

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

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|-------|
| 1. Resumo | p.3 |
| 2. Abstract | p.4 |
| 3. Introdução | p.5 |
| 4. Método | p.8 |
| 5. Resultados e discussão | p.10 |
| 6. Conclusão | p.27 |
| 7. Referências Bibliográficas | p. 30 |
| 8. Anexo I | p.35 |

IATROGENIAS E PREVENÇÃO QUATERNÁRIA EM IDOSOS: REVISÃO
SISTEMÁTICA
IATROGENIES AND QUATERNARY PREVENTION IN ELDERLY: SYSTEMATIC
REVIEW

Luciano Franco Xavier*

RESUMO

Em meio às transições demográfica e epidemiológica vivenciadas nas últimas décadas, as Redes de Atenção à Saúde têm absorvido demanda crescente de idosos cada vez mais susceptíveis às diversas modalidades de iatrogenia, fenômeno de causas multifatoriais e com potencial latente inerente ao exercício profissional. Os objetivos desta revisão sistemática qualitativa são: contextualizar e dimensionar as iatrogenias em idosos; avaliar seus diferentes tipos de manifestação e fatores associados; destacar a importância das estratégias de prevenção quaternária. Foram selecionados 37 artigos dos iniciais 653 encontrados nas bases de dados SciELO, LILACS e BVS. Foram incluídos trabalhos recentes de diversas áreas da saúde, com métodos claros. Optou-se por excluir artigos que não especificassem abordagem com idosos. Os resultados foram divididos em 3 categorias: prática clínica; relação médico-paciente e longitudinalidade do cuidado; educação em saúde. Polimedicação teve a maior prevalência dentre as iatrogenias, incluindo medicamentos potencialmente inapropriados, segundo várias escalas. Anti-inflamatórios e antidepressivos foram as classes predominantes. Doenças crônicas, acompanhamento com vários médicos e autopercepção negativa da saúde estiveram associados. Relação médico-paciente assimétrica é fator de risco, assim como despreparo médico e excesso de demanda. Sobrediagnóstico e medicalização têm aumentado devido ao maior rigor do conceito de saúde proporcionado pela evolução tecnológica. Existe desconhecimento quanto ao conceito de prevenção quaternária, o qual não integra o currículo médico, apesar de permear os demais níveis de prevenção. Há necessidade de proporcionar condições de trabalho aos médicos e equipes para abordagem integral e humanizada, ponderando condutas, a fim de aumentar eficiência e reduzir riscos. A inserção precoce do tema nas faculdades é desejável.

Palavras-chave: Doença iatrogênica. Idosos. Polimedicação. Prevenção Quaternária.

ABSTRACT

With the demographic and epidemiological transition experienced in the last decades, Health Care Networks have had to attend to an increasing number of elderly people. This population is more susceptible to different types of iatrogenesis, a phenomenon potentially inherent to the professional practice, and which has multifactorial causes. The main aims of this qualitative systematic review were: to contextualize and dimension iatrogenies in the elderly; to assess their different types of manifestation and associated factors; and to highlight the importance of quaternary prevention strategies. From 653 articles initially found in SciELO, LILACS and VHL databases, 37 were selected for this work. Recent researches from different health areas were included, using objective methods. Articles that did not specify an approach to the elderly were excluded from our review. The results were divided into 3 categories: clinical practice; doctor-patient relationship and longitudinal care; and health education. Polymedication showed the highest prevalence among iatrogenies, including the prescription of potentially inappropriate medicine, according to various scales, especially anti-inflammatory and antidepressant drugs. Chronic diseases, follow-up with several doctors and negative self-perception of health were associated factors. Asymmetric doctor-patient relationship proved to be a risk factor, as well as the lack of medical qualification and an excessive demand. Overdiagnosis and medicalization have increased lately due to the greater stringency of the concept of health, made possible due to technological developments. There is a lack of knowledge about the concept of quaternary prevention, which is not part of the medical curriculum, despite permeating other levels of prevention. There is a need to provide better working conditions to doctors and teams allowing for a comprehensive and humanized approach, balancing behaviors and procedures, in order to increase efficiency and reduce risks. The early inclusion of the topic in college courses is highly desirable.

Keywords: Iatrogenic disease. Elderly. Polymedication. Quaternary prevention.

1.INTRODUÇÃO

Já há alguns anos temos vivenciado um processo de transição demográfica no Brasil, o qual é caracterizado pelo aumento do número de idosos, tanto em termos absolutos, - decorrente da diminuição da taxa de mortalidade e aumento da expectativa de vida - quanto relativo - atribuído à persistente queda da taxa de natalidade. Essas mudanças sustentadas em nossa pirâmide etária, traduzidas graficamente pelo estreitamento da base e alargamento do topo, transformam o perfil de morbimortalidade causando, mais especificamente, declínio da incidência de doenças infectocontagiosas e incremento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O cenário de transição epidemiológica aliado aos avanços tecnológicos na área da saúde trazem consigo a valorização dos aspectos preventivos, em seus diferentes níveis (PEREIRA, 2015).

Em estudo publicado em 2013, CAMPOLINA et al. avaliaram que as enfermidades com maior impacto sobre a expectativa de vida livre de incapacidade da população brasileira são, em ordem decrescente de importância: doença cardíaca, Diabetes mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

A população idosa crescente e gradativamente mais longeva sofre diretamente os impactos deste novo perfil de doenças. As características e riscos inerentes a sua senescência, - alterações fisiológicas que acontecem de forma gradativa, cumulativa e inexorável em todos os sistemas do organismo, com peculiaridades relacionadas à herança genética e ao estilo de vida (FECHINE, 2012), - aliadas ao conceito individual de fragilidade, que reflete a menor capacidade adaptativa aos eventos agressores, tornando-o vulnerável a desfechos adversos (quedas, hospitalizações, incapacidades e morte) explicam essa maior predisposição (FRIED, 2009). Além disso, a cultura crescente de prevenção e intervencionismo determinados pela ciência através de parâmetros diagnósticos e terapêuticos cada vez mais rígidos, bem como a veiculação maciça, indiscriminada e irrefreável de informações nem sempre fidedignas corroboram com esse protagonismo. Como se não bastasse, a formação médica ilustrada por conteúdos programáticos com pouca ênfase em conceitos básicos e mais voltada à especialização, amplia o cenário (GARCIA JR., 2019).

Em meio ao panorama descrito, é fundamental que alguns conceitos sejam aqui esclarecidos. Primeiramente, vale ressaltar que o modelo proposto por Leavell & Clark, em 1976, destaca três níveis de prevenção, sendo o primário responsável por

propor medidas a fim de evitar o estabelecimento de doença, enquanto o nível secundário almeja tanto o diagnóstico quanto a terapêutica de início precoce. A cargo do nível terciário, ficam as ações referentes à recuperação do indivíduo, com prevenção de sequelas e incapacidades. Este modelo, contudo, é amplamente revisitado e rediscutido, sendo que algumas contribuições têm sido trazidas à tona nos últimos anos.

O conceito de prevenção primordial é complementar à prevenção primária, confundindo-se com esta muitas vezes. Está relacionado estritamente às doenças crônico-degenerativas, visando controlar hábitos que potencialmente possam desencadear doenças, como tabagismo e sedentarismo. De forma objetiva, seria o controle dos fatores de risco (ALMEIDA, 2005).

O protagonista deste grande debate, contudo, tem sido o conceito de prevenção quaternária. Oriundo das práticas de Medicina de Família e Comunidade (MFC), no seio da Atenção Primária à Saúde (APS), diz respeito ao controle das intervenções médicas e das equipes de saúde que possam vir a gerar efeitos adversos aos pacientes. Segundo JAMOULLE, 1986, em definição adotada posteriormente (2003) pela *World Organization of Family Doctors (WONCA)*, a prevenção quaternária consiste em um conjunto de ações voltadas à identificação de pacientes em risco de sobremedicalização, a fim de protegê-los e propor-lhes intervenções eticamente aceitáveis (BENTZEN, 2003). Envolve a associação de dois conceitos: cultura ou sensação de doença (*illness*), aspecto subjetivo e ligado ao paciente; a doença propriamente dita (*disease*), comprovada cientificamente, atribuição ligada aos médicos. JAMOULLE afirmou, originariamente, que os pacientes passíveis de prevenção quaternária restringiam-se ao perfil de presença de sensação da doença, sem constatação clínica da mesma, correspondendo a apenas um dos quatro campos do relacionamento pessoa-médico, proposto pelo próprio autor. Os outros três campos contemplariam os demais níveis de prevenção, a saber: prevenção primária: ausência de sensação de doença e de doença manifesta; secundária: ausência de sensação de doença e presença de doença manifesta; terciária: presença de sensação de doença e de doença manifesta.

Este importante conceito foi revisto em 2018, tendo sido proposta sua ampliação, pois na prática clínica observa-se que a prevenção quaternária perspassa todos os outros níveis e deve estar presente em toda interação equipe de saúde -

paciente. Mediante a revisão citada, prevenção quaternária passou a representar a adoção de medidas voltadas à proteção dos indivíduos contra ações médicas que possam trazer mais dano do que benefício (MARTINS C, 2018). O novo conceito visa abarcar de forma irrestrita todas as possibilidades de iatrogenias, combatendo a promoção da doença (*disease mongering*).

Outro ponto fundamental do presente trabalho diz respeito às iatrogenias. Do ponto de vista etimológico, deriva do grego, sendo que *iatrós* significa médico ou remédio, enquanto *genáo* é aquele que gera, produtor. O sufixo *ia* designa qualidade. A rigor, o significado se refere a qualquer ação ou atitude do médico. Na prática, entretanto, o vocábulo é empregado com o sentido de qualquer resultado negativo, físico ou psíquico, produzido pela ação médica ou de outro profissional de saúde ao paciente (CARVALHO-FILHO, 1996). Em sendo a iatrogenia resultado de um procedimento diligente, recomendado e cuidadoso, independente de apresentar consequências previsíveis, controláveis e evitáveis, infere-se que todo médico está sujeito a tal ocorrência, sendo estes eventos inerentes a sua prática laboral. Aliás, vários são os tipos de iatrogenias, bem como as possibilidades de cometê-las. De forma sucinta, podem ser classificadas quanto a: modelo biomédico, relação médico-paciente, condições de trabalho e formação médica (TAVARES, 2007).

Na esfera do direito, o termo em questão assume caráter polissêmico devendo, necessariamente ser diferenciado de erro médico, pelo fato de este imputar responsabilidade civil e pressupor negligência, imprudência ou imperícia. Embora alguns autores jurídicos não façam essa distinção, a corrente predominante - cuja linha de pensamento será utilizada nesta revisão - aborda o termo como consequência natural da evolução da ciência, sendo iatrogenia e erro médico inconciliáveis e mutuamente excludentes (ARAÚJO, 2017).

Dentro desse contexto, a escolha pelo tema desta revisão considerou o problema do crescente número de iatrogenias envolvendo idosos, com abundância de eventos e óbitos no Brasil e no mundo (COUTO, 2018), com impacto biopsicossocial e socioeconômico, individual e coletivo, a ponto de as iatrogenias serem hoje classificadas como uma das sete grandes Síndromes Geriátricas. Essa classificação considera as principais alterações do envelhecimento fisiológico e seus limites com a senilidade, bem como visa proporcionar uma abordagem integral considerando as peculiaridades do paciente geriátrico (MORAES, 2010).

Sob a hipótese de que o aumento das iatrogenias é evento multifatorial - aspectos demográficos e epidemiológicos, limites entre senescência e senilidade, formação médica, processos de trabalho e gestão de serviços de saúde, atuação interdisciplinar, acesso à informação, disponibilidade de tecnologias diagnósticas e terapêuticas de vanguarda e culto à prevenção - e, portanto, sua análise e abordagem, bem como a implantação de medidas de prevenção quaternária envidam esforços coletivos, a presente revisão tem por objetivo precípuo contextualizar e dimensionar as iatrogenias relacionadas a idosos. Especificamente, apontar seus tipos mais prevalentes e respectivas causas, destacar a importância das estratégias de prevenção quaternária e elaborar um guia técnico sobre o tema, com conceitos e orientações voltados aos profissionais de saúde.

2. MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, do tipo descritivo, cujo delineamento construiu-se através de revisão sistemática da literatura realizada durante os meses de março e abril de 2020, nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library on Line (SciELO), LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A estratégia de busca baseou-se na conjugação dos seguintes descritores, todos em consonância com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Idosos”, “Doença iatrogênica”, “Polimedicação” e “Prevenção Quaternária”. Foram feitas combinações entre eles, utilizando os operadores booleanos “OR” ou “AND”.

Vale salientar, no que diz respeito do descritor “polimedicação” que, embora ainda haja controvérsias quanto a sua definição na literatura, o conceito mais utilizado nos artigos avaliados é o uso concomitante de cinco ou mais fármacos, ainda que em 2019 a Organização Mundial de Saúde, por ocasião do 3º Desafio Global de Segurança do Paciente, tenha estipulado o parâmetro de quatro fármacos concomitantes por paciente (WHO, 2019). O termo polifarmácia é empregado como sinônimo em alguns trabalhos.

A estratégia de busca matriz utilizada, escrita na linguagem para LILACS, pode ser observada no Quadro 1.

Quadro 1 – Estratégia de busca matriz para LILACS

| | |
|----|--|
| #1 | MH 😞 (“Idoso”) OR MH 😞 (“Aged”) OR MH 😞 (“Anciano”) OR TW 😞 (“Idosos”) OR TW 😞 (“Pessoa Idosa”) OR TW 😞 (“Pessoa de Idade”) OR TW 😞 (“Pessoas Idosas”) OR TW 😞 (“Pessoas de Idade”) OR TW 😞 (“População Idosa”) OR MH 😞 (M01.060.116.100*) |
| #2 | MH 😞 (“Doença Iatrogênica”) OR MH 😞 (“Iatrogenic Disease”) OR MH 😞 (“Enfermedad Iatrogénica”) OR TW 😞 (“Iatrogenia”) OR TW 😞 (“Iatropatogenia”) OR MH 😞 (C23.550.291.875*) |
| #3 | MH 😞 (“Polimedicação”) OR MH 😞 (“Polypharmacy”) OR MH 😞 (“Polifarmacia”) OR TW 😞 (“Plurimedicação”) OR TW 😞 (“Polifármacos”) OR MH 😞 (E02.319.698*) |
| #4 | MH 😞 (“Prevenção Quaternária”) OR MH 😞 (“Quaternary Prevention”) OR MH 😞 (“Prevención Cuaternaria”) OR MH 😞 (SP2.026.197*) |
| #5 | #1 AND #2 AND #3 AND #4 |

Fonte: o autor

Os artigos identificados nas bases de dados foram inseridos em um gerenciador de referências. Os estudos foram inicialmente avaliados quanto à elegibilidade pelo título e resumo e, posteriormente, pela leitura do texto completo dos estudos considerados previamente elegíveis. Todo o processo de seleção foi conduzido por avaliador único. Os estudos incluídos foram apreciados quanto ao seu conteúdo e os dados relevantes foram extraídos para uma ficha com as suas características. A síntese dos achados foi feita de forma qualitativa, com descrição das informações relevantes dos estudos incluídos, sem combinação estatística.

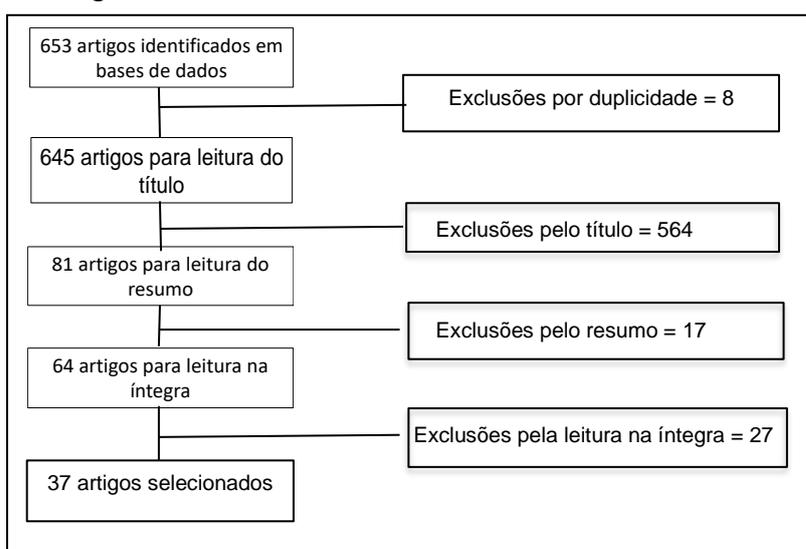
No que tange aos critérios de inclusão, foram considerados artigos que contêm abordagem, se não exclusiva, específica para idosos, com resultados bem delimitados em relação a esse público-alvo. Pelo fato de o tema em questão não se restringir ao sistema de saúde brasileiro, também foram admitidos artigos estrangeiros, tendo sido feitas eventuais ressalvas que possibilitassem termo de comparação, quando necessário. O ecletismo interdisciplinar do tema contribuiu para que fossem selecionados artigos de outros profissionais da área da saúde, além dos médicos. Essa iniciativa auxiliou no esclarecimento de conteúdos com os quais os médicos nem sempre estão muito familiarizados, embora permeiem seu exercício profissional, além de fortalecer a ideia de abordagem integral. Eventual heterogeneidade nos tipos de estudo, bem como nos objetivos deve-se, portanto, à complexidade do tema e ao seu caráter interdisciplinar e polissêmico, possibilitando múltiplos enfoques.

No aspecto cronológico, foram priorizadas referências atuais, restritas aos últimos dez anos, as quais perfazem a quase totalidade do que foi selecionado. Considerando a recente definição de alguns conceitos pertinentes ao tema, bem como o grande volume de publicações na área, optou-se por esse expediente.

Como critérios de exclusão, foram considerados: conflito de interesse declarado pelo autor, artigos sem resumo, indisponibilidade do texto na íntegra, falta de clareza quanto aos métodos utilizados e ausência de abordagem específica em relação aos idosos.

A figura 1 ilustra o fluxograma PRISMA (Preferred Reported Items for Systematic Reviews and Meta-analyses), o qual explicita os passos da seleção, desde a busca nas bases de dados até a inclusão final dos artigos, de acordo com os critérios expostos anteriormente.

Fluxograma PRISMA



Fonte: o autor

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como já exposto anteriormente, o assunto mantém-se atual e permite múltiplas abordagens, realizadas por autores com diferentes perfis. Por esse motivo, os trinta e sete artigos efetivamente selecionados nesta revisão sistemática foram divididos em três categorias, de acordo com o enfoque considerado para o tema da prevenção quaternária e iatrogenias: prática clínica (subdividida em médicos - 22 ou outros

profissionais da área da saúde - 4); relação médico paciente e longitudinalidade do cuidado - 7; educação médica - 4.

Os resultados estão descritos no quadro-síntese abaixo:

Síntese dos artigos selecionados

| REFERÊNCIA (autor principal e ano de publicação) | OBJETIVOS | TIPO DE ESTUDO | AMOSTRA | LOCAL | RESULTADOS |
|---|--|---|---------|---------------------|---|
| Prática clínica | | | | | |
| Médicos | | | | | |
| ALMEIDA NA; 2017 | Avaliar a prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos | Transversal | 573 | Cuiabá – MT | Prevalência de polimedicação = 10,3%; associações: morar acompanhado, DCV, DM2; dificuldade financeira para aquisição |
| ASCAR, GI; 2015 | Relacionar polifarmácia e número de especialistas consultados por idosos | Observacional, transversal, prospectivo e analítico | 182 | Córdoba – Argentina | 49% têm mais de uma doença; fármacos/paciente=4,18; variando de 1,75 (apenas o generalista); 8,14 (4 especialistas) |
| BALDONI, AB – 2013 | Identificar fatores associados à polifarmácia em idosos ambulatoriais | Transversal | 1000 | Ribeirão Preto – SP | Média de 7 fármacos/paciente; associações: mulheres maiores de 75 anos, automedicação, comorbidades, nº de consultas médicas, sedentarismo, uso sem prescrição médica, uso de psicotrópicos, uso de adoçantes |
| CALVIÑO LC; 2017 | Descrever o efeito cascata decorrente da polimedicação em idosos | Descritivo, longitudinal, prospectivo | 52 | Santiago – Cuba | O efeito cascata teve associação positiva nos idosos que apresentavam 3 ou mais comorbidades |

| | | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------------|-----|---|---|
| CARNEIRO JÁ; 2018 | Estimar prevalência de polifarmácia em idosos comunitários e identificar associações | Transversal | 686 | Montes Claros – MG | Prevalência de polifarmácia=23,5%; associações: HAS, DM2, DCV, AVE, fragilidade e analfabetismo |
| CAVALCANTI G; 2017 | Verificar associação entre: multimorbidade, autopercepção de saúde e polifarmácia em idosos | Transversal | 676 | Município de pequeno porte do Rio Grande do Sul | As multimorbidades apresentaram associação positiva com autopercepção ruim da saúde e polifarmácia (presente em 37,1%) |
| COSTA, GM; 2017 | Identificar perfil medicamentoso, prevalência e fatores associados à polifarmacoterapia em idosos vinculados à ESF | Documental, transversal, qualitativo | 211 | Brazlândia – DF | Prevalência de polifarmacoterapia=29,4%, sendo que 26,5% utilizam 3 classes medicamentosas diferentes; associações: DM, DCV, uso de anti-hipertensivos |
| FABER LM; 2017 | Relacionar depressão, declínio cognitivo e consumo de medicamentos em idosos institucionalizados | Transversal | 52 | Marília-SP | Embora tenha havido associação entre depressão e declínio cognitivo, não houve relação dessas duas variáveis com consumo de medicamentos |
| FIGUEIREDO MFS; 2017 | Compreender as solicitações de exames para idosos pelos médicos da APS/ESF | Qualitativo, análise de discurso | 13 | Montes Claros – MG | Solicitações de exames são influenciadas por: formação profissional, características da ESF, possibilidade de gestão do tempo, trabalho multiprofissional, pressão de pacientes e cerceamento de gestores |

| | | | | | |
|-------------------|---|----------------------------|-----|---------------------|--|
| GANASSIN AR; 2014 | Avaliar o uso de medicamentos por idosos institucionalizados, segundo critérios de Beers-Fick | Longitudinal prospectivo | 133 | Campo Grande – MS | A prevalência de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados foi 47,96%; houve predomínio do sexo feminino e os anti-histamínicos foram os MPI mais utilizados |
| GORZONI ML; 2012 | Comparar PRISCUS e Beers-Fick na detecção de MPI na 1ª consulta ambulatorial geriátrica | Transversal retrospectivo | 100 | São Paulo – SP | Associação de mulheres com BZD e homens com salicilatos. Beers-Fick=0,5-0,7MPI/paciente e PRISCUS=0,7-0,8MPI/paciente; sem significância estatística entre os métodos |
| LOPES LM; 2016 | Avaliar a frequência de MPI em idosos no domicílio | Transversal, retrospectivo | 190 | Belo Horizonte – MG | MPI apresentou prevalência de 44,2% e está associado a polifarmácia e multimorbidade; AINES benzodiazepínicos e antidepressivos foram as classes mais utilizadas |
| LUCCHETTI G; 2010 | Avaliar os fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos institucionalizados | Transversal, retrospectivo | 209 | São Paulo – SP | 58,9% dos idosos fazia uso de psicofármacos; houve associação entre uso de neurolépticos e demência; uso de antidepressivos associou-se com polifarmácia |
| MARTINS VS; 2016 | Avaliar exposição a MPI e associações em idosos | Transversal | 207 | São Paulo – SP | Ambos associaram polifarmácia a PIM; STOPP(44,4%) detectou mais PIMs que |

| | | | | | |
|--------------------|--|-------------|------|-----------------------------------|---|
| | ambulatoriais com doenças crônicas | | | | Beers(16%), principalmente no campo das doenças endócrinas |
| MARTINS, GA; 2015 | Avaliar uso de MPI entre idosos e fatores associados segundo Beers e STOPP | Transversal | 621 | Viçosa – MG | Prevalência similar de MPI: 44%; associação de uso de MPI com sexo feminino e polifarmácia em ambos os critérios; STOPP associou também à percepção regular de saúde |
| PAGNO AR; 2010 | Investigar potenciais interações medicamentosas e iatrogenias como fatores associados à fragilidade no idoso | Transversal | 554 | Município da região sul do Brasil | Associação de aumento de risco de fragilidade com: polifarmácia, MPI e interações medicamentosas |
| PEREIRA KG; 2017 | Investigar prevalência de polifarmácia e fatores associados em idosos residentes em Florianópolis - SC | Transversal | 1705 | Florianópolis – SC | Prevalência de polifarmácia=32%; média de uso de medicamentos/ idoso=3,8; associações: sexo feminino, aumento da idade, autoavaliação negativa da saúde; consulta médica nos 3 meses que antecederam o estudo |
| RESENDE ACGD; 2017 | Verificar a frequência de prescrições iatrogênicas em idosos segundo Beers | Transversal | 243 | Barbacena – MG | Média de 3,4 fármacos/idoso; fatores de risco para uso de fármacos potencialmente iatrogênicos: escolaridade, uso de bebida alcoólica e |

| | | | | | |
|--------------------|---|---------------------------|-----------------------------------|----------------|--|
| | | | | | internação nos últimos 3 anos |
| SALAZAR, MB; 2016 | Identificar as principais interações medicamentosas e fatores associados em idosos demenciados | Transversal | 181 | México | 35,36% com potenciais interações medicamentosas severas; depressão, polimedicação, demência severa e sobrecarga de cuidador mostraram-se fatores de risco |
| SALCHER EBM; 2018 | Verificar associação entre MPI e moradia, condições de saúde, hábitos de vida e capacidade funcional de idosos de zona urbana e rural | Transversal | 313 | Estação – RS | Prevalência de 49,2% de MPI; associação com: dor, quedas, atividade física, distúrbios do sono, DM, nervosismo, depressão, atividades básicas de vida diária, problemas cardíacos; AINES, antiarrítmicos, benzodiazepínicos prevaleceram |
| SILVESTRE SD; 2019 | Comparar a prescrição de medicamentos em idosos usuários do SUS e da saúde suplementar segundo Beers | Documental, quantitativo | SUS=532; Saúde suplementar=239 | - | Polimedicação e MPI são mais comuns na saúde suplementar; a natureza dos fármacos também difere entre as duas esferas |
| SZLEJF C; 2018 | Determinar os principais fatores relacionados à ocorrência de iatrogenias em enfermagem geriátrica | Longitudinal, prospectivo | 467 | São Paulo – SP | Média de 1,41 eventos iatrogênicos/paciente; incidência de 25,9%; associações: tempo de internação, polimedicação, instabilidade postural; delirium; iatrogenia aumentou risco de óbito |

| | | | | | |
|-----------------------------|--|---|-----|----------------|--|
| | | | | | em 71% durante internação; prescrições de medicamentos lideram as iatrogenias, seguidas de quedas e úlceras |
| Outros profissionais | | | | | |
| MARQUES LFG; 2014 | Discutir o gerenciamento da segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar | Revisão Bibliográfica | - | - | Atuação interdisciplinar na desospitalização reduz risco de iatrogenia medicamentosa e aumenta a segurança do paciente. |
| RAMOS EM; 2013 | Identificar as complicações iatrogênicas relacionadas à enfermagem com idosos na emergência de hospital público | Quantitativo, descritivo | 263 | Recife – PE | 17% dos procedimentos contiveram iatrogenias, principalmente relacionado à punção venosa e infusão de fármacos; auxiliares de enfermagem estiveram envolvidos em 95,2% dos casos |
| RIPARDO ND; 2019 | Analisar a ocorrência de iatrogenias relacionadas ao cuidado de enfermagem a idosos internados em hospital de ensino | Exploratório-descriptivo, Documental, retrospectivo | 100 | Fortaleza – CE | Prevalência de iatrogenias = 11%, sendo as mais comuns os problemas com acesso venoso periférico e risco de quedas; tempo de internação mostrou associação com iatrogenias |
| SANTOS JC; 2009 | Identificar as principais iatrogenias em idosos internados em enfermaria de H. Universitário | Transversal, abordagem quantitativa | 100 | Campinas – SP | A prevalência de iatrogenias foi de 26%, sendo mais prevalentes as relacionadas a acesso venoso |

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|------------|---|---|
| | | | | | periférico, úlceras por pressão e quedas |
| Relação médico-paciente e longitudinalidade do cuidado | | | | | |
| BITTENCOURT MGF; 2018 | Esclarecer o conceito de iatrogenia e suas conexões com a relação médico-paciente | Revisão Sistemática | 10 artigos | - | A relação médico-paciente é construção trabalhosa que envolve encadeamento complexo e requer esforço de ambas as partes; os conceitos devem constar no currículo médico para redução de iatrogenias |
| CARDOSO RV; 2015 | Discutir conceito de medicalização e seus determinantes | Revisão | - | - | A prevenção quaternária reposiciona o objeto central das práticas em saúde no doente, e não na doença |
| MATURO A; 2012 | Ilustrar os conceitos de medicalização, pharmaceuticalização e sociedade biônica | Revisão | - | - | O aprimoramento humano se baseia em conceitos cada vez mais rígidos de saúde, com emprego de tecnologia dura |
| SCHMIDT E; 2011 | Entender os desdobramentos da relação médico-paciente | Revisão | - | - | Todo profissional de saúde tem potencial iatrogênico e os fenômenos de transferência e contratransferência exemplificam riscos de iatrogenia na relação médico-paciente |
| SEIXAS CT; 2019 | Problematizar a potência do vínculo para reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde | Qualitativa, abordagem cartográfica | - | - | Trabalhadores e usuários devem buscar uma relação simétrica, respeitadas as diferenças, construída de dentro para fora |

| | | | | | |
|--------------------------|---|-----------------------|----------------------------|---|--|
| TESSER CD; 2012 | Discutir o conceito de prevenção quaternária e sua contribuição para a humanização na APS | Revisão | - | - | A prática criteriosa da prevenção quaternária pode prejudicar a construção de vínculo médico-paciente, ou até mesmo dificultar o exercício da humanização |
| TESSER, C.D.; 2019 | Analisar a ocorrência e meios de prevenção da sobremedicalização | Revisão | - | - | Ações efetivas para coibir a sobremedicalização: escuta qualificada, uso racional de exames complementares, reconhecer limites diagnósticos e terapêuticos |
| Educação em saúde | | | | | |
| ALMENAS M; 2018 | Desenvolver estratégia para promover e disseminar a prevenção quaternária | Pesquisa exploratória | 309 profissionais de saúde | - | A maioria dos profissionais entrevistados (69%) conheciam a Prevenção Quaternária; 92% disseram não ser atributo específico da MFC |
| GARCIA JR. CAS; 2019 | Avaliar o panorama da prevenção quaternária no ensino médico após advento das DCN 2014 | Revisão integrativa | 9 artigos | - | Apenas 3 artigos fazem menção à educação médica no que tange à prevenção quaternária, o que constata a deficiência curricular |
| GOMES LF; 2015 | Apresentar diferentes técnicas e habilidades necessárias ao processo ensino-aprendizagem da | Descritivo | - | - | O risco é transformar a prevenção quaternária em item político, não atribuindo a ela o devido peso acadêmico e afastando os alunos dessa questão |

| | | | | | |
|---------------------|---|-------------|-----|---|--|
| | prevenção quaternária | | | | |
| MORESKI LK; 2019 | Avaliar a percepção dos acadêmicos de medicina quanto à Prevenção Quaternária | Qualitativo | 183 | - | Constatou-se haver necessidade de inclusão do tema prevenção quaternária na grade curricular, uma vez que a percepção dos acadêmicos é superficial |

Fonte: o autor

3.1. Prática clínica

A maioria das referências selecionadas alude aos eventos iatrogênicos ligados à prática médica, principalmente no contexto de prescrição de medicamentos. As reações adversas a medicamentos (RAM) são o evento iatrogênico mais comum, além de crescente (OLIVEIRA, 2016). Em geral, esses estudos buscaram aferir a prevalência de polifarmácia, além de detectar associações desse fenômeno com diversas variáveis.

A prevalência de polifarmácia nos estudos considerados variou de 10,3% (ALMEIDA, 2017) a 47,9% (BALDONI, 2013). Outro importante indicador acerca dessa questão é a média de fármacos diários utilizados concomitantemente pelos idosos. Nessa questão, os extremos encontrados foram: 3,8 fármacos/idoso/dia (PEREIRA 2017) e 7,0 fármacos/idoso/dia (BALDONI, 2013).

Considerando as variáveis associadas ao aumento da polifarmácia, a mais citadas foi a existência de DCNT, principalmente o Diabetes mellitus (ALMEIDA, 2017; CARNEIRO, 2018; COSTA, 2017). Muitas outras variáveis também foram lembradas, como: sexo feminino, automedicação, uso de psicotrópicos, uso de adoçantes, número de consultas médicas recentes, fragilidade, analfabetismo, sedentarismo, morar acompanhado e autopercepção negativa das condições de saúde. Ascar, 2015, constata associação positiva entre a quantidade de fármacos administrados diariamente a idosos e o número de especialistas visitados por esses idosos no sistema de saúde, explicitando que para pacientes em acompanhamento com três ou mais especialistas há aumento de 365% na quantidade de medicamentos diários quando comparados àqueles acompanhados apenas por generalistas.

ALMEIDA, 2017, deparou-se com uma associação paradoxal: dificuldade financeira do idoso em adquirir fármacos e aumento da polimedicação. A hipótese aventada para esse achado é que esse público-alvo, não encontrando os fármacos na rede pública de saúde de forma gratuita, ao procurarem as farmácias adquirem medicamentos além dos prescritos, o que piora ainda mais a dificuldade financeira, incentiva a subutilização, diminui os resultados e perpetua a cascata iatrogênica, desencadeando a automedicação. A respeito da cascata iatrogênica, CALVIÑO, 2015, define-a como o emprego sucessivo de fármacos com intuito de tratar efeitos adversos de outros fármacos. Em seu estudo realizado com cinquenta e dois idosos em uma policlínica cubana, associou tal fenômeno aos idosos que apresentavam três ou mais morbidades e eram acompanhados, minimamente, por dois médicos.

Outro dado interessante foi a ausência de associação de polifarmácia, tanto com depressão quanto com declínio cognitivo, embora esta última variável tenha sugerido relação estatisticamente significativa com a depressão, fortalecendo a hipótese de tal declínio ser consequência do estado depressivo.

Uma relevante associação, apontada por muitos dos autores selecionados (LOPES, 2016; MARTINS VS, 2016; MARTINS GA, 2015; PAGNO, 2010; SALAZAR, 2016), diz respeito à polimedicação e ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI). O conceito de MPI, que é aquele que oferece risco seja em monoterapia ou associado, foi usado corriqueiramente, com os fármacos sendo classificados de acordo com os critérios de Beers-Fick, PRISCUS e/ou STOPP (Screening Tool Of Older Person's Prescriptions), dependendo do artigo. Basicamente, essas escalas separam os grupos de medicamentos e classificam-nos quanto ao risco de administração para idosos (baseados em estudos prévios), seja em monoterapia ou associações. Categorizam as classes farmacológicas em apropriados, inapropriados ou uso com ressalvas. São revistas periodicamente e apresentam diferenças pontuais entre si.

Quanto à utilização de MPI, as prevalências variaram de 16% (MARTINS VS, 2016) a 49,2% (SALCHER, 2018), ambos segundo os critérios de Beers-Fick. Além de ter sido constatada associação entre polifarmácia e MPI (LOPES, 2016; MARTINS VS, 2016; MARTINS GA, 2015; SALAZAR, 2016), verificou-se que algumas associações feitas entre os fatores de risco para polimedicação são extensivas aos MPI: sexo feminino e autopercepção negativa das condições de saúde (MARTINS GA,

2015), DCNT (SALCHER, 2018). Outras associações estatisticamente significativas em relação à MPI, foram: uso de bebida alcoólica, internações nos últimos 3 anos, menor nível de escolaridade (RESENDE, 2017), depressão, demência severa e sobrecarga de cuidador (SALAZAR, 2016), dor, instabilidade postural e distúrbios do sono (SALCHER, 2018).

No que concerne às classes dos MPI mais frequentemente utilizadas, os benzodiazepínicos e os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) são citados tanto por LOPES, 2016 (o qual também menciona antidepressivos), quanto por SALCHER, 2018, que aponta também os antiarrítmicos. Dentre as interações medicamentosas severas, Citalopran e Ácido Acetilsalicílico (AAS); Clopidogrel e Omeprazol apresentaram prevalência significativa (SALAZAR, 2016).

Alguns estudos objetivaram comparar os critérios de MPI em relação às interações e respectiva frequência. Nessa linha de pesquisa, GORZONI, 2012, não verificou diferença significativa entre Beers e PRISCUS na primeira consulta de avaliação geriátrica, após analisar amostra de cem indivíduos. Concluiu que ambos são efetivos, porém desconhecidos pelos médicos. MARTINS GA, 2015, também não constatou diferença com relevância estatística em amostra de 621 idosos, no que tange a fatores associados a MPI, empregando Beers e STOPP. Já MARTINS VS, 2016, numa amostra de 207 idosos, obteve 44,4% de prevalência de MPI com critérios STOPP e 16% segundo Beers. A diferença residiu principalmente na avaliação de medicamentos relacionados a distúrbios endocrinológicos.

Silvestre, 2019, comparou o uso de fármacos entre idosos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) - 532 - e saúde suplementar - 239, segundo os critérios de Beers. A prevalência de polimedicação na saúde suplementar supera a esfera pública em 44%, havendo também diferenças entre os tipos de MPI: no SUS prevalecem AINES, sulfonilureias e nifedipino; no âmbito privado, relaxantes musculoesqueléticos, estrogênios, amiodarona e doxazosina.

Adentrando o campo diagnóstico, treze médicos de Montes Claros foram questionados quanto aos fatores que lhes impelem a solicitar exames na prática da Atenção Primária à Saúde. Foram elencados: formação profissional, características da equipe e estrutura, possibilidade de gestão do tempo, trabalho multiprofissional e pressão de pacientes e gestores (FIGUEIREDO, 2017). Esses resultados sinalizam o risco de iatrogenia por sobrediagnóstico (situação em que a pessoa é diagnosticada

com condição que jamais lhe causaria sintomas ou mortes) e, conseqüentemente, polifarmácia (TESSER, 2016).

Embora a maior parte dos estudos tenha considerado idosos ambulatoriais, também existem resultados quanto a pacientes internados. SZLEJF, 2018, em estudo prospectivo de dois anos de acompanhamento de 467 pacientes em enfermaria geriátrica, detectou incidência de 25,9% de iatrogenias, sendo em média 1,41 iatrogenias por paciente, estando associadas a: maior tempo de internação, polifarmácia, instabilidade postural e delirium. A maioria dos eventos relacionou-se à terapêutica. A ocorrência de evento iatrogênico aumentou em 71% o risco de óbito durante a internação.

Retomando a ampla definição de iatrogenia em seu prolongamento ao trabalho dos outros profissionais de saúde, dos quatro artigos selecionados, três analisam as ações de equipes de enfermagem no cuidado com idosos em ambiente hospitalar, mais especificamente nas alas de enfermaria. RAMOS, 2013; RIPARDO, 2019; SANTOS, 2009 foram unânimes ao concluir que os eventos iatrogênicos mais prevalentes envolvem ações terapêuticas, mais especificamente a punção de acesso venoso periférico. O risco de quedas também foi citado por todos os trabalhos. Embora os dois últimos autores citados anteriormente tenham avaliado amostras de mesmo tamanho num mesmo perfil hospitalar, SANTOS, 2009 constatou número de eventos 136% maior do que RIPARDO, 2019. Este, por sua vez, encontrou associação estatisticamente significativa com maior tempo de internação. RAMOS, 2013, conduziu estudo com amostra maior e resultado intermediário - prevalência de eventos iatrogênicos de 17% - que atribuiu as ações terapêuticas de auxiliares e técnicos de enfermagem como o grande foco de iatrogenias.

No outro estudo, MARQUES, 2014 abordou a questão da segurança do paciente na transição hospital-domicílio. Constatou que o enfoque interdisciplinar através de ações de grupos de desospitalização, além de humanizar o cuidado, suaviza o impacto da alta, melhora o vínculo, empodera pacientes e reduz a automedicação. Enfim, é uma excelente ferramenta para a prática da Integralidade do cuidado. Esses resultados vão ao encontro do que preconiza o Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído em 2013, pois contribuem para redução do risco de dano desnecessário (MS, 2013). Em 2011, a Organização Mundial de Saúde (OMS) disponibilizou um guia multiprofissional com orientações sobre segurança do paciente,

voltado a acadêmicos de Medicina, Odontologia, Farmácia e Enfermagem (OMS, 2011).

3.2. Relação médico-paciente e longitudinalidade do cuidado

Os artigos que enfocam o tema em questão propõem ampla discussão acerca dos modelos de relação médico-paciente nos diversos serviços de saúde, alertando para seu potencial iatrogênico.

“É a partir da relação médico-paciente, espaço de entrecruzamento das palavras, que se constrói no cotidiano a prevenção quaternária.”

“A prevenção quaternária é a resposta prática, concreta e possível para o enfrentamento cotidiano de uma epidemia iatrogênica velada resultante do intervencionismo da biomedicina e do domínio da informação” (NORMAN, 2015).

Para SCHMIDT, 2011, na relação médico-paciente se verificam os fenômenos da regressão (processo inconsciente de avaliação de uma situação sob a óptica de estágios anteriores de seu desenvolvimento, gerando apreensões e angústias), transferência (paciente deposita as expectativas da solução de seus problemas no médico) e contratransferência (na maior parte das vezes, idealização do paciente por parte do médico). Trata-se de um momento extremamente rico, em que o profissional, principalmente, deve se despir da tentação de rotular o paciente com perigosos estereótipos, podendo levar à dificuldade de comunicação entre os atores, subvalorização das queixas e imposição de diagnósticos o que, por si, já apresenta alto potencial destrutivo à relação.

BITTENCOURT, 2018, corrobora com essas colocações e acrescenta que a escuta ativa é fundamental para que o médico consiga estabelecer um ambiente favorável à relação. Nesse contexto, utilizar-se de anamnese dirigida pode ser suficiente para que o paciente não se sinta à vontade e, portanto, os objetivos da consulta não sejam atingidos. O treinamento das habilidades de comunicação desde a academia faz-se necessário para que se construa vínculo sólido, o qual convide o paciente a expor-se em suas múltiplas dimensões e garanta a longitudinalidade da relação. Ainda que os serviços de saúde tenham objetivos diferentes, é possível colher frutos de uma boa relação médico-paciente tanto nos serviços de urgência, quanto especialidades e Atenção Primária à Saúde, sendo esta última o cenário ideal para o exercício de interdisciplinaridade, longitudinalidade (principal característica da

Medicina de Família e Comunidade) e Integralidade. Aliás, CARDOSO, 2015, enxerga nos próprios fundamentos da Medicina de Família e Comunidade as ferramentas necessárias para o combate à medicalização. Contudo, alerta que se o problema não for avaliado em todas as suas nuances, corre-se o risco, tanto por fatores culturais, quanto por pressão de demanda e gestão, de incorrer na avaliação objetiva da doença, desprezando toda a riqueza da abordagem do paciente como um todo. Esse cenário é ideal para ocorrência de iatrogenias. Ressalta que as equipes de Saúde da Família geralmente estão sobrecarregadas, trabalhando com uma população muito mais numerosa do que o preconizado por suas diretrizes.

SEIXAS, 2019 afirma que, a despeito do abismo técnico existente entre os polos da relação, deve existir simetria, condição altamente desejável para estabilidade do vínculo. Essa simetria não representa igualdade, mas sim uma forma de transpor as fronteiras do processo de cuidado, respeitando as singularidades. Muitas vezes é necessário conduzir um processo de desconstrução de valores para buscar uma maior aproximação junto ao paciente, coibindo assim eventuais iatrogenias, adoção de soluções mais fáceis que livram os atores de desconfortos e demandas em determinado instante, mas tendem a torná-los maiores e mais complexos.

Maturo (2012) dissecou o conceito de medicalização, reputando-o como a redução e simplificação de alguns problemas cotidianos à esfera biomédica. Também determina o conceito de sociedade biônica como sendo o crescimento das forças biológicas e genéticas em detrimento dos fatores sociais. Critica veementemente o processo de pharmaceuticalização, que é o uso indiscriminado de medicamentos para o tratamento de condições que poderiam ser tratadas sem eles. Como exemplo, enaltece as mudanças do estilo de vida (dieta balanceada e prática regular de atividade física) para o controle do colesterol, em detrimento do uso de estatinas.

Atualmente vivemos uma crise de confiança na relação médico-paciente, tanto no aspecto técnico quanto na ética do cuidado. A interposição da tecnologia dura nesta relação advém não apenas de expectativas demasiadas do paciente, alvo da crescente comercialização da saúde, mas também da postura médica de negligenciar a comunicação, colocando-se de forma autoritária. Como se não bastasse, embora a ciência tenha evoluído e os arsenais diagnóstico e terapêutico possam de fato ser mais eficientes quando bem utilizados, a cultura da doença, com a adoção de parâmetros de saúde cada vez mais rígidos, deflagra incessante pressão por ações

de cunho científico duvidoso, favorecendo as iatrogenias. A prevenção quaternária assume protagonismo nesse cenário, discutindo os limites da saúde e da doença. É o exercício simultâneo dos princípios da não-maleficência e da beneficência (TESSER, 2012). O autor segue sua linha de raciocínio propondo a discussão sobre os consequentes sobrediagnósticos e sobretratamentos, bem como sua relação com a humanização do cuidado. Traz à tona o conceito de medicalização social - transformar características pessoais em problemas médicos - e sua consequência direta, a dependência progressiva de saberes e práticas profissionalizadas no processo saúde-doença. Pontua a necessidade da prática da desmedicalização com re-humanização, ou seja, construir coletivamente condutas que simultaneamente respeitem as crenças, expectativas e peculiaridades do paciente - num enfoque biopsicossocial - e busque fazer o estritamente necessário, respeitando a não-maleficência. Trata-se de grande desafio.

Nessa mesma linha de raciocínio, em artigo de 2019, TESSER & NORMAN concluem serem aceitáveis intervenções em enfermos, baseadas no conhecimento e experiência profissional, além de arsenal diagnóstico e terapêutico calcados em evidências sólidas, o que não se aplica para intervencionismo em indivíduos assintomáticos, devendo-se ponderar eventuais ações, nunca esquecendo o princípio da não-maleficência.

3.3. Educação em saúde

Dentre os diversos fatores envolvidos com a problemática crescente de prevenção quaternária e iatrogenias, a educação médica talvez seja aquela que esteja mais atrasada em termos de providências práticas, haja vista o pequeno número de artigos que mergulhem no cerne da questão.

GARCIA JÚNIOR, 2019, faz menção às Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, as quais, por incentivarem o ingresso precoce dos acadêmicos nos campos de prática, além de preconizarem que *“investigações diagnósticas devem ser realizadas com base nas melhores evidências científicas conforme as necessidades da pessoa... (DCN, 2014)”*, imediatamente fortalecem o ensino e a prática da prevenção quaternária. Em sua revisão integrativa pós advento das novas DCN, o autor constata que apenas três artigos relacionaram a problemática à educação médica. Revela que o ensino médico está calcado em tecnologias duras e especialidades e destaca que a

longitudinalidade faz da APS o cenário ideal para o combate às iatrogenias. Cita também a Medicina Baseada em Evidências (MBE) como um dos pilares do cuidado clínico da prevenção quaternária. Como competências médicas desejáveis para o enfrentamento da questão, enfatiza as habilidades de comunicação e a empatia.

MORESCHI, 2019, testou o conhecimento de cento e oitenta e nove acadêmicos de medicina, do primeiro ao sexto ano, quanto ao conceito de prevenção quaternária. Foram feitas três afirmações sobre o tema, às quais deveriam ser classificadas em uma dentre cinco alternativas na escala de Likert. O desempenho foi insatisfatório, com a maior parte da amostra demonstrando desconhecimento sobre o conceito e aplicações. E, embora o desempenho dos alunos dos primeiros anos tenha sido pior, não foi possível concluir que o aproveitamento apresentou padrão de crescimento regular ao longo dos anos. O autor destaca a importância de abordagem precoce e constante da prevenção quaternária na graduação, enfocando seus principais eixos: excesso de rastreamento, abuso na medicalização dos fatores de risco e excesso de exames complementares. Utilizando métodos análogos, ALMENAS, 2018, avaliou o conhecimento de trezentos e nove profissionais presentes em um congresso médico na América Latina, sobre o mesmo tema. O nível de conhecimento foi maior, se comparado à pesquisa que avaliou universitários. Os resultados trouxeram também algumas peculiaridades, como: 92% dos profissionais consideraram não ser a prevenção quaternária atributo exclusivo da Medicina de Família e Comunidade; menos de um quinto da amostra acredita que os políticos conhecem o tema e 26% dos entrevistados acreditam que os médicos de família e comunidade educam seus pacientes frente a esta problemática. Extrapolando a conclusão do trabalho anterior, este grupo de trabalho sugere inserção desses conceitos também nas grades curriculares de pós-graduação e de outros cursos da área da saúde, além da formulação de políticas públicas que abarquem o tema.

GOMES, 2015, juntamente com sua equipe, trabalhou de forma mais objetiva, sem abandonar o substrato teórico: fornece orientações práticas de como inserir a prevenção quaternária na grade curricular das faculdades de medicina, para graduandos e residentes de Medicina de Família e Comunidade, sugerindo conteúdo programático e competências a serem avaliadas. Como prerrogativa, afirma que é fundamental a apuração do conhecimento prévio, a fim de definir o conteúdo programático pelo grau de expertise. Em consonância com as DCN de 2014, o grupo

propõe abordagem precoce do tema e diferentes estratégias de ensino fundamentadas nas metodologias ativas, tendo o aluno protagonismo em seu processo de aprendizagem. A pluralidade do tema permite que ele seja abordado em diferentes áreas do conhecimento, além de permitir avaliação de múltiplas competências dos alunos. Aponta boas possibilidades de autoaprendizado e de aprendizado em pequeno grupo e pontua que os critérios avaliativos e as ferramentas de avaliação são diversos, e sua escolha dependerá da competência que se almeja avaliar. Dentre os infindáveis domínios citados, o autor deixa claro o protagonismo das habilidades de comunicação. Quanto ao exercício da docência para esse tema, é fundamental que o perfil contemple habilidades de comunicação com pacientes e acadêmicos; atualização científica e envolvimento no aprimoramento da qualidade do cuidado.

Em suma, os quatro artigos são unânimes em apontar a necessidade de inserção precoce e contínua da temática de prevenção quaternária e iatrogenias nas escolas médicas e outras áreas da saúde, seja pela alta prevalência, seja pelo desconhecimento demonstrado pelos atores envolvidos.

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto no capítulo anterior, é possível constatar e reafirmar a importância do tema abordado, não só pela sua contextualização extremamente atual e prevalente em vigência das transições demográfica e epidemiológica, como também pela pluralidade e heterogeneidade dos fatores envolvidos em sua gênese. E, ainda que os estudos avaliados tenham objetivos, amostras e delineamentos diferentes, é notório tratar-se de fenômeno recorrente na prática clínica cotidiana.

As contribuições científicas, as quais têm se tornado progressivamente mais abundantes, parecem convergir para a propositura de estratégias cada vez mais complexas e interdisciplinares, tendência essa que só reforça a dificuldade de abordagem da questão de forma objetiva e prática, ignorando o subjetivismo inerente a algumas valências envolvidas.

Talvez uma adequação já deva ser feita considerando as peculiaridades dos idosos: nesse público-alvo as intervenções médicas devem seguir fielmente o conceito de risco-benefício favorável. Para que essa interpretação tenha seus vieses minimizados, é indispensável que se conheça e respeite as limitações individuais dos

pacientes, bem como a relevância de seu cotidiano como determinante de suas condições de saúde. É impossível pressupor eficiência na lida com o paciente idoso negligenciando a avaliação geriátrica ampla, bem como não construindo vínculo ou até mesmo atuando de forma soberba e mecanicista. E, mais do que nunca, o respeito ao Princípio da Integralidade - um dos pilares da construção do SUS - é imperativo para arrefecimento do potencial iatrogênico latente. O idoso necessita de acolhimento, atenção humanizada e um olhar para além do óbvio. Anseia sentir-se seguro para compreender e lidar com as limitações cotidianas.

Essa incessante busca por uma relação médico-paciente simétrica e plena torna-se infrutífera se ignorarmos a realidade da classe médica e de suas condições de trabalho: a multiplicação de escolas médicas de qualidade duvidosa e o sucateamento da mão de obra - tanto pelo excesso de médicos no mercado, como pela qualidade da assistência prestada frente a uma cultura de lucro, produtividade e objetivos políticos - parecem inviabilizar a construção de uma rede de atenção à saúde eficiente. Em vez disso, privilegia-se a cultura de oferta indiscriminada de serviços e insumos, fazendo com que o paciente se acomode com soluções pontuais e transitórias que vão ao encontro dos anseios das indústrias farmacêuticas e de toda a tecnologia de ponta, utilizados com cada vez menos critério e gerando muito mais gastos desnecessários, além de aumentar a utilização dos serviços por demandas mal resolvidas.

Paradoxalmente, quando falamos em medicina preventiva, temos nos preocupado com metas progressivamente mais ambiciosas, devido ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis - importantes fatores de risco para doenças cérebro e cardiovasculares - em idades cada vez mais precoces. Todavia, a grande discussão reside no fato de a detecção e o eventual tratamento desses fatores de risco serem benéficos ou não. Em se tratando de idosos, essa celeuma ganha contornos ainda mais dramáticos, pois este é o público-alvo mais susceptível às iatrogenias. Portanto, qualquer tipo de intervenção que não consista no simples aconselhamento para adoção de estilo de vida saudável (ainda sim, com ressalvas inerentes às individualidades), deve ser criteriosamente avaliado e ponderado tecnicamente, ainda que o acesso irrestrito de leigos a informações pouco fidedignas seja um dos mais recentes fatores de desequilíbrio dessa relação prestador - cliente.

Especificamente em relação à polifarmácia, parece tratar-se não só do principal fator causal, como também aquele de mais difícil controle. A preocupação dos médicos em conhecer todas as medicações administradas aos seus pacientes, bem como suas potenciais interações, é premissa. As múltiplas escalas para classificação de risco de medicamentos para idosos, ainda que com ressalvas, têm demonstrado utilidade na clínica cotidiana, e por esse motivo devem ser difundidos para suprir o desconhecimento por parte de grande parcela da classe médica.

Enfim, o incomensurável desafio de implantação eficiente de prevenção quaternária passa por análise pormenorizada de ações que privilegiem o desempenho ético e qualificado da medicina, considerando as características individuais e todos os fatores biopsicossociais que possam ser determinantes do processo saúde-doença. Somente através do treinamento constante dos profissionais e da compreensão cotidiana das limitações inerentes à condição humana e da finitude da vida, poderemos conscientizar os nossos pacientes de que privilegiar a saúde sempre prevalece sobre o tratamento de fatores de risco ou doenças, com as quais muitas vezes podemos aprender a conviver. Não sucumbir aos avanços tecnológicos e avaliar com critério o desenvolvimento e o apelo das indústrias farmacêuticas, assim como as rígidas diretrizes médicas, contribuirá para que sejamos leais aos princípios da boa medicina. O mesmo bom senso deveremos ter para avaliar novas pesquisas que cotidianamente afloram sobre esse recente desafio.

Aliás, assim como outras revisões sistemáticas, esta tem por intuito chamar a atenção da comunidade científica para a relevância do tema podendo, inclusive, servir de motivação para estudos mais complexos e que permitam conclusões mais aprofundadas e próximas de realidades específicas que possam vir a ser beneficiadas posteriormente.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Prevenção em Saúde*. 2005 Jan/Jun;23(1):91-6.

Almeida NA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Cardoso JDC, Souza LC. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2017;20(1):143-53.

Almenas M, Hidalgo EC, Pineda CA, Muñoz E, Armadillo MLR, Salvatierra E, et al. Prevenção Quaternária. Como fazer, como ensinar. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2018;13(1):69-83.

Ascar GI, Hespe CB, Hernández MM. Relación entre polifarmacia y número de médicos consultados por pacientes ancianos. *Revista cubana de farmacia*. 2015;49(3):491-501.

Araujo ATM. Dano iatrogênico e erro médico: o delineamento dos parâmetros para aferição da responsabilidade. *Revista Thesis Juris*. 2017 Jan/Abr;6(1):186-209.

Baldoni, AO, Ayres LR, Martinez EZ, Dewulf NLS, Santos V, Obreli-Neto PR, et al. Pharmacoepidemiological profile and polypharmacy indicators in elderly outpatients. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2013 Jul/Sep;49(3):443-52.

Bentzen, N. *WONCA International Dictionary for General/Family practice*. 2003; p.115.

Bittencourt MGF, Salomão AD, Vaz G, Erthal, LC, Oliveira MP, Mello DRB, et al. Relação médico-paciente: iatrogenia x prática médica. *Revista interdisciplinar do pensamento científico*. 2018 Jan/Jun;1(4):116-23.

Calviño LC, Gross SC, Cruz, LKD. Efecto cascada em el anciano como consecuencia de la polifarmacia. *MEDISAN*. 2017;21(3):279-86.

Campolina AG, Adami F, Santos, JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(6):1217-29.

Cardoso RV. Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2015;10(35):1-10.

- Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Medeiros SM, Lima CA, Costa FM, et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos comunitários: estudo epidemiológico de base populacional. 2018;51(4):254-64.
- Carvalho-Filho ET, Saporetti L, Souza MAR, Arantes ACLQ, Vaz MYKC, Hojajji NHSL. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. Rev. Saúde Pública. 1998;32(1):36-42.
- Cavalcanti G, Doring M, Portella MR, Bortoluzzi EC, Mascarelo A, Dellani MP. Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2017;20(5):635-43.
- Costa GM, Oliveira MLC, Novaes MRCG. Fatores associados à polifarmacoterapia entre idosos assistidos pela estratégia saúde da família. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2017;20(4):528-37.
- Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB, Abreu ACC, Leão ML. II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil. Belo Horizonte, 2018.
- Faber LM, Scheicher ME, Soares E. Depressão, declínio cognitivo e polimedicação em idosos institucionalizados. Revista Kairós Gerontologia. 2017;20(2):195-210.
- Fechine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. InterSciencePlace Revista Científica Internacional. 2012 Jan/Mar;20(1):106-32.
- Figueiredo MFS, Borém LMA, Vieira MRM, Leite MTS, Neto JFR. Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde. Saúde Debate. 2017 Jul/Set;41(114):729-40.
- Fried LP, Waltson JD, Ferrucci L. Frailty. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, et al., eds. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 6th Ed. New York: McGraw-Hill; 2009. p. 631-45.
- Ganassin AR, Matos VTG, Toffoli-Kadri MC. Pottentialy inappropriate medication use in institutionalized older adults according to the Beers Criteria. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. 2014 Oct/Dec;50(4):827-37.
- Garcia-Júnior CAS, Steil A, Miranda CG. Prevenção Quaternária e Educação Médica: uma revisão integrativa após as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso

de Medicina de 2014. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2019 Jan/Dez;14(41):1-12.

Gomes LF, Gusso G, Jamouille M. O ensino e a aprendizagem da Prevenção Quaternária. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2015;10(35):1-14.

Gorzoni ML, Fabbri RMA, Pires SL. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Ver. Assoc. Med. Bras. 2012;58(4):442-6.

Lopes LM, Figueiredo TP, Costa SC, Reis AMM. Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(11):3429-38.

Leavell H, Clark EG. Medicina Preventiva. 2nd ed. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil; 1976.

Lucchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni ML, Tamai S. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul. 2010;32(2):38-43.

Marques LFG, Romano-Lieber NS. Estratégias para segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2014;24(2):401-20.

Martins VS, Mori ALPM, Dorea EL, Pinto GA, Hirata MH, Hirata FDC, et al. Exposure to potentially inappropriate medications in Brazilian elderly outpatients with metabolic disease. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2016 Oct/Dec;52(4):699-707.

Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary Prevention reviewing the concept. *European Journal of General Practice*. 2018;24(1):106-11.

Martins GA, Acurcio FA, Franceschini SCC, Priore SE, Ribeiro AQ. Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2015 Nov;31(11):2401-12.

Maturo A. Medicalization: current concept and future directions in a bionic society. *Sociology and Biomedicine*. 2012;10(1):122-33.

Ministério da Educação (BR). Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina. Brasília, 2014.

Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014.

Moraes EN, Marino NCA, Santos RR. Principais Síndromes Geriátricas. Ver. Med. Minas Gerais. 2010;20(1):54-66.

Moreschi LK, Scandalo MH, Oliveira LP, Bernuci MP, Yamaguchi UM. Prevenção quaternária: percepção dos acadêmicos do curso de medicina. XI Encontro Internacional de produção científica. Anais eletrônicos. Maringá, 2019.

Norman AH. O espaço de entrecruzamento das palavras: a relação médico-paciente. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2015;10(35):1-3.

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.

Pagno AR, Gross CB, Gewehr DM, Colet CF, Berlezi EM. A terapêutica medicamentosa, interações potenciais e iatrogenia como fatores relacionados à fragilidade em idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2018;21(5):610-9.

Pereira RA, Alves-Souza RA, Vale JS. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente. 2015 Jan/Jun;6(1):99-108.

Ramos EM. Complicações iatrogênicas no atendimento de emergência de um hospital público. Rev. Enf. UFPE on line. 2013 Jun;7(6):4514-20.

Resende ACGD, Costa FBC, Gomes IR, Araújo JG, Suguino MM, Vidal CEL. Avaliação do uso de medicamentos em idosos de acordo com os critérios de Beers. Rev. Med. Minas Gerais. 2017;27(1):30-6.

Ripardo ND, Brito MCC. Iatrogenias em idosos hospitalizados: estudo exploratório-descritivo. Revista bioética. 2019 Jan/Mar;27(1):98-104.

Salazar MB, González CG, Cedillo TJ, Garcia SS, Carrasco OR. Severe potentials drug-drug interactions in older adults with dementia and associated factors. Clinics. 2016;71(1):17-21.

Salcher EBG, Dellani MP, Portella MR, Doring M. Fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos urbanos e rurais. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2018 Jan/Abr;11(1):139-49.

Santos JC, Ceolim MF. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009;43(4):810-7.

Schmidt E, Valle DA, Martins JSC, Borges JL, Souza Júnior SL, Ribeiro URVCO. *Rev. Bras. Clin. Med*. 2011 Mar/Abr;9(2):146-9.

Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Revista Interface*. 2019;23:e170627.

Silvestre SD, Goulart FC, Marin MJS, Lazarini CA. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: comparação entre prestadores de serviços em saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2019;22(2):e180184.

Szlejf C, Farfel JM, Saporetti LA, Jacob-Filho W, Curiati JA. Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermagem geriátrica: estudo prospectivo. *Revista Einstein*. 2008;6(3):337-42.

Tavares FM. Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007;31(2):180-5.

Tesser CD. Prevenção Quaternária para a Humanização da Atenção Primária à Saúde. *O mundo da saúde*. 2012;36(3):416-26.

_____. Cuidado clínico e sobremedicalização na Atenção Primária à Saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2019;17(2):1-27.

_____, d'Ávila TLC. Por que reconsiderar a indicação de rastreamento de câncer de mama? *Cad. Saúde Pública*. 2016 Mai;32(5):e00095914.

World Health Organization. 3º Desafio Global de Segurança do Paciente. Genebra, 2017.

8. Anexos

Anexo I

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 responsabilidade 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 deflagar 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: iatromedicamentosa; 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 prevêem 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 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, Jamouille 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.