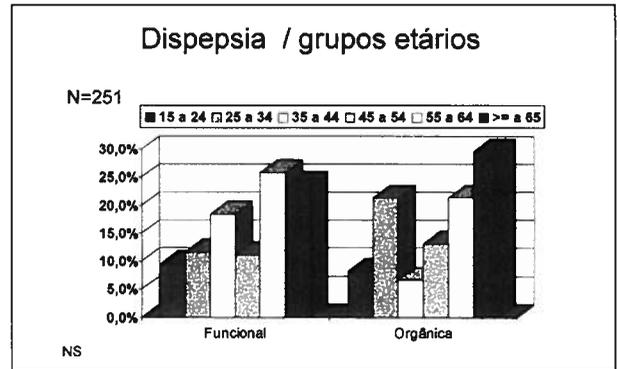


Fig. 5 - Dispepsia/grupos etários

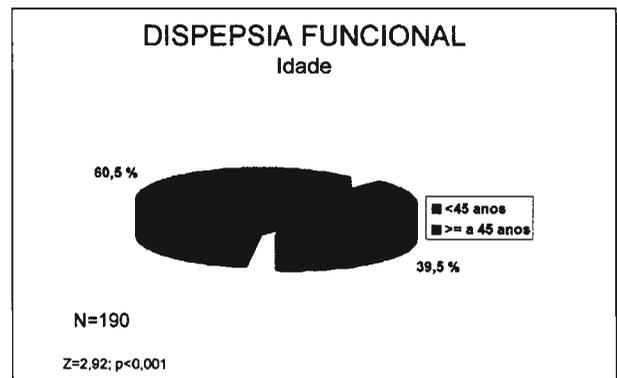


Fig. 6 - Dispepsia funcional/idade

Enquanto na dispepsia orgânica os doentes são, na sua maioria, trabalhadores do sector secundário, na funcional predominam os reformados seguidos dos doentes integrados no sector primário (figura 7).

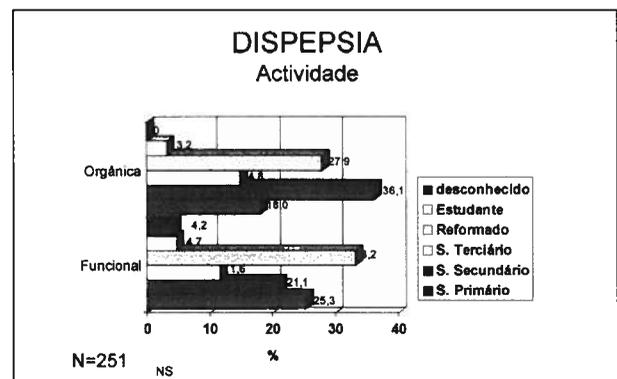


Fig. 7 - Dispepsia/actividade

Relativamente aos factores de risco registados a ansiedade foi mais frequente nos dois tipos de dispepsia, 58% na dispepsia funcional e 60% na orgânica. Em

segundo lugar é referida a ingestão de AINE.

Foram solicitados exames auxiliares de diagnóstico a 49% dos doentes (123), sendo detectada patologia em 50% destes (61) (figura 8).

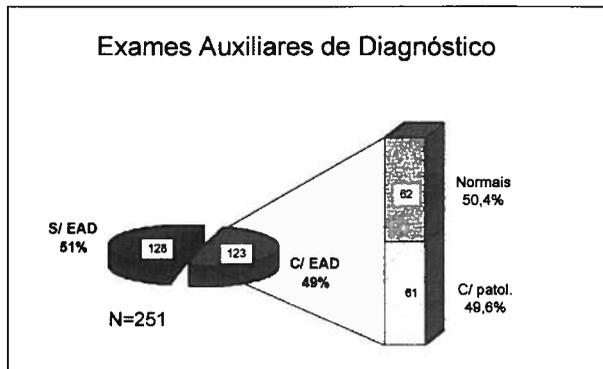


Fig. 8 - Exames auxiliares de diagnóstico

Nos doentes com dispepsia funcional foram solicitados exames auxiliares de diagnóstico a 33% (62). 67% (128) não foram submetidos a investigação complementar.

Na dispepsia orgânica a endoscopia digestiva alta foi solicitada em 82% dos doentes (50) e ecografia abdominal a 18% (11).

Os exames auxiliares de diagnóstico mais pedidos nos doentes com dispepsia funcional, foram endoscopia, ecografia abdominal e ambos (figura 9).

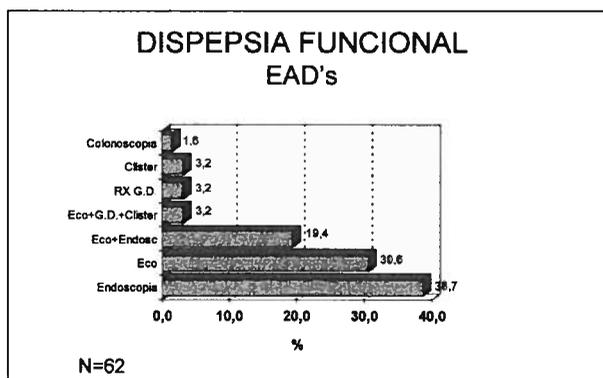


Fig. 9 - Dispepsia funcional/EAD'S

Os doentes com dispepsia funcional e com idades acima dos 45 anos foram submetidos a exames auxiliares de diagnóstico com mais frequência, totalizando 66% de todos os exames pedidos (figura 10).

Na dispepsia tipo dismotilidade o grupo de medicamentos mais utilizados foram os adsorventes coleréticos, colagogos e os anti-espasmódicos, seguidos dos anti-ácidos, anti-eméticos, anti-ulcerosos, anti-diarreicos e substitutos de enzimas digestivas.

Na dispepsia tipo refluxo os anti-ácidos e os anti-ulcerosos foram os medicamentos mais utilizados. Como segunda linha foram os adsorventes e anti-eméticos.

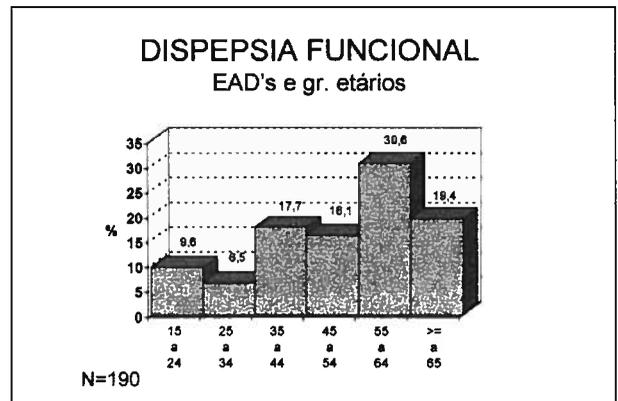


Fig. 10 - Dispepsia funcional/EAD'S e grupos etários

Os adsorventes e anti-espasmódicos foram mais utilizados na aerofagia e na dispepsia inespecífica. Os ansiolíticos foram mais prescritos na aerofagia, relativamente aos outros tipos de dispepsia.

Os anti-ácidos e anti-ulcerosos foram os tipos de medicamentos mais prescritos na dispepsia tipo úlcera, seguidos dos adsorventes, ansiolíticos e anti-espasmódicos.

## DISCUSSÃO

Apesar de muito estudada, especialmente em trabalhos na comunidade, a dispepsia continua sem definição exacta. É considerável a frequência destas queixas no conjunto das consultas do médico de família, representando 3 ou 4% do seu total<sup>6</sup>. No presente estudo 4% foi o valor encontrado.

Não sendo uma doença grave, torna-se onerosa, especialmente em EAD pedidos e terapêuticas instituídas, muitas vezes ineficazes.

Segundo Pina Cabral a divisão em dispepsia orgânica e funcional não corresponde a um conceito plenamente satisfatório, por diversas razões. Entre estas considera-se a persistência de áreas ainda nebulosas na fronteira entre dispepsia não ulcerosa e dispepsia orgânica, como sejam situações de gastrite ou os casos de refluxo gastroesofágico sintomático mas sem esofagite, além de que não há uma definição consensual do que se deve entender por investigações habituais.

Constitui, segundo esse autor, uma denominação de interesse clínico e pedagógico, facilitando a sistematização dos conhecimentos actuais sobre dispepsia<sup>6</sup>.

Foi esta a classificação adoptada neste trabalho. Incluiu-se a gastrite, a bulbite, a hérnia do hiato sem esofagite, também no grupo da dispepsia orgânica, para melhor sistematização. Apenas foram incluídos na dispepsia funcional os casos em que não havia qualquer patologia orgânica, quando sujeitos a exame comple-

mentar ou em que os sintomas o sugeriam, mesmo sem exames auxiliares.

Foram encontrados, 24% de diagnósticos correspondentes a dispepsia orgânica, enquanto que 76% apresentou queixas compatíveis com dispepsia funcional.

A etiologia do síndrome dispéptico varia nas diversas casuísticas, em parte devido às técnicas diagnósticas empregues em cada caso.

Segundo a literatura médica sobre dispepsia e em vários estudos endoscópicos, a doença ulcerosa péptica foi a entidade nosológica mais importante nos casos de dispepsia orgânica (11 a 42%)<sup>9</sup>.

Em trabalhos na comunidade essa percentagem diminui, tendo sido encontrado num estudo efectuado por Jones em 1989, em Southampton um valor de 7% de organicidade<sup>10</sup>.

Durante muitos anos acreditou-se que a dispepsia alta era um sintoma específico de doença ulcerosa. Nas últimas décadas tornou-se evidente que os sintomas de dispepsia alta ocorrem frequentemente sem quaisquer sinais de úlcera péptica. Estudos recentes demonstraram que a associação ente úlcera e DF é fraca e que só 1/4 dos doentes com DF procura cuidados médicos<sup>10,11</sup>.

No presente estudo a patologia gástrica em geral e a úlcera gástrica em particular foram predominantes.

Contudo a úlcera duodenal apresenta em todas as casuísticas um predomínio claro sobre a úlcera gástrica.

Esta discordância pode dever-se às características da população estudada com predomínio de população idosa.

Jones e Lydeard (1989) em trabalhos na comunidade, em Southampton, fizeram um estudo de prevalência dos sintomas de dispepsia: 38% dos indivíduos tinham queixas dispépticas; apenas um em quatro consultava o médico assistente. Um em cinco fizeram exames complementares. A frequência dos sintomas, neste estudo, tende a aumentar com a idade<sup>10</sup>.

Num outro estudo também de base populacional, concluiu-se que a severidade, frequência e duração da dor, mas não os subgrupos de dispepsia, estão significativamente associados com o recurso à consulta<sup>11</sup>.

Neste trabalho apenas foram analisados os processos dos doentes que procuraram cuidados médicos, visto ser um trabalho efectuado a partir da consulta. Pode dizer-se que a procura dos cuidados médicos aumenta com a idade, quer na dispepsia funcional quer na dispepsia orgânica, talvez porque a frequência dos sintomas ou a percepção destes como graves tenda a aumentar com a idade, mas a diferença não é estatisticamente significativa.

As mulheres procuram mais o médico do que os ho-

mens, sendo a diferença na DF estatisticamente significativa.

Ao analisar os sectores de actividade em que estão integrados os doentes, constata-se que a DF é mais frequente no sector primário e reformados e a DO no sector secundário.

Kay e Jorgensen, em 1994, num estudo realizado numa população randomizada, verificaram que as classes sociais mais baixas foram as que mais frequentemente estavam associadas à DF<sup>11</sup>.

No que concerne aos factores de risco associados com dispepsia, deparou-se com um problema. Nos processos, praticamente não havia registo de factores de risco. Dos resultados obtidos apenas se pode referir que a ansiedade/stress foi o factor de risco mais frequente na DF. Os AINE, embora com números reduzidos, foram importantes nos dois tipos de dispepsia.

Na literatura consultada verificou-se que as classes sociais mais baixas, a vulnerabilidade psíquica e o stress são os factores de risco mais frequentemente associados com DF<sup>11</sup>.

Holtmann, Goebell e Talley referem que o tabaco não está associado com dispepsia, que a quantidade de álcool ingerido está associado com queixas dispépticas de modo crescente e que o consumo de analgésicos principalmente a aspirina, é o único factor positivamente associado com a DF, não estando no entanto provada a relação causa/efeito<sup>12</sup>.

Lond et al em 1995 corroboram estas opiniões, referindo que os doentes dispépticos mostram uma prevalência significativamente maior de doenças psicoemocionais, regime dietético irregular e história familiar de doenças gastrointestinais<sup>13</sup>.

Outros Trabalhos consultados concluem que o tabaco, o álcool e os AINE não estão associados com risco acrescido de DF ou dos respectivos sub-grupos<sup>11,14</sup>. Talley et al concluíram que tabaco, álcool e analgésicos não são importantes factores de risco para indivíduos de 20 a 64 anos, com dispepsia não investigada, na comunidade<sup>4</sup>.

Pina Cabral, contudo, refere que a dispepsia é frequente em doentes que consomem AINE, surgindo em algumas séries em mais de 25% dos doentes<sup>6</sup>.

É importante, em estudos posteriores, sensibilizar os colegas para o correcto preenchimento dos factores de risco possibilitando a análise, na nossa população, da associação entre factores de risco e doença dispéptica.

Os doentes com DF têm mais queixas do que apenas as queixas dispépticas.

Wilhelmsen e colaboradores em 1995, concluíram que

a DF era melhor<sup>15,16</sup> caracterizada por queixas somáticas múltiplas. Este achado está de acordo com outros artigos que demonstraram que os doentes com dispepsia não ulcerosa têm mais sintomas não gastrointestinais do que os doentes com doença péptica ulcerosa<sup>17</sup>.

Com esta variabilidade de queixas pode perguntar-se se devem investigar-se todos os doentes com queixas dispépticas.

No presente estudo foram pedidos EAD a 49% dos doentes com queixas dispépticas. Destes 49,6% revelaram patologia subjacente. Se analisarmos apenas os doentes com DF, em 67% não foram pedidos exames complementares.

Em 33% foram pedidos vários tipos de exames, sendo todos normais.

Analisados os pedidos de EAD em função dos grupos etários, constatou-se que a maioria (66%) foram pedidos a doentes com idade igual ou superior a 45 anos, idade a partir da qual é mais frequente a patologia orgânica. É sabido que a dispepsia pode ser o primeiro sintoma de uma doença orgânica, como a úlcera péptica, a colelitíase ou o carcinoma gástrico, mas a grande maioria das vezes nenhuma lesão orgânica é encontrada.

O termo dispepsia funcional ou não ulcerosa implica que a investigação é sempre precisa para excluir doença orgânica. No entanto, em cuidados primários, compreende-se que não sejam feitos, logo de início, exames a todos os doentes, devido à continuidade de cuidados à facilidade de contacto e controle rápido de todos os doentes, quando surge qualquer modificação do quadro clínico inicial.

Williams et al num estudo efectuado em Inglaterra em 1988, submetem os doentes com queixas de dispepsia a endoscopia ou Rx. 45% tinham menos de 45 anos. A doença orgânica foi mais frequente nos mais idosos do que em dispépticos jovens. Foram diagnosticadas doenças malignas em 5% na endoscopia e 3% no Rx, em doentes com mais de 45 anos. Observou-se também que os mais novos, quando com patologia deste foro, tinham sintomas que sugeriam patologia mais séria que simples dispepsia. Os autores concluíram que os pacientes jovens com simples dispepsia tinham sido hiperinvestigados<sup>18</sup>.

Numa análise realizada por Pina Cabral et al, a taxa de endoscopias normais em doentes dispépticos diminui significativamente com o aumentar da idade dos doentes. Em quase 78% dos doentes com 20 a 29 anos o exame não detectou lesão. Pelo contrário verificou-se um valor percentual de endoscopias normais muito reduzida a partir dos 60 anos<sup>6</sup>.

Então pode dizer-se, com base na literatura, que a

terapêutica, sem investigação, é sugerida quando as queixas num doente jovem não indiciam uma causa orgânica. Contudo, nenhuma terapêutica pode ser prolongada. Se os sintomas persistirem torna-se necessário a investigação. Acima dos 45 anos, especialmente se a dispepsia for recente, deve ser investigada, pois há uma frequência maior de doença orgânica neste grupo de doentes.

Em doentes jovens a prevalência de doença orgânica é baixa, logo uma terapêutica sintomática deve ser tentada. Se não há resposta à terapêutica ou se existe recorrência dos sintomas, deve fazer-se investigação. Contudo, os fumadores devem sujeitar-se mais cedo a investigação<sup>3</sup>.

No entanto, uma endoscopia negativa parece ter um efeito calmante em pacientes com DF. A frequência de consultas e a percentagem de prescrições são significativamente reduzidas em doentes com DF depois de uma endoscopia sem achados patológicos identificados<sup>5</sup>.

Qual a terapêutica que deve ser utilizada no caso de DF e nos seus diversos subgrupos?

Colin-Jones em 1988, propõe um esquema de tratamento seriado segundo o subgrupo de dispepsia considerado. Os antagonistas dos receptores H<sub>2</sub> e os antiácidos são referidos como o tratamento de eleição na dispepsia tipo refluxo. A metoclopramida, a domperidona e o cisapride são aconselhados na dispepsia tipo distonilidade. Também os antiácidos e os antagonistas H<sub>2</sub> são prescritos na dispepsia tipo úlcera. A aerofagia não tem terapêutica específica. Na dispepsia essencial são usados vários tipos de medicamentos: anti-ácidos, bismuto, anti-colinérgicos e antagonistas H<sub>2</sub><sup>3</sup>.

A terapêutica instituída aos nossos doentes não fugiu a esta regra geral. Não foi possível, contudo, apenas por insuficiência de registos, saber o resultado da medicação prescrita. Alguns doentes não tinham tido ainda consulta de seguimento ou não estava registada. Conviria repetir a análise destes processos algum tempo depois, para se poderem tirar conclusões e constatar o resultado da medicação efectuada. Sendo o nosso estudo baseado nos registos da consulta, não pode ser comparado, directamente, com a generalidade dos trabalhos consultados, feitos na comunidade. Podemos, no entanto, tirar algumas ilações.

Assim pode afirmar-se que:

A dispepsia funcional é muito mais frequente que a dispepsia orgânica.

Os subgrupos tipo refluxo e tipo distonilidade foram predominantes neste estudo.

O sexo feminino é preponderante na dispepsia funcional, com diferença estatisticamente significativa. Os dois sexos aproximam-se, na dispepsia orgânica.

Os doentes incluídos nos grupos etários mais altos consultam mais frequentemente com queixas dispépticas. Na DF os doentes com idade > 45 anos constituem 2/3 do total. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente a DO e DF nos vários grupos etários.

Na dispepsia orgânica, os doentes do sector secundário foram preponderantes. Na dispepsia funcional o sector primário e os reformados constituem a maioria dos doentes consultados.

Foram pedidos EAD em cerca de metade dos processos analisados. Na DO foram pedidos fundamentalmente endoscopias. Na DF foram pedidas endoscopias, ecografias ou as duas conjuntamente, na quase totalidade dos casos em que houve investigação.

Dois terços dos EAD foram solicitados a doentes acima dos 45 anos.

A medicação prescrita é concordante com a recomendada na literatura consultada<sup>3</sup>.

Com o elevado número de utentes inscritos no Centro de Saúde Fernão de Magalhães, não será difícil fazer um estudo de base populacional, possibilitando a comparação, com outros estudos. É esta tarefa que nos vamos propor num futuro breve.

#### AGRADECIMENTOS

A todos os colegas que permitiram a consulta dos processos clínicos.

A José Augusto da Silva Medeiros pelo incentivo, revisão do manuscrito e crítica construtiva, os sinceros agradecimentos dos autores.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BÁRBARA L. CAMELLERIM, CORINALDES IR et al: Definition and Investigation of Dyspepsia. *Dig Dis Sci* 1989; 34:1272-76
2. HORROCKS J, DOMBAL F: Computer-aided Diagnosis of Dyspepsia. *Am J Dig Dis* 1975; 20:397-406
3. COLIN-JONES DG: Management of Dyspepsia: Report of a Working Party. *Lancet* 1988; 576
4. TAILLEY NJ, ZINSMEISTER AR, SCHLECK C D, MELTON LJ: Smoking, alcohol, and analgesics in dyspepsia and among dyspepsia subgroups: lack of an association in a community. *GUT* 1994; 35: 619-624
5. HEADING R: Definitions of Dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26: 1-6
6. CABRAL JEP: Dispepsia, Causas, Sintomas e Diagnóstico, Prémio Bial, Lisboa 1992
7. MANN J, HOLSTOCK G, HARMAN M et al: Scoring System to improve cost effectiveness of open access endoscopy. *B M J* 1986; 937
8. KNILL-JONES R: A Formal Approach of symptoms in dyspepsia. *Clinics in Gastroenterology* 1985;14,3:517-29
9. FREITAS D: Dispepsia Gástrica Funcional - Estudo Clínico-Laboratorial. *Rev. gastroenterologia* 1985; (supl. 7):5
10. JONES R, LYDEARD S: Prevalence of Symptoms of Dyspepsia in the Community. *B M J* 1989; 298:30-2
11. KAY L, JORGENSEN T: Epidemiology of upper Dyspepsia in a Random Population. Prevalence, Incidence, Natural History, and Risk Factors. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 1-6
12. HOLTSMANN G, GOEBELL H, TALLEY NJ: Dyspepsia in Consulters and Non-Consulters: Prevalence, Health-Care Seeking Behaviour and Risk Factors. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1994; 6: 917-24
13. LOND E, VARMANN P, ELSHTEIN N, JOSIA U et al: Dyspepsia in Rural Residents of Estónia - Life Style Factors, Psychoemotional Disorders, and Familial History of Gastrointestinal Diseases. *Scand J Gastroenterol* 1995; 30: 826-8
14. TALLEY NJ et al: Smoking, Alcohol, and Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs in Out patients with Functional Dyspepsia and Among Dyspepsia subgroups. *AJG* 1994; 89: 524-8
15. HAUG TT, WILHELMSEN I, URSIN H, BERSTAD A: What are the Real Problems for Patients with Functional Dyspepsia? *Scand J Gastroenterol* 1995; 30:97-100
16. WILHELMSEN I et al: Discriminant Analysis of Factors Distinguishing Patients with Functional Dyspepsia from Patients with Duodenal Ulcer, Significance of Somatization. *Digestive Diseases and Sciences* 1995; 40: 1105-11
17. NYREN O, ADAMI HO, GUSTAVSSON S, LÖÖF L: Excess Sicklisting in nonulcer Dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 1986; 8: 339-45
18. WILLIAMS B, LUCKAS M et al: Do Young Patients with Dyspepsia Need Investigation? *Lancet* 1988; 10: 1349-51