

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARLON ROSSI DE CAMPOS

**AÇÕES PARA DIMINUIÇÃO DA CASCATA IATROGÊNICA, POR
PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NA POPULAÇÃO DE
IDOSOS NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE MARIA
MARTINS EM PITANGUI - MINAS GERAIS**

FORMIGA - MINAS GERAIS

2014

MARLON ROSSI DE CAMPOS

**AÇÕES PARA DIMINUIÇÃO DA CASCATA IATROGÊNICA, POR
PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NA POPULAÇÃO DE
IDOSOS NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE MARIA
MARTINS EM PITANGUI - MINAS GERAIS**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

FORMIGA - MINAS GERAIS

2014

MARLON ROSSI DE CAMPOS

**AÇÕES PARA DIMINUIÇÃO DA CASCATA IATROGÊNICA, POR
PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NA POPULAÇÃO DE
IDOSOS NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE MARIA
MARTINS EM PITANGUI - MINAS GERAIS**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof^a. Flávia Casasanta Marini

Aprovado em Belo Horizonte, em 27/11/2014

RESUMO

O aumento da representatividade dos idosos numa comunidade é um fenômeno mundial que afeta tantos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. A partir dos 60 anos de idade, a polifarmácia e o uso de medicamentos inadequados continuam sendo problemas comuns, que se agravam nas idades mais avançadas e quanto piores forem as condições de saúde. A iatrogenia é qualquer alteração patológica provocada no paciente por um procedimento médico errôneo ou inadvertido, isto é, feito sem reflexão. Os idosos encontram-se em maior vulnerabilidade em relação à ocorrência de iatrogenia medicamentosa, uma vez que usam maior número de medicamentos tanto em quantidade e variedade de substâncias. Este projeto idealiza uma maneira de facilitar a identificação de iatrogenia medicamentosa, criar um guia rápido em que o profissional, partindo da queixa aguda do usuário idoso e tendo em mãos os medicamentos por ele usados, avaliando se o paciente estaria ou não dentro de uma cascata iatrogênica. A revisão de literatura foi feita nos seguintes bancos de dados: SciELO, LILACS, MEDLINE. Diante disso propõe-se um plano de ação para reduzir a frequência e os efeitos da cascata iatrogênica nos pacientes idosos da unidade de Estratégia de Saúde da Família Maria Martins da cidade de Pitangui-MG. Observou-se que o consumo de medicamentos e até mesmo a busca do próprio paciente para uso de medicamentos para modificar situações naturais do envelhecimento, acaba sendo importante e determinante na ocorrência de efeitos iatrogênicos. Conclui-se também que uma vez tais efeitos ocorrem, geram então, aumento no número de consultas médicas e demanda dos serviços de assistência à saúde.

Palavras chave: Idoso, Iatrogenia, Envelhecimento, Unidade Básica de Saúde

ABSTRACT

The increased representation of the elderly in a community is a global phenomenon that affects many developed or developing countries. From 60 years of age, polypharmacy, and the use of inappropriate drugs remain common problems, which are exacerbated at older ages and the worse the health is. Iatrogenesis is pathological changes induced in the patient by an erroneous or inadvertent medical procedure, that is, done without reflection. The elderly are at greatest vulnerability to incidence of iatrogenic drug, since they employ more drugs both in quantity and variety of substances. This project idealizes a way to facilitate the identification of iatrogenic drug, creating a quick guide for the professional, starting from the acute complaints of elderly users and having at hand the drugs used by them, assessing whether or not the patient was in a cascade iatrogenic. A literature review was performed in the following databases SciELO, LILACS, MEDLINE. Thus we propose an action plan to reduce the frequency and effects of iatrogenic cascade in the elderly patients from the Family Health Strategy Maria Martins from the city of Pitangui-MG. It was noted that the consumption of medicinal products and even the patient's own search for drug to modify the natural aging conditions, turns out to be important and determining the occurrence of iatrogenic effects. We also conclude that once such effects occur, then generate an increase in the number of medical consultations and demand of health care services.

Keywords: Elderly, Iatrogenic, Aging, Health Center

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 01** Aspectos demográficos
- QUADRO 02** Planejamento das ações a partir dos nós críticos
- QUADRO 03** Análise dos recursos críticos e autores envolvidos
- QUADRO 04** Plano Operativo
- QUADRO 05** Indicadores dos Resultados

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 01** Árvore explicativa do problema: aumento do uso de medicamentos por idosos

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CA - Câncer

CEFET - Centro Federal de Educação Tecnológica

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

DM - Diabetes Melitus

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INCA - Instituto Nacional de Câncer

NASF - Núcleo de Assistência a Saúde da família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSE - Planejamento Estratégico Situacional

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 HISTÓRICO DA CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO	12
1.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	15
2.2.1 Sistema local de Saúde	16
2.2.2 UBS em Estudo: Maria Martins	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBEJTIVO GERAL	21
3.2 OBEJTIVOS ESPECÍFICOS	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO DE LITERATURA	23
5.1 DEFINIÇÃO DE IATROGENIA	24
5.2 ANÁLISE JURISPRUDENCIAL	24
5.3 REFLEXÃO HISTÓRICA	26
5.4 CASCATA IATROGENICA	27
5.5 IATROGENIA MEDICAMENTOSA EM IDOSOS	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 IDENTIFICAÇÃO DOS POBLEMAS DA COMUNIDADE	29
6.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS	30
6.3 DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA	30
6.4 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS	32
6.5 DESENHO DAS OPERAÇÕES	32
6.6 ANÁLISES DOS RECURSOS CRÍTICOS	33
6.7 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO	34
6.8 GESTÃO DO PLANO	35
7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS	36
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

O aumento da representatividade dos idosos numa comunidade é um fenômeno mundial que afeta tantos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. As mudanças demográficas da população são acompanhadas por profundas alterações epidemiológicas. Essas mudanças, nos perfis de saúde, caracterizam-se pelo predomínio das enfermidades crônicas-degenerativas e pela crescente importância da abordagem preventiva sobre os fatores de risco para saúde. Infelizmente, por preferência ou por comodidade, a farmacoterapia muitas vezes tem sido a primeira, se não a única, estratégia de intervenção utilizada (CORRER *et al.*, 2007).

A partir dos 60 anos de idade, a polifarmácia e o uso de medicamentos inadequados continuam sendo problemas comuns, que se agravam nas idades mais avançadas e quanto piores forem as condições de saúde (CORRER *et al.*, 2007). Nos últimos anos, tem ganhado destaque a discussão sobre a ocorrência de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) e sua representatividade enquanto fator de risco que gera morbidade e mortalidade, principalmente entre idosos.

O segundo consenso de Granada define PRM como sendo:

Problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, conduzem ao não alcance dos objetivos terapêuticos ou ao surgimento de efeitos não desejados (COMITÊ DE CONSENSO, 2002, p. 14).

Porém, é do senso comum que a prescrição médica tem forte influência sobre o modo como essa população utiliza os medicamentos, inclusive no que diz respeito à automedicação (CORRER *et al.*, 2007). Sobre este aspecto, dedicar algum tempo para revisar os principais efeitos colaterais esperados pelos medicamentos já em uso, antes de prescrever novas drogas, possibilitam atuação preventiva anterior à ocorrência do resultado clínico negativo.

Neste contexto foi realizado no ano de 2014 o diagnóstico situacional na unidade de ESF Maria Martins, situada no bairro Chapadão da cidade de Pitangui/MG onde foi visto que há um uso intenso de medicações controladas de maneira contínua. Neste cenário perguntou-se se as queixas agudas desses

mesmos usuários eram queixas fisiopatológicas ou efeitos colaterais da polifarmácia. Surgiu então um interesse de investigar esse quadro.

Este projeto idealiza uma maneira de facilitar tal processo, criar um guia rápido em que o profissional, partindo da queixa aguda do usuário idoso e tendo em mãos os medicamentos por ele usados, pudesse avaliar se o paciente estaria ou não dentro de uma cascata iatrogênica.

Pitangui, sexta vila do ouro das minas gerais, elevada à cidade em 09 de Junho de 1715 (298 anos), está situada nas coordenadas geográficas 19° 40' 58" S 44° 53' 24" O. Localiza-se a oeste de Minas Gerais, na região do Alto São Francisco. Dista 128Km de Belo Horizonte, 60Km de Divinópolis e 35Km de Pará de Minas. Pertence a Macro Região Oeste/Divinópolis e Micro Região de Pará de Minas. Tem como limites municipais: Pompéu e Papagaios ao norte; Conceição do Pará ao sul; Maravilhas e Onça do Pitangui ao leste e Leandro Ferreira e Martinho Campos ao oeste. A principal rodovia de acesso à cidade é a BR-352 (PITANGUI, 2014).

1.1 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

Descoberta por bandeirantes paulistas, chefiados por Bartolomeu Bueno da Siqueira, foi a Sétima Vila criada no Estado, em 1715, no ciclo do ouro, e elevada a cidade em 1855 (IBGE, 2014). Porém, sua história começou bem antes disso.

Há uma versão de Basílio de Magalhães, historiador mineiro, que identifica a bandeira de André de Leão como a primeira a estar por estas passagens já em 1601, a partir de registros do expedicionário holandês Glimmer. Desta Bandeira, rastros não ficaram por medo de uma tribo indígena que vivia na região, e acabaram saindo às pressas, restando apenas os relatórios do expedicionário holandês que identificou dois rios de grandeza diversa, que correndo do sul entre as Serras Sabarabuçu, rompem para o Norte; muito provavelmente, este se referia as fontes ou cabeceiras do rio São Francisco (ASSOCIAÇÃO DAS CIDADES HISTÓRICAS DE MINAS GERAIS, 2014).

Orville Derby, historiador que fez o resumo dos registros de Glimmer, concluiu através de suas pesquisas, que a Serra do Sabarabuçu era

provavelmente a de Pitangui e os rios a que se referiu o expedicionário, o Pará e o Paraopeba. Como exposição não deixou registros nem fixou povoado algum, o mérito da primeira ocupação coube mais tarde a Bandeira chefiada por Bartolomeu Bueno da Silva – o filho de Anhanguera – que partindo de Taubaté para a região do Rio das Velhas e, guiado por índios, foi descobrir o Rio a que dera o nome de Pitangui (Pitangui significa "rio das pitangas" ou "rio das crianças", nome dado primitivamente ao rio Pará, em cujas margens os paulistas teriam encontrado um aldeamento de índios com muitas crianças. Outra versão corrente é que Pitangui, em tupi-guarani, quer dizer "rio vermelho"). Corria já o ano de 1696. Apesar de todas as discussões sobre a data precisa de sua chegada a região, o que se sabe é que Bartolomeu Bueno por ali se estabeleceu antes de instalada a Vila, como maioria dos paulistas que por ali chegaram após a derrota da Guerra dos Emboabas (1708), em busca de novas minerações ainda fora do conhecimento da corte. Este fato pode explicar inclusive, a demora de Portugal em tomar conhecimento do "Ouro do Batatal" (ASSOCIAÇÃO DAS CIDADES HISTÓRICAS DE MINAS GERAIS, 2014).

Nos locais hoje conhecidos como Morro do Batatal e Lavrados foi onde se deu a primeira descoberta de ouro da região, assim denominada pelo aspecto avantajado das pepitas, mais parecidas a brotos de batatas que afloravam no solo. A notícia se espalhou e foi grande o número de forasteiros que por ali chegou a busca do ouro formando um povoado tumultuado e desordenado em decorrência dos confrontos pela posse das minerações. A fim de garantir mais segurança ao território, a população local solicitou ao Governador da capitania D. Brás Baltazar da Silveira a elevação do arraial à condição de Vila e, por conseguinte, a instalação da Casa de Câmara e cadeia, o que certamente traria mais ordem à região. A Vila de Nossa Senhora da Piedade de Pitangui, cujo nome homenagearia a Padroeira da Paróquia, foi oficialmente criada em 06 de fevereiro de 1715, pelo então Governador da Capitania de Minas, Dom Braz Baltazar da Silveira. Sua instalação, entretanto, só se deu a 09 de junho de 1715, quando o superintendente Antônio Pires de Ávila reuniu os moradores do arraial e declarou que, por autorização do Governador Dom Brás Baltazar da Silveira, ali estava para organizar e presidir

o estabelecimento da Vila (ASSOCIAÇÃO DAS CIDADES HISTÓRICAS DE MINAS GERAIS, 2014).

A população que por ali se instalou, predominantemente paulistas de espírito rebelde ainda insatisfeito com a derrota dos emboabas, não aderiram ao pagamento dos quintos reais por quase dez anos. Todas as tentativas e ameaças da corte no sentido de fazer esta cobrança foram inúteis, a população enfrentou um a um dos que vieram receber o referido pagamento, em algumas vezes inclusive, matando aqueles que ali ousavam chegar para a cobrança do quinto (ASSOCIAÇÃO DAS CIDADES HISTÓRICAS DE MINAS GERAIS, 2014).

Entre 1713 e 1720 aconteceram as primeiras revoltas pitanguienses contra as imposições da Coroa Portuguesa, sendo a primeira, a Sublevação da Cachaça. A Revolta de 1720, liderada por Domingos Rodrigues do Prado, contra os tributos das "36 arrobas de ouro" e dos "quintos reais", conclamava que "quem pagasse, morria". Homens armados pelos caminhos - daí o nome de Rio dos Guardas - impediram a chegada da justiça real. Até que em janeiro de 1720, forças enviadas pelo Conde de Assumar, então Governador da Capitania, conseguiu após a luta dura e difícil, vencer os revoltosos. Conseguiram assim adentrar a vila, retomar o controle local e fazer a devassa dos bens dos amotinados. Este episódio ficou conhecido como a Revolta de 1720. Apesar da derrota da Vila de Pitangui, os pitanguienses não pagaram e o Conde de Assumar, então governador da Capitania, teve, contrariamente à sua vontade, de anistiar a dívida, dizendo que "essa Vila deveria ser queimada para que dela não se tivesse mais memória", chamando a população local de "mulatos atrevidos". Foi a 1ª grande revolta contra a Coroa, antes mesmo da de Felipe dos Santos, em Ouro Preto (ASSOCIAÇÃO DAS CIDADES HISTÓRICAS DE MINAS GERAIS, 2014).

A história é marcada por outras datas importantes:

- 1792 – descoberta de diamantes, em especial no Rio Abaeté;
- 1798 – identificação de jazida de chumbo, tendo sido estabelecida uma fábrica para sua extração, denominada Minas de Galena;

Em 1822, um vigário pitanguiense escreveria seu nome na história da Independência Brasileira: padre Belchior Pinheiro de Oliveira. Este foi

conselheiro e confidente de D. Pedro I. Durante a jornada do 7 de setembro, padre Belchior aconselhou o imperador a proclamar a Independência do Brasil: “Se Vossa Alteza, não se fizer Rei do Brasil, será prisioneiro das Cortes e, talvez, deserdado por elas. Não há outro caminho, senão a Independência e a separação”. Pitangui, hoje, ainda preserva o seu sobrado, que é tombado pelo IPHAN e o seu túmulo, este, localizado nas escadarias da Igreja Matriz de N. Sra. do Pilar (ASSOCIAÇÃO DAS CIDADES HISTÓRICAS DE MINAS GERAIS, 2014). Em 1844 iniciou-se a construção da Santa Casa de Misericórdia, concluída em 1879 e até hoje em funcionamento.

Decorridos 140 anos desde a sua fundação, a Vila de Pitangui foi elevada a categoria de cidade com o nome atual, através da lei nº 731, de 16 de maio de 1855 (PITANGUI, 2014). Nesta época, seu território era imenso e compreendia terras onde hoje estão os municípios de Dolores do Indaiá, Bom Despacho, Matheus Leme dentre outros (ASSOCIAÇÃO DAS CIDADES HISTÓRICAS DE MINAS GERAIS, 2014).

Terra-mãe do Centro-Oeste Mineiro, por ser a cidade mais antiga da região, é berço de mais de 40 municípios de Minas Gerais (PITANGUI, 2014). Pertence hoje à Associação das Cidades Históricas de Minas Gerais e ainda, ao Circuito Verde – Trilha dos Bandeirantes. O Município sofreu diversas alterações em sua formação administrativa, recebendo ou perdendo distritos, até que, após o desmembramento de Conceição do Pará e Leandro Ferreira, e de acordo com a Lei estadual nº 2.764, de 31 de dezembro de 1962, ficou constituído de apenas um distrito: o da Sede (IBGE, 2014).

1.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Hoje a cidade de Pitangui ocupa uma área de 69.611Km². População total de 25.311 (IBGE 2010), 26.797 (IBGE 2013 estimado), densidade demográfica de 49,56% masculino e 50,43%, feminino e assim apresenta uma concentração habitacional de 44,44 hab/Km². Aproximadamente há 8.932 domicílios (urbanos: 7983 e rurais: 949), taxa de Urbanização de 89,38%. Um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,725 médio - PNUD/2000 (Disponível na Secretaria de Saúde de Pitangui).

QUADRO1: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

MUNICÍPIO: PITANGUI / MG						
TOTAL DA POPULAÇÃO: 25.311						
N° indivíduos / Faixa etária	Área Urbana		Área Rural		Total	
	N° Absoluto	Porcentagem do total (%)	N° Absoluto	Porcentagem do total (%)	N° Absoluto	Porcentagem do total (%)
<1,1	238	0,92	28	0,11	266	1,03
1-4	1328	5,15	158	0,61	1486	5,77
5-9	1820	7,06	216	0,84	2036	7,90
10-14	2031	7,88	240	0,93	2271	8,81
15-19	2094	8,13	258	1,00	2352	9,12
20-25	3849	14,93	475	1,84	4324	16,78
26-39	3510	13,62	433	1,68	3943	15,30
40-59	5452	21,16	673	2,61	6125	23,77
>60	2642	10,25	326	1,26	2968	11,52
Total	22964	89,11	2807	10,89	25771	100

Fonte: Autoria Própria (2014).

A economia da cidade baseia-se na Pecuária, Agricultura, Mineração, Comércio e Serviços, Indústrias, Produção de Carvão Vegetal, dentre outros.

1.2.1 Sistema Local de Saúde

O município conta com sete Unidades de Saúde da Família, com cobertura de 71,1% da população. Constam de quatro equipes de Saúde da Família e três de Centros de Saúde. Todos estes centros estão localizados na cidade. Um dos centros de saúde é destinado à regulamentação da assistência da comunidade rural. Todos os dias uma parte da equipe se locomove para uma das comunidades rurais onde há acomodações improvisadas para atender a população local semanalmente. Há na cidade também um de Centro Odontológico e uma equipe de NASF.

O sistema de referência e contra referência municipal é pouco estruturado. A maioria dos pacientes com necessidades de especialidades são encaminhados para centros maiores que possuem acordos intermunicipais como Pará de Minas, Divinópolis e Belo Horizonte. O restante é atendido dentro do município por terceirização do atendimento especializado de

pediatria, angiologia, cardiologia, psiquiatria, ginecologia, obstetrícia e cirurgia geral.

O município conta com um Hospital para atendimento de média complexidade incluindo o atendimento de urgência e emergência. Possui também uma ambulância UTI móvel para transferência dos casos de alta complexidade para centros de referência segundo a disponibilidade do SUS/FÁCIL.

A maioria dos profissionais da saúde é contratada, sendo o último concurso realizado em maio de 2012 apenas para agentes de saúde da família. A carga horária depende da profissão, variando de 20, 32 e 40 horas semanais. Os horários de trabalho nos centros de saúde são de 07h às 17h e nas urgências 24 horas. O corpo de funcionários atual conta com 187 funcionários sendo 66 efetivos, 111 contratados, 3 comissionados e 6 estagiários com carga horária de 40, 32 e 20 horas semanais.

De acordo com a norma que regulamenta os conselhos de saúde, estes devem ser compostos de 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Em Pitangui é formado por usuários, trabalhadores, representantes de entidades como associações de bairros, entidades filantrópicas, sindicatos rurais, comunidades rurais, igrejas católicas e evangélicas e outros. As reuniões são mensais, mas pode haver convocação extraordinária.

1.2.2 Unidade Básica de Saúde em estudo: Maria Martins

Unidade Maria Martins: Rua Onofre Máximo, s/n, Chapadão

Horário de funcionamento: 07h às 17h.

Tel.: (37) 3271-4430

A unidade conta com quatro consultórios clínicos contendo maca, mesa ginecológica, duas cadeiras, uma mesa, uma escadinha, um lavatório, um armário. Sala de procedimento e de curativo, recepção, sala dos agentes de saúde, sala de triagem, sala de vacina, farmácia, quatro banheiros, depósito de material limpo, expurgo, copa. A maioria dos materiais da unidade é nova, e

todos estão em perfeitas condições de uso. O acesso à internet é contínuo, sendo que estão disponíveis na unidade dois computadores. A unidade também possui: dois telefones, balança adulta e pediátrica, dois otoscópios, três esfigmomanômetros, três estetoscópios, três termômetros clínicos digitais, fita métrica, régua antropométrica, cinco kits de curativo e de retirada de pontos, dezessete pinças ginecológicas, um foco de luz, três mesas de Maio, um carrinho de curativo, três suportes de soro, quatro unidades de arquivo morto, seis longarinas com quatro lugares cada. Além dos materiais de consumo.

A unidade é composta por uma Equipe de Programa de Saúde da Família (PSF). Há um total de 13 pessoas que trabalham diariamente no centro de saúde: 1 enfermeira, 5 técnicos de enfermagem, 1 trabalhadora da limpeza e 1 médica generalista. Há ainda os profissionais que trabalham com frequência não diária na unidade: 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 fonoaudióloga, 1 nutricionista e 1 educador físico.

A assistência prestada é exclusivamente aos pacientes do SUS. Ocorre cerca de 40 atendimentos diários. As vacinas são feitas de acordo com a demanda tendo uma média 5 aplicações por dia. São realizadas cerca de 12 aferições de pressão arterial no decorrer do dia.

A localização da unidade não é viável para toda população assistida, pois localiza-se no final do bairro o que dificulta o acesso dos pacientes. A unidade é recém-construída e possui estrutura física adequada à assistência à saúde da população proposta pelos parâmetros oficiais.

2 JUSTIFICATIVA

Já não é novidade que a média da população está ficando velha e com isso, a mudança do perfil epidemiológico para prevalência de doenças crônico-degenerativas. Esse panorama exige maior atenção visando desenvolvimento de práticas de promoção de saúde voltadas para esse perfil de usuário. Um grande agravamento, consequência direta da presença de mais de uma debilidade fisiológica numa mesma pessoa, diretamente proporcional à idade, é a quantidade de medicamentos usados por idoso. Deve-se ter cuidado com o idoso devido às modificações naturais que os acometem a partir da terceira idade, o que faz com que o organismo sofra uma série de alterações fisiológicas deixando-os mais susceptíveis aos efeitos, desejadas ou não, das drogas. Ao envelhecer, a quantidade de água do organismo diminui. Como muitas drogas se dissolvem na água e há menos água disponível para sua dissolução, essas drogas atingem níveis mais elevados de concentração nas pessoas idosas. Além disso, os rins tornam-se menos capazes de excretar as drogas na urina, e o fígado, menos capaz de metabolizar muitas delas. Por essas razões, muitos medicamentos tendem a permanecer no corpo das pessoas idosas durante um tempo muito maior do que ocorreria no organismo de uma pessoa mais jovem. A absorção e distribuição de medicamentos muda com a idade, no entanto a passagem através da barreira de sangue do cérebro é sempre boa, o que significa que a droga conseguirá chegar ao cérebro, mesmo que ela não seja fornecida tão bem às outras partes do corpo. Isso explica a perturbação como um sinal precoce e frequente de toxicidade nos idosos (FLEMING *et al.*, 2005).

Outro ponto relevante é o impacto financeiro na vida dessas pessoas. Estudos apontam que estes usuários chegam a gastar 30% da sua renda com medicamentos (FLEMING *et al.*, 2005).

Observações realizadas em idosos nos mostram que a quantidade de medicamentos consumidos é alta, o que constitui um problema; pois às vezes fazem uso indevido de várias delas ao mesmo tempo causando interações medicamentosas. Interações medicamentosas são alterações nos efeitos de um medicamento em razão da ingestão simultânea de outro medicamento. Tais

interações podem intensificar ou diminuir os efeitos de um medicamento ou agravar seus efeitos colaterais. Com o uso indiscriminado de vários medicamentos ao mesmo tempo os idosos ficam altamente expostos à apresentação de efeitos indesejados e ainda correm o risco de não haver o cumprimento terapêutico, podendo agravar ainda mais a doença. O uso indiscriminado e excessivo de medicamentos pode expor pacientes, principalmente os idosos, a efeitos colaterais desnecessários e interações potencialmente perigosas (FLEMING *et al.*, 2005).

Por todos esses dados faz-se necessário aprofundar em uma prática não intencional dos profissionais de saúde denominada cascata iatrogênica buscando conhecê-la para evitá-la, diminuindo assim o uso desnecessário de drogas e suas consequências.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para reduzir a frequência e os efeitos da cascata iatrogênica nos pacientes idosos da unidade de Estratégia de Saúde da Família Maria Martins da cidade de Pitangui-MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Obter informações através do registro da equipe sobre os medicamentos mais comumente usados pela população acima de 65 anos, bem como as principais queixas agudas apresentadas pela mesma população;
- Correlacionar as queixas agudas com os principais efeitos colaterais esperados pelos medicamentos comumente usados por essa população;
- Identificar as vias de cascata iatrogênica mais frequentes na população abordada;
- Criar um fluxograma para ser repassado aos agentes de saúde que permita, através de uma queixa aguda, perceber se o idoso se encontra em uma das vias de cascata iatrogênica;
- Diminuir o uso desnecessário de medicamentos evitando assim seus efeitos danosos na população de risco;
- Formular atividades informativas para familiares e cuidadores.

4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado o Diagnóstico situacional através do método de estimativa rápida. Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da Unidade de saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); análise dos prontuários dos usuários maiores que 65 anos para obtenção de uma relação com as principais queixas agudas e os principais medicamentos usados previamente nesta faixa etária e pós atendimentos.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foi feita pesquisa bibliográfica na modalidade de revisão de literatura nos seguintes bancos de dados: SciELO, LILACS, MEDLINE, utilizando os seguintes descritores de modo isolado ou em associação: idosos, familiares, cuidadores, medicamentos, cascata iatrogênica, efeitos colaterais, no período de 1990 a 2013. Também foi utilizado manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

O plano de ação desenvolvido nesse trabalho foi baseado no método Planejamento Estratégico Situacional (PES) do professor Matus (1993).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Definição de Iatrogenia

O Dicionário nos diz que iatrogenia é qualquer alteração patológica provocada no paciente por um procedimento médico errôneo ou inadvertido, isto é, feito sem reflexão. Esta definição exclui efeitos maléficos resultantes de ações médicas consideradas corretas como por exemplo, administrar Dipirona a uma pessoa com febre ou dor - Teoricamente pode acontecer uma reação anafilática letal em função deste ato correto (TAVARES, 2007).

Etimologicamente, a palavra iatrogenia vem do grego “iatro”, que significa médico, ou “iatrons”, que significa lugar onde os médicos davam consultas, guardavam seus instrumentos, realizavam procedimentos, mais “genos” ou “gen” que significa geração, dano causado pelo médico mais “ia”. Na verdade, trata-se de uma expressão utilizada para definir os males provocados aos pacientes doentes ou sadios decorrentes de ação ou omissão do médico no exercício da sua profissão (MENEZES, 2010).

Kátia Conceição Guimarães Veiga nos ensina que na área médica a iatrogenia é considerada como “as manifestações inerentes aos vários procedimentos diagnósticos terapêuticos adotados na área médica e de enfermagem, principalmente aqueles de caráter invasivo, cujos efeitos danosos podem ser presumíveis, inesperados, controláveis ou não” (VEIGA, 2007 *apud* STOCO, 2007).

5.2 Análise Jurisprudencial

No âmbito judicial, há grande discussão sobre como abordar uma lesão apresentada por um usuário após procedimento médico. Se trata de um erro médico, de uma iatrogenia ou são a mesma coisa.

A iatrogenia caracteriza-se por um atuar médico de forma correta, necessária, consubstanciado no uso de técnicas e medicamentos necessários para enfrentar crises ou surtos, que causam danos em pessoas sadias ou doentes não ensejadores de responsabilidade civil (MENEZES, 2010). A iatrogenia também pode decorrer de fatores intrínsecos, individuais de cada paciente, tendo em vista que o organismo de cada ser humano reage de uma

determinada forma a certos procedimentos e medicamentos utilizados no atuar médico, demandando mais ou menos tempo de recuperação. Nesses casos, as reações advindas podem acarretar lesões iatrogênicas, que, no entendimento de Rui Stoco “embora previsíveis, não têm qualquer relação de causa e efeito com a atuação do médico, da técnica empregada ou do atual estado da ciência” (STOCO, 2007). Assim, a conduta do médico é lícita, porém o paciente deve ser informado das possíveis consequências, não sendo o caso, se assim for feito, de responsabilidade civil (MENEZES, 2010).

Já erro médico pode-se dizer que é o mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou da omissão do médico, por desobediência e má conduta em relação à conduta técnica. Excluem-se as limitações impostas pela própria natureza da doença, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo médico para tratar um mal maior. Pode ser o erro médico por imperícia, imprudência ou negligência no atuar médico, erros esses que ensejam o dever de indenizar (RIBEIRO, 2011).

No campo da culpa, pode-se dizer que a imprudência é a falta de cautela, descuido, é ato comissivo, ocorre quando a assunção de riscos pelo médico ao paciente ocorre sem base científica para seu procedimento. A negligência, por sua vez, é ato omissivo, é a falta de cuidado, diligência, desídia capaz de caracterizar responsabilidade por culpa. Já a imperícia é a incompetência, inexperiência, desconhecimento, ignorância, falta de habilidade na profissão (NETO, 2010).

Impende esclarecer que a iatrogenia não se confunde com o erro médico que gera, inegavelmente, a responsabilidade civil. Certo é que iatrogenia e responsabilidade civil são institutos inconciliáveis e excludentes. São inconciliáveis, uma vez que a iatrogenia caracteriza erro escusável, que não gera a responsabilidade em qualquer de suas esferas civil, penal ou administrativa (MENEZES, 2010). Para o desembargador José Carlos Maldonado de Carvalho, a iatrogenia “aproxima-se de uma simples imperfeição de conhecimentos científicos, escudada na chamada falibilidade médica” (CARVALHO, 2005). Por outro lado, a responsabilidade civil decorre da violação de um dever objetivo de cuidado ou da violação de um dever de forma consciente, dolosa, que induz a sanções em todas as esferas. Iatrogenia e responsabilidade civil são excludentes, uma vez caracterizada a iatrogenia, não

há como se falar em responsabilidade civil, não há violação de qualquer dever por parte do médico (MENEZES, 2010).

5.3 Reflexão Histórica

Na antiguidade, durante muitos séculos, a função do médico estava intimamente ligada à religião, atribuindo-se os desígnios da saúde, da morte a Deus, de modo que os médicos não eram responsabilizados, pois eram apenas participantes da vontade divina (MENEZES, 2010).

No estudo das Antigas Civilizações, sempre se observa, concomitantemente ao cuidado com as doenças, a existência de atos iatrogênicos. Os Incas usavam a Trepanação para afastar as doenças mentais. No Impérios Assírio-Babilônico a Medicina impregnada de magia, tinha sua terapêutica vinculada à concepção religiosa da doença vivida como pecado, preponderando como métodos de cura o exorcismo, os sacrifícios e as oferendas aos deuses (CANINEU *et al.*, 2006). O famoso Código de Hamurabi, em seu artigo 218, impõe pesado imposto ao médico pelo dano causado a alguém: "caso o médico tenha tratado o ferimento grave de um homem livre com um instrumento de Bronze e esse venha a falecer, ou se tiver aberto a mancha no olho de alguém com o instrumento de Bronze, provocando-lhe a inutilização da vista, ser-lhe-ão cortadas ambas as mãos" (HAMURABI, 1700 a.C.).

Samuel Hahnemann há 200 anos, inconformado com os malefícios dos métodos terapêuticos contemporâneos - sanguessugas, sangrias, catárticos, laxativos, etc; descobre e desenvolve a Homeopatia, usando o princípio das doses mínimas para, entre outros ideais, fugir dos efeitos iatrogênicos da medicina da época (BASQUES, 2009).

Porém, estamos no futuro. Os médicos do século passado, em suas casacas escuras e perucas, eram observadores solitários que trabalhavam nos consultórios e casas dos pacientes, pois os hospitais se prestavam somente para doentes mentais, indigentes, leprosos e terminais. Existe atualmente as especialidades médicas com seus aparelhos cada vez sofisticados, métodos diagnósticos invasivos, medicamentos ultra específicos, sondas, próteses, tubos, respiradores, marca passos, transplantes, etc (BASQUES, 2009).

O homem vem sendo estudado e tratado cada vez mais detalhadamente, com "especialistas" em todos os aparelhos e sistemas do organismo humano e níveis de atenção à saúde, por isso a iatrogenia não deve ser vista, hoje, como algo que pode acontecer e tudo bem. Cada caso deve ser notificado e instigado a ser estudado e difundido para que novos casos não ocorram (PADILHA, 2001).

5.4 Cascata Iatrogênica

A cascata iatrogênica ocorre não só do excesso de medicamentos usados por um paciente, mas também por uso de intervenções, realização de procedimento ou até mesmo por omissão de determinantes na condição de saúde do paciente. O termo é utilizado uma vez que se observa intercorrências que surgem de forma sequenciada (MINAS GERAIS, 2006 *apud* FERREIRA, 2011). "A chamada cascata iatrogênica pode ter início no uso sucessivo e crescente de medicamentos para tratar problemas de saúde originados de outros medicamentos" (CORRER *et al.*, 2007).

Vários fatores determinam a ocorrência de iatrogenia em pacientes idosos, deve-se considerar o cansaço, falta de conhecimento, estresse dos profissionais envolvidos, além de dificuldade para entender prescrições e falta de atenção na administração de medicamentos. As intervenções, eventos e procedimentos são também determinantes na ocorrência, como: úlcera por pressão em pacientes acamados, flebites, infecções em catéteres e sondas, aspiração devido mau posicionamento de sondas nasogástricas e nasoentéricas (SANTOS, 2009).

Em um estudo de Padilha (2001), observam-se diversas definições de iatrogenia, passando pela negligência e erro profissional passíveis de penalidades, assim como um efeito indesejado decorrente do tratamento e suas reações naturais. Já Schmidt *et al.* (2011) aborda o tema de forma mais abrangente, considerando de uma só vez como iatrogenia, qualquer ação da equipe, estando ela certa ou errada, justificada ou não, mas que leve ao paciente qualquer dano à sua saúde.

Deve ser ressaltado que o fato do sistema de saúde não atender plenamente às necessidades do paciente e da equipe de saúde, não deve ser

usado como desculpa para a ocorrência de iatrogenia, uma vez que os profissionais podem ser considerados coniventes com tal situação (REIS, 2002).

5.5 Iatrogenia Medicamentosa em Idosos

Os idosos encontram-se em maior vulnerabilidade em relação à ocorrência de iatrogenia medicamentosa, uma vez que usam maior número de medicamentos tanto em quantidade e variedade de substâncias.

É importante considerar que a variedade de medicamentos disponíveis, comorbidades, o próprio processo de envelhecimento, fácil acesso aos medicamentos e o uso de polifarmácia são fatores que influenciam o aumento da ocorrência de iatrogenia em idosos (SZLEJF *et al.*, 2008).

Concordando com tal influência no aumento do risco de ocorrência de iatrogenia, Lucchetti *et al.*, (2010) recomenda que a polifarmácia deve ser evitada sempre que possível.

Uma queixa importante e frequente em idosos é a dor, fato que pode ser originado também de forma iatrogênica, como procedimentos diagnósticos, medicações feitas por procedimentos invasivos, coleta de amostras de sangue, até mesmo realização de cuidados básicos de higiene corporal e oral e mobilização do paciente (INFANTE, 2011).

Outro fator importante na ocorrência de iatrogenia em idosos consiste na falha de comunicação entre profissional e paciente. Sabe-se que a interação verbal e não verbal, propicia um relacionamento interpessoal profissional de maior qualidade, interferindo no tratamento do paciente (ARAÚJO *et al.*, 2007).

Observar e procurar a sensibilidade para perceber emoções e sentimentos que o paciente experimenta durante o dia a dia e que podem influenciar resultados do tratamento, além de qualificar as expressões, como tom de voz e palavras ditas, postura corporal, expressões faciais, higiene corporal e aspectos gerais de auto cuidado e até mesmo o silêncio podem expressar condições de saúde do paciente, interferindo então, na proposta de intervenções e cuidados (ARAÚJO *et al.*, 2007).

Em um estudo realizado por Fleming *et al.* (2005) foi constatado que em um abrigo para idosos em que foram entrevistados trinta e uma pessoas,

97% dos moradores fazem uso de medicamentos de forma contínua, destes, 70% usam mais de um medicamento por dia, 53% tomam medicamentos no mesmo horário, ingerindo mais de um comprimido ao mesmo tempo. É importante ressaltar que 22% dos pacientes avaliados no estudo, apresentam sinais de iatrogenia conforme embasamento teórico.

É importante salientar que a ocorrência de efeitos iatrogênicos, além de serem prejudiciais ao paciente, também podem determinar gastos e uso de recursos desnecessários, que poderiam ser aproveitados de forma melhor, principalmente no serviço público, em que vários procedimentos e mecanismos de assistência à saúde e tratamentos dependem da disponibilidade de recursos no SUS (PADILHA, 2001).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

As informações para elaboração do plano de ação foram obtidas através do método de estimativa rápida. Foi solicitado que cada agente comunitário, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico, trouxessem, para uma reunião previamente agendada, uma lista com 05 problemas enfrentados na sua micro área ou dia a dia de trabalho. Na reunião todos os problemas foram listados e discutidos suas governabilidades. Foi realizado, por fim, a priorização de tais problemas.

6.1 Identificação dos Problemas da Comunidade

A partir das informações acima foi possível conhecermos melhor o território e a área de abrangência. Foi identificado como principais problemas na comunidade:

- Aumento do número de medicamentos usados pelos idosos;
- Desconhecimento dos agentes de saúde sobre os principais acometimentos à saúde dos usuários;
- Dificuldade para encontrar pacientes em casa;
- Alto índice de faltas às consultas agendadas;
- Numero de ACS menor do que a demanda;
- Demora no atendimento especialista fora do município;
- Poucas especialidades no município;
- Numero de NASF insuficiente para a demanda;
- Demanda muito grande para consultas médicas no horário do trabalhador;
- Renovação de receitas em horário de acolhimento;
- A ESF se encontra na ponta da área;
- Não há contra referencia.

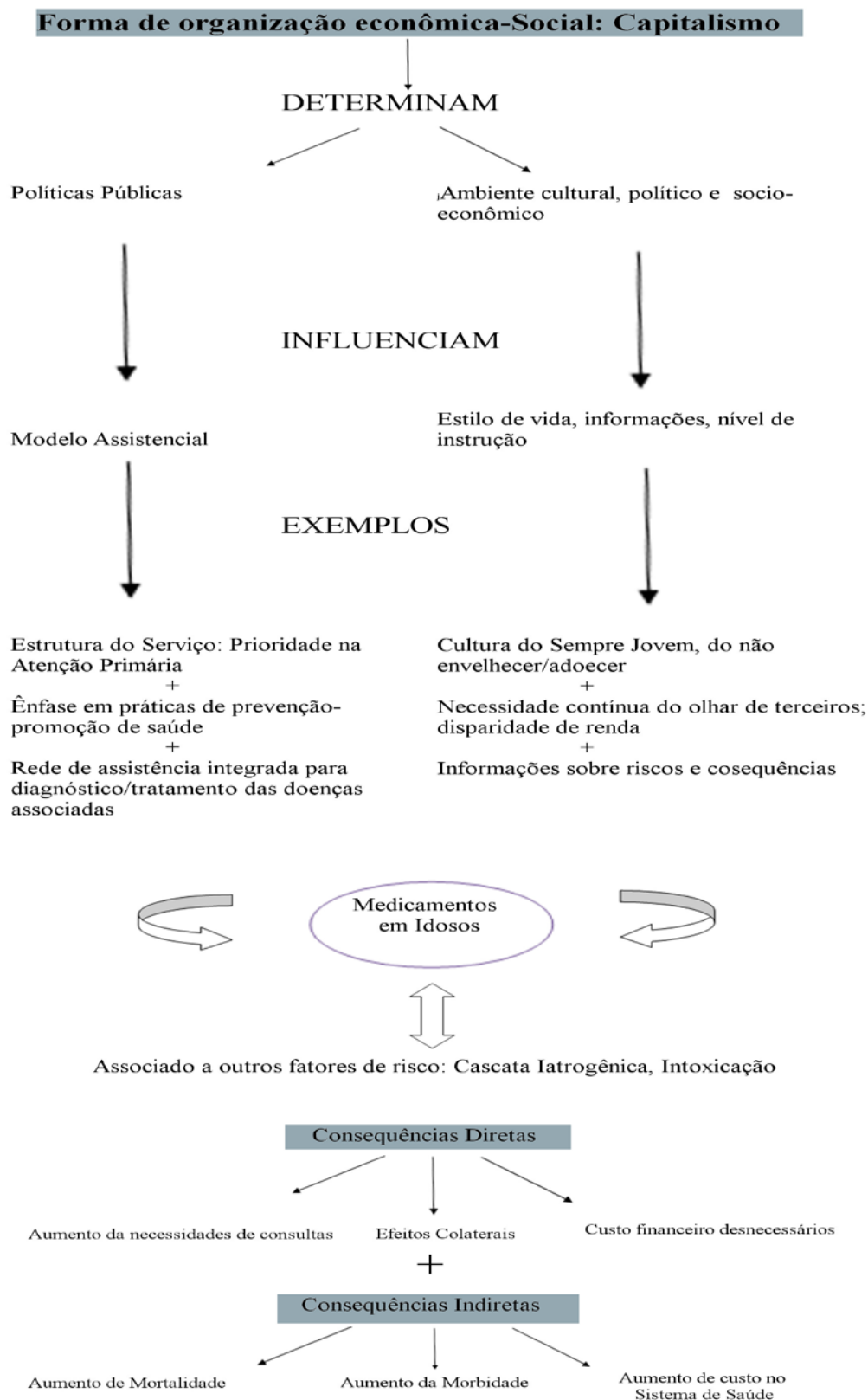
6.2 Priorização dos Problemas

Na discussão diante dos problemas, a governabilidade foi nosso principal critério para priorização das questões listadas. A escolha pela questão medicamentosa do público idoso como prioritária pela nossa equipe se baseou em causas tanto externas quanto internas: o aumento progressivo da porcentagem da população acima de 65 anos assistida na unidade; importante parcela financeira dos usuários dedicados para compra de medicamentos; necessidade contínua de terceiros para monitorar o uso correto das drogas; aumento da demanda para consultas médicas e de enfermagem; aumento do número de procedimentos técnicos de enfermagem, causando assim, sobrecarga de trabalho dentro da unidade; questionamento sobre a real necessidade do uso das medicações de uso contínuo e/ou agudo e o impacto que o uso de grande quantidade de fármacos podem causar em um organismo já envelhecido.

6.3 Descrição e explicação do problema: Aumento do número de medicamentos usados pelos idosos

Em seguida foi necessário compreender como o problema “aumento do número de medicamentos pelos idosos” é produzido, identificar as causas e as relações entre elas (fig. 1).

Figura 1: Árvore explicativa do problema Aumento do número de medicamentos usados pelos idosos



Fonte: Autoria Própria (2014).

6.4 Seleção dos Nós Críticos

Todo problema é consequência de múltiplos fatores interligados ou não denominados nós críticos. Focando na resolução destes nós críticos pode-se impactar e transformar efetivamente o problema.

Os nós críticos foram selecionados considerando a governabilidade da equipe. São eles:

- Cultura do 'sempre jovem', do 'não adoecer' e do 'não envelhecer';
- Capacitação profissional;
- Estilo de vida: stress, tempo ocioso, sedentarismo.

6.5 Desenho das Operações

A partir dos nós críticos, foram elaboradas ações com os atores envolvidos, os recursos necessários e os resultados esperados (quadro 2).

Quadro 2: Planejamento das ações a partir dos nós críticos

Nós críticos	Operação-Projeto	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Cultura do 'sempre jovem', do 'não adoecer' e do 'não envelhecer'	Grupo da melhor idade - Promover maior interação dentre usuários da mesma faixa etária.	Elucidar os idosos sobre o processo natural do envelhecimento, suas consequências e limitações; bem como buscar alternativas para manter a qualidade de vida.	- Grupo operacional com boa adesão	Organizacional: conseguir espaço físico com a associação comunitária Econômico: recursos audiovisuais e lúdicos. Cognitivo: formação de toda a equipe Políticos: adaptar a rotina da unidade para a realização do grupo Mobilização junto com a associação comunitária
Capacitação profissional	Educar + -aumentar a informação da equipe sobre o problema	Toda a equipe tenha conhecimento das causas e consequências do aumento do	-Disponibilização de material educativo para estudo -Realização esporádica de	Organizacional: disponibilização de horário para realização de reuniões. Econômico: material impresso de formação, pessoal

		consumo de medicamentos pelos idosos	estudos de casos	capacitado para ministrar os encontros Cognitivo: estratégias pedagógicas para elaboração do material Político: argumentar com a gestão a importância da capacitação de todos os membros e disponibilização do horário para os encontros
Estilo de vida: stress, tempo ocioso, sedentarismo	Mudança pra ontem! - Estimular a mudança de hábitos de vida da população	Diminuir a ociosidade e o stress com aumento de atividades físicas e de lazer	- Organizar um grupo de atividade física regular (ginástica) com apoio do NASF - Estimular práticas de musica, teatro, dança	Organizacional: local para realização das atividades Econômico: recursos econômicos para disponibilização dos profissionais capacitados e materiais Cognitivo: apoio do NASF Político: articulação com associação comunitária e Inter setorial

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.6 Análise dos recursos críticos, atores e viabilidade

Em seguida partimos para análise dos recursos críticos. Com esses, buscamos os responsáveis que controlam estes recursos bem como seus posicionamentos. Além da elaboração das estratégias de ação (quadro 3).

Quadro 3: Análise dos Recursos críticos e atores envolvidos

Operação/Projeto Motivação	Recursos Críticos Ações Estratégicas	Ator que controla
Grupo da melhor idade	Organizacional: conseguir espaço físico com a associação comunitária	Associação Comunitária
	Econômico: recursos audiovisuais e lúdicos.	Secretaria de Saúde

	Político: adaptar a rotina da unidade para a realização do grupo Mobilização junto com a associação comunitária	Enfermeira coordenadora da unidade
Educar +	Organizacional: disponibilização de horário para realização de reuniões	Enfermeira Coordenadora da unidade
	Econômico: material impresso de formação, pessoal capacitado para ministrar os encontros	Secretaria de Saúde
	Político: argumentar com a gestão a importância da capacitação de todos os membros e disponibilização do horário para os encontros	Enfermeira e Médico da unidade
Mudança pra ontem!	Organizacional: local para realização das atividades	Associação Comunitária
	Econômico: recursos econômicos para disponibilização dos profissionais capacitados e materiais	Secretaria de Saúde
	Político: , articulação com associação comunitária e intersetorial	Enfermeira, Associação Comunitária, Médico e NASF

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.7 Elaboração do Plano Operativo

Neste passo elegemos os responsáveis por cada operação e os prazos necessários para realização dos projetos (quadro 4).

Quadro 4: Plano Operativo

Operação/Projeto	Responsável	Prazo
Grupo da melhor idade	Juliana	60 dias
Educar +	Marlon	7 dias
Mudança pra ontem!	Flávia, Juliana, Marlon e Geraldo	30 dias

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.8 Gestão do Plano

É importante salientar a relevância de elaboração do plano para definir o processo de acompanhamento das ações - a gestão do plano. Segue os indicadores (quadro 5) para o acompanhamento das ações e dos resultados.

Quadro 5: Indicadores dos Resultados

Tabagismo			
Indicadores	Momento atual	Em 1 ano	Em 1 ano e meio
Número/ %	Número/ %	Número / %	
Número de idosos			
Idosos com queixas agudas			
Idosos com aumento progressivo do número de medicamentos em uso			
Relato do idoso de uso equivocado das medicações			
Frequência nas atividades do grupo melhor idade			
Frequência nas atividades de educação física			
Número de estudos de caso/reuniões educativas entre profissionais da equipe			

Fonte: Autoria Própria (2014).

7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

Diante do exposto, observa-se diversas situações e fatores determinantes para a ocorrência dos efeitos iatrogênicos.

Vale a pena enfatizar a sociedade em que estamos inseridos, que vive no modelo capitalista, que sofre influência de diversas condições e variedades culturais, destacando a crença do não envelhecer ou envelhecimento visto de forma negativa, como situações em que haverá limitações e pouca qualidade de vida. A partir dessa situação, o consumo de medicamentos e até mesmo a busca do próprio paciente para uso de medicamentos para modificar situações naturais do envelhecimento, acaba sendo importante e determinante na ocorrência de efeitos iatrogênicos.

Uma vez que tais efeitos ocorrem, geram então, aumento no número de consultas médicas e demanda dos serviços de assistência à saúde, levando então ao aumento dos gastos financeiros e exigindo outra organização das unidades de saúde, além de influenciar o número de morbimortalidade em idosos.

Com o plano de ação realizado, deseja-se que haja aumento do estímulo e do uso de recursos alternativos, não medicamentosos, para amenizar os sinais indesejados do processo de envelhecimento e elucidar aos pacientes sobre a naturalidade do envelhecimento, que isso não seja visto como sinal de adoecimento ou perda de capacidade.

Espera-se também que a equipe toda, atue de forma a reduzir os efeitos iatrogênicos, iniciando na abordagem domiciliar sobre a importância do uso correto da medicação prescrita, avaliação de sinais iatrogênicos nas consultas clínicas de enfermagem e médica, e maior cautela por parte dos profissionais, quanto à avaliação de possíveis incidências de iatrogenia medicamentosa nos idosos e controle e redução dos casos ocorridos.

Por fim, com a atuação multiprofissional, a prática de atividades que proporcionem qualidade de vida serão estimuladas e melhor disponibilizadas na unidade, a partir da atuação do NASF que pode oferecer recursos alternativos, evitando uso desnecessário de medicamentos, como prática de

atividade física, fisioterapia respiratória, motora e preventiva, além de terapias ocupacionais direcionadas ao processo de envelhecimento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A iatrogenia tem como fatores determinantes o desconhecimento, despreparo profissional e a dificuldade de reconhecer limitações e carências em relação à profissão exercida; além da falta de suprir tais determinantes com estudo, troca de experiências e atenção ao paciente.

O aumento da população idosa é um fenômeno que ocorre e está previsto para ocorrer em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, predominando então, a ocorrência de doença crônica degenerativa e sua prevenção, atualmente é feita prioritariamente com uso de medicamentos ou exames de rastreamento, favorecendo a ocorrência de iatrogenia.

A partir da idade idosa, a polifarmácia e uso de medicamentos de forma inadequada são condições que agravam a situação de saúde dos pacientes idosos.

Apesar de a automedicação determinar situações iatrogênicas, a prescrição médica tem muito valor no senso comum, sendo assim, a avaliação clínica cuidadosa e preventiva quanto ocorrência de iatrogenia deve ser enfatizada.

Outro fator importante é a atenção e atendimento prestados de forma fragmentada, considerando apenas a especialidade em questão, deixando de lado o contexto que o paciente está inserido, o sujeito que está no consultório e os fatores ambientais e sociais que influenciam no processo de saúde e doença do paciente.

As iatrogenias podem ser sim, identificadas, minimizadas e até mesmo sanadas, sem que sejam rotuladas de agravo idiopático ou apenas um efeito colateral mantido pelo custo-benefício.

Para tal resultado, é imprescindível que os profissionais se capacitem, tenham interesse e responsabilidade com o trabalho prestado, é necessário também boa vontade, visão holística e abrangente do paciente e seus determinantes de saúde e de doença. Faz-se necessário também a relação multiprofissional, além de trabalho quanto à orientação e estímulo à mudança de hábitos de vida saudáveis que o próprio paciente pode realizar emponderando-o e responsabilizando-o quanto à sua saúde e bem estar.

Fatores que influenciam na ocorrência de iatrogenia em idosos:

- Despreparo profissional;
- Uso de polifarmácia;
- Automedicação;
- Aumento da ocorrência de doença crônica degenerativa e sua prevenção realizada através de uso de medicamentos e exames de rastreamento;
- Fragmentação da assistência.

REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO DAS CIDADES HISTÓRICAS DE MINAS GERAIS. Disponível em: <<http://www.cidadeshistoricasdeminas.com.br/cidade/pitangui/historia/>>. Acesso em 16/05/2014.
2. ARAUJO, M. M. T; SILVA, M. J. P; PUGGINA, A. C. G. **A comunicação não verbal enquanto fator iatrogênico**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 41, n. 3, Set. 2007.
3. BASQUES, M. **Ciência e metafísica na homeopatia de Samuel Hahnemann**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 30, Set. 2009 .
4. BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica**. Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br/resultado/resultado/resultado.seam?cid=1444349>> Acesso em: 18/05/2014.
5. BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315140&search=minas-gerais|pitangui|infograficos:-informacoes-completas>> Acesso em: 16/05/2014.
6. CANINEU, R. *et al.* **Iatrogenia em Medicina Intensiva**. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo , v. 18, n. 1, Mar. 2006 .
7. CARVALHO. J. C. M. **Iatrogenia e Erro Médico sob o enfoque da Responsabilidade Civil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.
8. COMITÉ DE CONSENSO. **Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos**. Ars Pharm., v.43, n.3-4, p.175-184, 2002.
9. CORRER. C. J. *et al.* **Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica**. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. vol. 43, n. 1, jan-mar., 2007
10. FERREIRA, F. **Perfil dos idosos cadastrados em uma unidade de saúde de família do município de Diamantina: Uma visão gerontológica**. 43f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte 2011.
11. FLEMING. I; GOETTEN. L. F; **Medicamentos mais utilizados pelos idosos: Implicações para a enfermagem**. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v.9(2), mai./ago., 2005.
12. HAMURABI. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/hamurabi.htm>>. Acesso em 11 outubro de 2014.
13. INFANTE, A. C. S. **Dor iatrogênica em oncologia e sua prevenção**. Rev Dor. São Paulo, 2011 jan-mar;12(1):54-7.
14. LUCCHETTI, G. *et. al.* **Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2010

15. LUI NETTO, A.; ALVES, M. R. **Responsabilidade Médica**. Rev. bras.oftalmol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, Apr. 2010.
16. MENEZES, T. R. F. **Erro médico e iatrogenia: causa de exclusão da responsabilidade médica?** Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro. Artigo para obtenção de título de pós-graduação. Rio de Janeiro. 2010.
17. PADILHA, K. G. **Considerações sobre as ocorrências iatrogênicas na assistência à saúde: dificuldades inerentes ao estudo do tema**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 35, n. 3, Set. 2001.
18. PADILHA, K. G. **Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, Set. 2001 .
19. PITANGUI. Disponível em <<http://pitanguimg.gov.br/>> Acesso em: 16/05/2014
20. REIS, F. B. et. al. **Iatrogenia em traumatologia**. Acta ortop. bras., São Paulo, v. 10, n. 1, Mar. 2002 .
21. RIBEIRO, W. C.; JULIO, R. S. Reflexões sobre erro e educação médica em Minas Gerais. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, Jun. 2011.
22. SANTOS, J. S; CEOLIM, M. F. **Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 4, Dec. 2009.
23. SCHMIDT, E. *et al.* A iatrogenia como desdobramento da relação médico-paciente. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2011 mar-abr;9(2):146-9
24. STOCO, R. **Tratado de Responsabilidade Civil**. 7. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.
25. SZLEJF, C. *et al.* **Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermaria geriátrica: estudo prospectivo**. Einstein (São Paulo): v.6, n.3:p. 337-342,2008.
26. TAVARES, F. M. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, Aug. 2007. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022007000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Out. 2014.