

**LUCIANO FRANCO XAVIER**

**IATROGENIAS E PREVENÇÃO QUATERNÁRIA EM  
IDOSOS: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Orientador(a): Prof. Dra. Lena Vania Carneiro Peres

Universidade Municipal de São Caetano do Sul  
Campus São Paulo

2020

PRODUTO

**Guia de orientações para  
profissionais de saúde  
sobre prevenção de  
iatrogenias em idosos**

## SUMÁRIO

1. Introdução: contextualização e intencionalidade.....	p.37
2. Conceitos.....	p.37
3. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA).....	p.38
4. Principais Síndromes Geriátricas.....	p.39
5. Eventos Iatrogênicos mais prevalentes em idosos.....	p.40
6. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos.....	p.40
7. Medidas de Prevenção Quaternária.....	p.41
8. Prevenção Quaternária e Educação Médica.....	p.41
9. A prática da não-maleficência.....	p.42
10. Referências Bibliográficas.....	p.44

### 1. Introdução

Diante do cenário de envelhecimento populacional brasileiro, com queda das taxas de natalidade e mortalidade, além do aumento de expectativa de vida, deparamo-nos com uma crescente população idosa, a qual, com características inerentes a sua senescência e, em meio ao aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, tem se mostrado público-alvo para ocorrência de eventos iatrogênicos.

Independente da heterogeneidade de causas que possam estar desencadeando esse processo, fato é que os eventos são cada vez mais numerosos, a ponto de figurarem como importante causa de morbimortalidade. Por esse motivo, reveste-se de fundamental importância o conhecimento do processo de envelhecimento por parte de médicos e demais profissionais de saúde, reconhecendo a finitude da vida e capacitando-se para lidar com essa parcela da população e seus familiares, em meio à avalanche de informações e apelos aos quais todos estamos expostos.

Abordar o paciente geriátrico de forma integral, em todas as suas nuances, é tarefa árdua, que só será possível utilizando o conhecimento técnico segundo o Princípio da Não-Maleficência, o que tem se revelado uma arte em meio à pressão por produtividade, aumento de demanda, acesso irrestrito à informação (fidedigna ou não), aprimoramento de recursos diagnósticos e terapêuticos e formação médica deficiente.

Enfim, este guia que se apresenta tem o desafio de abordar a problemática das iatrogenias e prevenção quaternária em idosos, destacando alguns aspectos técnicos que possam contribuir para a abordagem do problema. Almeja sensibilizar os profissionais da área da saúde para a magnitude do problema e, mais do que orientá-los de como proceder em determinadas situações, visa guiá-los para que não cometam alguns equívocos já sobejamente conhecidos.

## **2. Conceitos**

Neste item definiremos alguns conceitos fundamentais para a abordagem do tema proposto, os quais nortearão todas as discussões que se seguem.

► **IATROGENIA:** em tese, qualquer consequência (benéfica ou não) de conduta médica ou de outro profissional de saúde que tenha como alvo o paciente. Na prática, efeito nocivo ao paciente, advindo de prática médica cuidadosa, diligente, correta e recomendada, independente de previsibilidade ou controle do desfecho. É inerente às práticas de saúde.

► **ERRO MÉDICO:** consequência deletéria de ação médica que envolva negligência, imprudência ou imperícia. Imputa responsabilidade civil. Em comparação com iatrogenia, constata-se serem mutuamente excludentes.

► **PREVENÇÃO QUATERNÁRIA:** ações tomadas a fim de proteger os indivíduos de intervenções médicas passíveis de causarem mais dano que benefício. Deve permear todos os níveis de prevenção.

► **SENESCÊNCIA:** consiste no processo fisiológico de envelhecimento, com declínio gradativo da eficiência de todas as funções do organismo. Não deve ser

combatido, mas espera-se que os idosos promovam o autocuidado a fim de minimizar as perdas e garantir o equilíbrio biopsicossocial.

► **SENILIDADE:** processo em que as perdas físicas e cognitivas suplantam o declínio esperado em decorrência da senescência. É considerada morbidade e aumenta o risco de aquisição de comorbidades, bem como de mortalidade. Está prevista na Classificação Internacional das Doenças (CID) sob o código R54.

### **3. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)**

A avaliação geriátrica ampla consiste na sistematização da abordagem integral do idoso, considerando todas as especificidades que envolvem esse público-alvo.

Esse enfoque específico se justifica pelas alterações fisiológicas próprias, pelo maior risco de fragilidade, pelas Síndromes Geriátricas altamente prevalentes, pelas multimorbidades, pelos riscos de iatrogenias, pela necessidade de se adaptar as metas ao que é possível, pelas doenças muitas vezes ocultas e pela dificuldade de se lidar com prognósticos reservados e com a finitude da vida.

A avaliação cognitiva (atenção, juízo crítico, memória, raciocínio) é fundamental em todas as suas valências, independente das ferramentas utilizadas. O enfoque da consulta muda totalmente dependendo do grau de cognição, autonomia e dependência do idoso. A anamnese do idoso muitas vezes é realizada juntamente com a família, para que não se percam informações. É imprescindível que o paciente seja questionado sobre as medicações das quais faz uso por várias vezes e de forma diferente, pois a polimedicação é a grande vilã das iatrogenias. As queixas devem ser esmiuçadas em relação à frequência e intensidade com que acontecem, principalmente se houver possibilidade de serem atribuídas à própria senescência. Eventos de instalação abrupta sempre requerem maior atenção.

No exame físico, muitos déficits podem ser constatados, desde que o paciente se dirige até o consultório. É importante avaliar, além dos sinais vitais e parâmetros hemodinâmicos, o grau de funcionalidade do idoso.

Existem diversas escalas e ferramentas que podem ser aplicadas às mais diferentes etapas da avaliação geriátrica. A escolha destas cabe ao médico, dependendo da disponibilidade de tempo, espaço e do objetivo da consulta.

As condutas devem ser sempre compartilhadas e discutidas com o idoso e a família. Isso aumenta a legitimidade da relação, bem como atribui a devida corresponsabilidade pelo cuidado e resultados.

### **4. Principais Síndromes Geriátricas**

Para efeito didático, existem sete Síndromes (conjuntos de sinais e sintomas comuns a mais de uma morbidade) Geriátricas. Seu conhecimento é fundamental para

que seja realizada uma consulta efetiva, abordando o idoso de forma integral e ao mesmo tempo objetiva.

**I.Incapacidade cognitiva:** é o comprometimento das funções encefálicas superiores capaz de prejudicar a funcionalidade. A melhor forma de aferi-la é através da avaliação do prejuízo das Atividades de Vida Diária (AVD), básicas ou instrumentais. Suas principais etiologias, são: demência, delirium, depressão e doenças mentais. Definir a causa específica é importante, principalmente no caso de se tratar de fator reversível. Essa síndrome é fator limitante da autonomia.

**II.Incontinência urinária:** é a perda involuntária da urina. Tem incidência crescente com a idade e tem maior prevalência no sexo feminino. É classificada como: de estresse; de urgência; mista; por transbordamento. Reveste-se de suma importância a investigação da causa, não esquecendo de avaliar todas as medicações das quais o idoso faz uso. As diversas modalidades terapêuticas têm indicação precisa para cada caso.

**III.Instabilidade postural:** a importância desta Síndrome resulta exatamente em sua maior consequência: a queda. Esta é altamente prevalente em idosos, representa sua sexta causa mortis no mundo e responde por 40% das internações deste público-alvo. Além disso, a dificuldade em avaliar suas potenciais causas, ou mesmo negligenciá-las é flagrante. Qualquer desequilíbrio no tripé visão, sistema vestibular e proprioceptores pode deflagrar a instabilidade.

**IV.Imobilidade:** em linhas gerais, é qualquer limitação de movimento, mas sabe-se que quanto maior o grau de dependência gerado, pior é o prognóstico. As causas são múltiplas, variando desde uma síndrome neurodegenerativa insidiosa até um evento abrupto, como por exemplo um acidente vascular encefálico ou uma fratura de fêmur. As principais consequências são: estase venosa (úlceras, TVP) e pneumonia, por redução do volume corrente e hipersecreção brônquica.

**V.Incapacidade comunicativa:** pode afetar uma das quatro áreas que compõem as habilidades comunicativas: linguagem, audição, motricidade oral e voz. Representa importante causa de perda da independência, além de estar associado com isolamento social e depressão.

**VI.Insuficiência familiar:** talvez de todas as Síndromes seja a que requisite mais esforço interdisciplinar. A mudança na arquitetura das famílias, com diminuição da taxa de fecundidade, além da conquista do mercado de trabalho pela mulher, restringe as opções para prestação do cuidado ao idoso.

**VII.Iatrogenia:** ter sido incluída como Síndrome Geriátrica já denota, por si, a magnitude do problema. Os tipos mais comuns são: iatrofarmacogenia; internação

hospitalar; de comunicação; do silêncio; subdiagnóstico; cascata propedêutica; distanásia; excesso de tratamento; excesso de prevenção. O aspecto positivo é que talvez essa Síndrome seja a única curável, embora a abordagem das iatrogenias seja multifatorial.

## **5. Eventos iatrogênicos mais prevalentes em idosos**

Embora as causas sejam múltiplas e os cenários bastante heterogêneos (UTI, enfermaria, ILPI, ambulatório, domicílio...), os trabalhos são unânimes em apontar a polifarmácia como a principal etiologia, independente da prevalência de medicamentos potencialmente inapropriados. Eventos iatrogênicos relacionados à prevenção excessiva (sobrediagnóstico), bem como aos problemas de comunicação médico-paciente também são corriqueiros. Os pacientes internados são mais susceptíveis às iatrogenias.

## **6. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos**

Em virtude das peculiaridades tanto fisiológicas quanto mórbidas do público-alvo em questão, foram conduzidos diversos estudos no que diz respeito ao potencial iatrogênico dos medicamentos. Partindo do pressuposto de que os processos farmacocinéticos e farmacodinâmicos guardam diferenças em relação às demais faixas etárias, bem como o metabolismo do idoso é menos eficiente, foram apontados alguns fármacos, seja em monoterapia ou em associação, que devem ser evitados pelo potencial nocivo. Esses fármacos foram classificados em Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI).

Do ponto de vista científico, existem algumas escalas, as quais são periodicamente reavaliadas, que classificam as drogas em proscritas ou que devam ser empregadas com cautela. Muitas associações deletérias são descritas, com o intuito de serem evitadas na prática clínica. Existem diferenças pontuais entre as escalas. As mais utilizadas são: PRISCUS, Beers-Fick, START-STOPP.

No Brasil, foi divulgada uma lista adaptada, em 2016, considerando as especificidades do nosso público-alvo e do contexto que nos cerca, baseado em Beers e STOPP. Foram definidos 43 fármacos que devem ser evitados no idoso e 75 cuja eventual associação a outras drogas pode ser nocivo. As classes farmacológicas mais utilizadas no Brasil são: anti-inflamatórios não-esteroidais, benzodiazepínicos e anti-arrítmicos. Dentre as associações potencialmente inapropriadas, destacam-se Citalopran e Ácido Acetilsalicílico, além de Clopidogrel e Omeprazol.

## **7. Medidas de Prevenção Quaternária**

As medidas de prevenção quaternária têm natureza diversa, pois visam coibir as causas de iatrogenia. Partindo do pressuposto de que os eventos iatrogênicos são inerentes à prática clínica, essa tarefa revela-se bastante complexa.

Em linhas gerais, deve-se avaliar o paciente integralmente, em seus aspectos biopsicossociais. A construção de uma relação médico-paciente simétrica, com respeito e empatia mútuos, fortalece o vínculo, favorece a longitudinalidade do cuidado e adoção às condutas propostas de forma compartilhada. Esse é o primeiro passo.

Do ponto de vista técnico, deve-se sempre avaliar com parcimônia os avanços da ciência no que diz respeito à tecnologia diagnóstica e terapêutica. As metas no paciente idoso devem ser mais modestas, pois a assumpção de riscos deve ser criteriosamente calculada. Trabalha-se sempre com o possível; raramente com o ideal. Deve-se ponderar a necessidade de se chegar a um brilhante diagnóstico, tendo submetido o paciente a risco excessivo, se muitas vezes o prognóstico não irá se alterar e tampouco o mesmo terá condições de se submeter à terapêutica. Devemos lembrar também que pacientes e familiares, com acesso irrestrito à informação, exercem grande pressão sobre os médicos, a fim de que possam ter empregados recursos de vanguarda na condução de suas demandas.

As internações aumentam sobremaneira o risco de iatrogenias, motivo pelo qual devem ser restringidas ao tempo estritamente necessário. As condutas paramédicas, nesse caso, também são de suma importância, tanto no que diz respeito à técnica quanto à pertinência.

Quanto à população idosa hígida, que gravita na esfera da prevenção primária, as metas e parâmetros dos fatores de risco para doenças cardiovasculares devem ser flexíveis, evitando a medicalização em casos desnecessários e que ainda possam vir a desencadear uma cascata de eventos.

## **8. Prevenção Quaternária e Educação Médica**

A literatura médica ainda é incipiente no que diz respeito à prevenção quaternária e formação acadêmica. Raros são os artigos que abordam experiências nesse campo.

Contudo, com o advento das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Medicina, em 2014, essa realidade começa a mudar. As DCN prevêm inserção precoce dos acadêmicos nos campos de prática, além de determinarem que as investigações diagnósticas devem se basear nas melhores evidências científicas conforme a necessidade do indivíduo.

A tendência é que o assunto seja abordado de forma precoce (desde os primeiros anos do curso) e progressiva, sempre com objetivos educacionais claros, complementares e cada vez mais complexos. A possibilidade de associação da teoria com as experiências vividas nos campos de prática é estratégia prioritária. As metodologias ativas devem ser adotadas, em consonância com as DCN 2014, para

que o espírito crítico do aluno seja despertado. As abordagens podem se dar tanto no estudo individual como em pequenos grupos.

A temática em questão permite que sejam trabalhadas as mais diversas competências no aluno, tanto dentro da área de comunicação quanto em outras áreas técnicas, como: ética, epidemiologia e prevenção, suporte ao paciente, segurança do paciente, elaboração de protocolos clínicos, medicina baseada em evidências, trabalho em equipe, judicialização da saúde, dentre outros.

A avaliação do processo de aprendizagem dependerá exatamente das competências a serem avaliadas. Todavia, existe uma gama de ferramentas avaliativas, com especificidades capazes de fornecerem um conceito justo e fidedigno. Pacientes simulados, portfólio, registros de performance, discussões de caso, 360º feedback são alguns exemplos.

Em relação ao perfil docente, prerroga-se que detenha habilidades de comunicação e empatia tanto em relação a discentes quanto a pacientes; detenha experiência prática e mantenha-se atualizado e envolva-se de fato no aprimoramento da qualidade do cuidado.

## **9. A prática da não maleficência**

Neste tópico o intuito é apenas convidar o leitor a uma reflexão sobre o tipo de assistência que pretendemos prover aos nossos pacientes. Após anos de dedicação e esforços para formarmos-nos médicos, deparamo-nos com uma realidade bastante diferente dos livros e dos bancos acadêmicos. O mundo evolui, verdades são questionadas e transformadas em mentiras a todo tempo. A era da informação atropela os desavisados e até mesmo os saudosistas. A tecnologia nos faz sentir vergonha do passado.

Contudo, nossos valores, essência, os conhecimentos adquiridos e principalmente a experiência não são desprezíveis. Devemos sim nos manter atualizados a fim de prestarmos a assistência mais digna ao nosso paciente. Precisamos conhecer todos os potenciais riscos e traduzi-los ao alvo de nossa ação, para que ele reúna condições de tomar a melhor decisão. Nunca devemos impor nossa vontade, ainda que as escolhas dos pacientes possam nos parecer equivocadas. O respeito a sua autonomia também é um dos princípios éticos da nossa profissão.

Jamais devemos perder de vista os preceitos da boa medicina. Atualmente o grande risco está em sucumbir às novas descobertas sem as devidas reflexões e ponderação. Há um clamor para que condutas intervencionistas sejam adotadas de forma cada vez mais precoce e radical, como se combatêssemos o envelhecimento ou até mesmo necessitássemos de um perfeccionismo de resultados. Mas não funciona assim. O idoso deve ser conscientizado de todas as dificuldades inerentes à senescência e devemos apoiá-lo no enfrentamento destas questões.

Portanto, mais do que em relação a qualquer outro público-alvo, a relação risco-benefício deve ser criteriosamente avaliada, a despeito de pressões ou vaidades. Afinal, o primeiro dos princípios é o da Não-Maleficência.

Acreditar na medicina seria a suprema loucura se não acreditar nela não fosse uma maior ainda, pois desse acumular de erros, com o tempo, resultaram algumas verdades.

(Proust)

## **10. Referências bibliográficas**

- Gomes LF, Gusso G, Jamoulle M. O ensino e a aprendizagem da Prevenção Quaternária. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2015;10(35):1-14.
- Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary Prevention reviewing the concept. European Journal of General Practice. 2018;24(1):106-11.
- Moraes EN, Marino NCA, Santos RR. Principais Síndromes Geriátricas. Ver. Med. Minas Gerais. 2010;20(1):54-66.
- Ministério da Educação (BR). Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina. Brasília, 2014.
- Oliveira MG, Amorim WW, Oliveira CRB, Coqueiro HL, Gusmão LC, Passos LC. Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para idosos. Geriatr. Gerontol. Aging. 2016;1-14.