

EMANUEL GEORGITON DE ABREU

IATROGENIA E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

Campos Gerais
2010

EMANUEL GEORGITON DE ABREU

IATROGENIA E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG como parte das exigências para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica de Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dra. Daclé Vilma Carvalho

Campos Gerais
2010

EMANUEL GEORGITON DE ABREU

IATROGENIA E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG como parte das exigências para obtenção de título de Especialista em Atenção Básica de Saúde da Família.
Orientadora: Prof^a. Dra. Daclé Vilma Carvalho.

Banca Examinadora:

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____ UFMG
Prof. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte ____ / ____ / ____

Campos Gerais
2010

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que me deu força, sabedoria e discernimento para seguir em frente e conquistar meus objetivos. É a todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte da minha vida no decorrer deste curso.

Hoje, acabo de vencer mais uma batalha e não poderia deixar de agradecer... A Deus, por ter sido meu refúgio e meu porto seguro nos dias de angústia e solidão; Aos meus pais Paulo e Eurides por todo carinho, amor e incentivo; Aos familiares, o meu agradecimento, pelo incentivo e apoio; Aos professores do curso, compartilhadores de seus conhecimentos; Aos colegas pela convivência, compartilhando os prazeres e dificuldades desta jornada.

"A questão fundamental da vida é "atitude", de nada adianta termos atingido uma nova visão de pessoa, de potencial humano, de sociedade, se não a utilizarmos para efetuar mudanças."

Wainer Sailor

RESUMO

O envelhecimento é processo comum, que se inicia com o nascimento e se prolonga por todas as fases da vida. Apesar de não haver um momento específico que defina uma pessoa como idosa, a idade de 60 anos tem sido tradicionalmente associada a essa fase da vida por sinalizar o momento em que, nas sociedades industrializadas, as pessoas geralmente deixam de ser a força de trabalho. Toda etapa da vida tem suas particularidades com relação à saúde, isso não é diferente com a pessoa da terceira idade, devido a progressiva deterioração da vitalidade e o aparecimento de patologias, o idoso necessita de uma atenção mais individualizada à saúde, cabendo à Estratégia de Saúde da Família (ESF), o planejamento de ações de promoção e prevenção para atender a esta parcela da população. Portanto, faz-se necessário que a equipe de saúde que atua em PSF esteja habilitada para atuar de modo a contribuir na prevenção de agravos à saúde da pessoa idosa. Diante desse contexto a fez-se as seguintes indagações: como a saúde se agrava no processo do envelhecimento? Qual a concepção de iatrogenia? Como promover a qualidade de vida à população idosa na ESF? Para responder a estas questões foi realizada uma pesquisa bibliográfica tipo narrativa. A literatura consultada aponta que a prevenção é particularmente importante nos idosos, atendendo à redução fisiológica da sua reserva funcional e conseqüente risco acrescido de iatrogenia - nomeadamente farmacológica. Sendo, a iatrogenia e multifármacos, prevalentes em idosos, decorrentes da incidência de mais de uma doença crônica, identificar sinais de interação entre medicamentos e efeitos adversos; referenciar para o atendimento médico para estabelecimento de prioridades; promover esclarecimentos sobre os riscos da auto-medicação em atendimentos individuais, atividades em grupo e visitas domiciliares; e, ofertar ações que possam substituir a necessidade de maior número de medicamentos são ações importantes da ESF para prevenção de agravos e promoção da saúde.

Palavras-chave: Iatrogenia. Saúde na 3ª idade. Estratégia de saúde da família. Atenção ao idoso.

ABSTRACT

Aging is common process that begins with birth and continues through all stages of life. Although no one specific moment that defines a person as elderly, the age of 60 has traditionally been associated with this phase of life by signaling the moment when, in industrialized societies, people generally stop the work force. Every stage of life has its own peculiarities with regard to health, this is no different with the person of old age, due to progressive deterioration of vitality and appearance of diseases, the elderly need more individualized attention to health, while the Health Strategy Family (ESF), the planning of actions of promotion and prevention to address this portion of the population. Therefore, it is necessary that the healthcare team that works in habilitada PSF is to act so as to contribute to the prevention of harm to health of the elderly. Given this context made it to the following questions: such as health worsens in the aging process? What is the concept of iatrogenic? How to promote quality of life to the elderly population in FHS? To answer these questions a survey was conducted bibliographic type narrative. The literature indicates that prevention is particularly important in the elderly, given the physiological reduction of functional reserve and its consequent increased risk of iatrogenic - including pharmacology. Since, the iatrogenic and multidrug, prevalent in the elderly, resulting in the incidence of more than one chronic disease, identify signs of interaction between drugs and adverse effects; reference for medical care for setting priorities, promoting information on the risks of self-medication in individual assistance, group activities and home visits, and, offering actions that can replace the need for more drugs are important actions of the FHS for disease prevention and health promotion.

Key-words: Iatrogeny. Health in 3rd age. Strategy of family health. Elderly care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
3 PERCURSO METODOLÓGICO	13
4 RESULTADOS	15
4.1. CARACTERÍSTICAS DAS PUBLICAÇÕES	15
4.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: considerações gerais	18
4.3 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E AGRAVOS A SAÚDE DO IDOSO	21
4.4 IATROGENIA: aspectos conceituais	27
4.5 METODOLOGIAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA PREVENÇÃO DE IATROGENIAS NA PROMOÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
6 REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é processo comum, que se inicia com o nascimento e se prolonga por todas as fases da vida. Apesar de não haver um momento específico que defina uma pessoa como idosa, a idade de 60 anos tem sido tradicionalmente associada a essa fase da vida por sinalizar o momento em que, nas sociedades industrializadas, as pessoas geralmente deixam de ser a força de trabalho.

Segundo Ramos (1995), o processo de envelhecimento é uma condição irreversível a que todos estão sujeitos, e se deve ter uma melhor compreensão, principalmente no período atual, em que ocorre um crescente número da população de idosos.

A cada dia que passa, vêm ocorrendo um maior crescimento da população idosa em nosso país. De acordo com dados de projeção do IBGE, hoje existem mais de 10 milhões de idosos no país e em 10 anos serão mais de 15 milhões, ou seja, um crescimento de 50%. Com o envelhecimento da população cresce também a preocupação com a saúde. As medidas de prevenção de doenças devem ser focadas em aumentar os anos de vida vividos com saúde, e não meramente prolongar a vida (BERZINS, 2003).

É preciso que a sociedade leve em consideração e procure aceitar o idoso como pessoa, porém sem desconhecer suas necessidades distintas, que devem ser atendidas. Pois o que geralmente se observa é a visão do idoso apenas como alguém improdutivo e doente a espera da morte. Este conceito deve mudar, pois, conforme previsões, teremos em 2025 uma população de 15% de idosos, o que corresponderá a aproximadamente 33.882 pessoas com mais de 60 anos (VERAS, 1994) .

Em verdade, com o avançar da idade todos se tornam mais propensos a desenvolver doenças crônicas. Em parte por alterações orgânicas próprias do envelhecimento, mas principalmente, por hábitos inadequados que, durante toda a vida, prejudicaram nossos determinantes básicos da saúde.

A expectativa da população de um modo geral aumentou; logo o número de pessoas idosas vem crescendo consideravelmente. E a este crescimento notável, devemos ao fato das doenças de infância que antigamente levavam um número muito alto de crianças a morte. Sendo assim, é necessária a preocupação com a maneira que estamos envelhecendo, ou seja, a qualidade de vida é um fator importante no processo de envelhecimento (ARRUDA, 2007).

Além desse importante fator, a diminuição da taxa de mortalidade e declínio da fecundidade e a evolução tecnológica como procedimentos, diagnósticos e terapias cada vez mais sofisticadas contribuindo com a promoção, prevenção e o tratamento de certas patologias têm influenciado significativamente com crescimento da população idosa. Essas alterações, juntamente às desigualdades socioeconômicas, estão afetando de forma significativa a estrutura etária da população, ocasionando problemas que necessitam de solução imediata para assegurar ao idoso, oportunidades de preservar sua saúde física e mental e aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual, em condições de autonomia e dignidade (IBGE, 2000 *apud* MARZIALE, 2003).

A pessoa idosa fica mais propensa ao desenvolvimento de algumas doenças e conseqüentemente a elevados índices de consultas e internações, ficando estes à mercê de cuidados da equipe multidisciplinar e, portanto, sujeitos à iatrogenias.

Segundo Ferraz *et al.*(1982), sob o enfoque da competência profissional, a iatrogenia, é definida como negligência, quando decorrente de condutas que se encontram abaixo dos padrões estabelecidos, caracterizando um erro profissional e, portanto, passível de penalidades. Por outro ponto de vista, de acordo com Lima *et al.* (1998), a iatrogenia pode ser vista como um evento indesejável, de natureza danosa ou prejudicial ao paciente, conseqüente ou não de falha do profissional envolvido na assistência.

A capacidade funcional ao longo da vida vai reduzindo, na terceira idade é importante manter a independência da pessoa idosa para as atividades da vida diária e prevenir incapacidade, visando a qualidade de vida. O processo natural de envelhecimento associado às doenças crônicas é o responsável pela limitação do idoso. Nesta fase da vida é importante focar sempre na prevenção, pois nem sempre

o indivíduo irá manifestar sintomas de doença, até o idoso aparentemente saudável requer cuidados, pois as manifestações de doenças nos idosos são: atípicas, subclínicas, os sintomas são inespecíficos e geralmente não relatados, o início é insidioso e é muito fácil “perder” um diagnóstico. A iatrogenia aparece como uma das principais ocorrências no idoso, seguida de instabilidade, incontinência, imobilidade e insuficiência.

Toda etapa da vida tem suas particularidades com relação à saúde, isso não é diferente com a pessoa da terceira idade, devido a progressiva deterioração da vitalidade e o aparecimento de patologias, o idoso necessita de uma atenção mais individualizada à saúde, cabendo à Estratégia de Saúde da Família, o planejamento de ações de promoção e prevenção para atender a esta parcela da população. Portanto, faz-se necessário que a equipe de saúde que atua em PSF esteja habilitada para atuar de modo a contribuir na prevenção de agravos à saúde da pessoa idosa. Diante desse contexto trago (ou faço) as seguintes indagações:

Como a saúde se agrava no processo do envelhecimento?

Qual a concepção de iatrogenia?

Como promover a qualidade de vida à população idosa na ESF?

Buscando respostas para estes questionamentos, desenvolvemos a presente pesquisa justifica-se por discutir os procedimentos da equipe multidisciplinar com relação à iatrogenia, e suas consequências para a população da terceira idade. Esta pesquisa é relevante por tratar da temática da saúde na terceira idade com foco sobre a proposição de ações para a melhoria da assistência prestada pela Estratégia de Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

- Apresentar a questão do processo de envelhecimento, a fisiologia do idoso e as principais patologias que acometem a população idosa;
- Discorrer sobre as concepções de iatrogenia;
- Descrever ações de Estratégia de Saúde da Família para prevenção de iatrogenias e promoção da qualidade de vida na pessoa idosa.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se uma pesquisa bibliográfica narrativa. De acordo com Aragão (2008), a pesquisa narrativa trata-se de uma forma de construção do conhecimento que ocorre por meio de experiências construídas continuamente. Esse autor enfatiza ainda que a “pesquisa narrativa que auxilia no desenvolvimento da prática e a responsabilidade neste processo contínuo, evidenciando o valor da reflexão como elemento transformador de experiências (p. 298).”

Esta pesquisa bibliográfica inclui a revisão de artigos indexados na base de dados Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BDEF (Bases de Dados de Enfermagem) através da via de acesso Internet, disponíveis na BIREME.

Segundo Almeida Júnior (1989) “pesquisa bibliográfica seria para o autor uma atividade de consulta e localização de fontes de informações escritas a respeito de determinado tema”. A etimologia grega da palavra bibliografia (biblio = livro; grafia = descrição, escrita) sugere a pesquisa em meios escritos, continua o autor.

Frente aos objetivos do estudo, foi realizado um o levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: pela biblioteca virtual BIREME, no banco de dados do SCIELO e na Base de Dados Bibliográficos Especializada na área de Enfermagem do Brasil – BDEF, na base de dados do Ministério da Saúde. Além disso, foi também realizada uma busca manual em livros referentes à temática estudada, monografias e dissertações.

Como descritores de assunto, palavras e títulos, utilizar-se-á: “iatrogenia”, “saúde na 3ª idade”, “estratégia de saúde da família” e “atenção ao idoso”. A seguir apresentam-se os critérios para seleção da amostra:

- Serão considerados apenas os artigos publicados em periódicos nacionais;
- Somente os artigos disponibilizados com texto completo foram incorporados neste estudo;
- Artigos que respondam ao que foi proposto nos objetivos deste estudo;
- Periódicos indexados no banco de dados SCIELO e BDENF;
- Artigos publicados até o ano de 2010. Não se limitando à busca por período já que se tem o interesse de realizar uma revisão bibliográfica a mais completa possível; e,
- Todos os artigos independentes do método de pesquisa utilizados;
- Livros e teses sobre o assunto.

De acordo com os critérios foram identificados, 14 (quatorze) livros, 13 (treze) artigos e 2 (duas) dissertações de mestrado, que constituíram a amostra de publicações pesquisadas.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DAS PUBLICAÇÕES UTILIZADAS

Os 29 trabalhos utilizados estão discriminados no Quadro 1

Quadro 1 - Distribuição da produção científica pesquisada de acordo com o ano de publicação, tipo, periódico ou editora, título do trabalho e número de autores.

ANO	TIPO	PERIODICO/ EDITORIA	TITULO DO TRABALHO	Nº AUTOR ES
1981	LIVRO	Pioneira	A Evolução da Medicina.	1
1982	ARTIGO	Rev. Esc. Enferm. USP	Iatrogenia: implicações para a assistência de enfermagem.	5
1990	LIVRO	Nova Fronteira	A Velhice.	1
1993	LIVRO	Cultura Médica	Sinopse de Psiquiatria - Iatrogenias Adolpho Hoirisch.	1
1995	ARTIGO	Coimbra Med	Doença iatrogênica.	1
1995	ARTIGO	Gerontologia	O país do futuro não pensa no futuro	1
1996	LIVRO	Atheneu	Serviços de atenção à saúde do idoso	2
1996	ARTIGO	Rev Bras Med.	Iatrogenia no idoso.	5
1997	ARTIGO	Revista Texto & Contexto Enfermagem/UFSC	A especificidade da enfermagem na equipe interdisciplinar.	1
1998	ARTIGO	Rev. Saúde Pública	Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados.	8
1998	ARTIGO	Rev. Paul. Enferm. USP	Métodos dialíticos e ocorrências iatrogênicas de enfermagem na UTI: análise da formação teórico-prática dos enfermeiros.	5
2000	LIVRO	Ministério da Saúde	Ações Prioritárias na Atenção Básica em Saúde/Secretaria Executiva.	1
2000	ARTIGO	Rev. Paul. Enferm.	A prática de enfermagem em UTI e as ocorrências iatrogênicas: considerações sobre o contexto atual.	1
2002	LIVRO	Koogan	A integração do idoso a prática de saúde.	1
2002	LIVRO	Proposta Editorial	O envelhecimento populacional brasileiro e o setor da saúde.	1

2002	LIVRO	Koogan	A formação de recursos humanos em gerontologia: Fundamentos epistemológicos e conceituais.	1
2002	DISSERTAÇÃO	Universidade Federal de Santa Catarina	O Envelhecer segundo adolescentes, adultos e idosos usuários do SESC Maringá: um estudo de representações sociais.	1
2003	ARTIGO	Rev. Latino-Am. Enfermagem	A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem.	1
2003	ARTIGO	Revista Serviço Social e Sociedade	Envelhecimento populacional: Uma conquista a ser celebrada.	1
2003	LIVRO	Koogan	Introdução à enfermagem Gerontológica.	2
2004	LIVRO	Manole	Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso.	2
2004	LIVRO	FAPESP	A reinvenção da Velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento.	1
2005	LIVRO	Subsecretaria de Direitos Humanos	Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas.	4
2005	LIVRO	Atheneu	Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica.	2
2005	LIVRO	Unati	Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro.	1
2006	DISSERTAÇÃO	Universidade Federal do Espírito Santo	Participação: um estudo sobre idosos.	1
2007	ARTIGO	Rev. Psicologia Brasil.	Sentido de Envelhecer.	1
2010	ARTIGO	IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	1
2010	ARTIGO	Organização Mundial da Saúde	Conceito de envelhecimento.	1

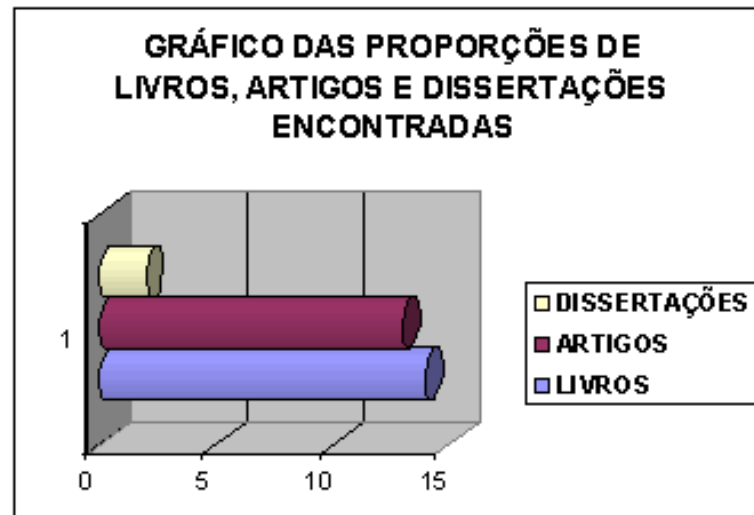


Gráfico 1 - Proporção de livros, artigos e dissertações selecionados para estudo

De acordo com os critérios para seleção da amostra, o maior número de referências foi de livros (14) que foram encontrados nas bibliotecas das faculdades e universidades do município de Campos Gerais/MG, e de um município vizinho. Foram também utilizados 13 artigos e duas dissertações por meio de pesquisa eletrônica nos bancos de dados e bibliotecas eletrônicas, conforme descrito no capítulo anterior.

4.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: considerações gerais

O processo de urbanização, a melhoria das condições sanitárias e de saúde da população, o aumento da oferta de alimentos, de medicamentos, vacinas, tem promovido grandes alterações na estrutura da sociedade, modificando as pirâmides etárias populacionais em todo o mundo. O processo de envelhecimento da população ocorre de maneira distinta em países centrais e os periféricos. Em países considerados desenvolvidos ou centrais, tal processo se deu de forma lenta e gradual - ao longo de mais de 100 anos - acompanhado de progresso socioeconômico e da melhoria das condições de vida da população, e nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, essa transição foi vertiginosa, o que torna ainda mais complexa essa transição e colocam o idoso numa situação de vulnerabilidade (BERZINS, 2003).

De acordo com Debert (2004), o envelhecimento envolve uma dinamicidade, ocorrendo de forma progressiva e inevitável, muitas são as mudanças que ocorrem no organismo, que vão desde mudanças morfológicas, à mudanças bioquímicas, funcionais e psicológicas ocasionando maior predisposição a processos patológicos que acabam levando a morte. Esse quadro modificou-se de forma significativa através da adoção de novas medidas de prevenção de doenças por meio dos programas de saúde, avanço da medicina e avanços tecnológicos, melhoria na qualidade de vida da população com conseqüente envelhecimento populacional o que levou à necessidade da promoção de diversos estudos geriátricos e gerontológicos.

Segundo Prado (2006), o envelhecimento populacional no Brasil é um tema bastante contemporâneo. Com aumento da longevidade, houve ampliação do número de idosos no país, o que coloca na agenda do Estado a necessidade de dar respostas às mais diversas demandas dessa população. A compreensão disso só é possível situando esse fenômeno no conjunto das relações que historicamente se estabeleceram na sociedade brasileira e a forma particular de desenvolvimento do capitalismo.

Dessa forma, encontra-se, hoje, a população em franco processo de envelhecimento e ainda prescindir-se de conhecimentos e estrutura necessários ao cuidado desse envelhecer. Mesmo com a extensão da atenção à saúde, ocorrida a partir dos anos 80, aborda-se o idoso, na maioria das vezes, de modo limitado às enfermidades crônicas e em consultas individuais esporádicas, sem continuidade, e desconsiderando o impacto desse quadro na qualidade de vida (BRASIL, 2000).

Segundo Brito e Ramos (1996), os idosos numericamente vêm aumentando significativamente nos últimos anos, pois a velhice é uma etapa do ciclo da vida, que uma parcela crescente da população brasileira vem alcançando e desfrutando por mais tempo, em virtude do aumento da expectativa de vida e do acelerado envelhecimento populacional do país nas últimas décadas. Esta mudança no perfil demográfico, iniciada na segunda metade dos anos 70, quando houve um declínio da taxa de natalidade, aponta que para o ano de 2025 existirá no Brasil, aproximadamente 30 milhões de idosos que representarão 15% da população total.

Dessa forma compreende-se que a população vem envelhecendo gradativamente, sabe-se que,

os anos de 1975 a 2025 corresponderão à era do envelhecimento, marcada pelo crescimento demográfico da população idosa, o que decorre, principalmente do controle da natalidade e do aumento de gerontes já representa um grande problema, no futuro próximo, o Brasil viverá a mesma situação. As projeções estatísticas apontam que até ano 2025, ocuparemos o 6º lugar do mundo no que se refere à população idosa, modificando-se, portanto a pirâmide populacional, conduzindo a um repensar sobre as políticas de saúde (reestruturação das ações de saúde), sociais e econômicas (ROACH, 2003, p. 33).

Essas mudanças demográficas, agregadas às desigualdades socioeconômicas, estão afetando de forma significativa a estrutura etária da população, ocasionando problemas que necessitam de solução imediata para assegurar ao idoso, oportunidades de preservar sua saúde física e mental e aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual, em condições de autonomia e dignidade (IBGE, 2000 *apud* MARZIALE, 2003).

Os dados demográficos mostram a necessidade urgente dos gestores e políticos brasileiros observarem o panorama dessa transição, e, em conjunto com a sociedade, num breve espaço de tempo, discutir as políticas públicas de atenção ao idoso (MARZIALE, 2003).. Estas políticas devem estar de acordo o conceito de envelhecimento ativo da Organização Mundial de Saúde (2010), que consiste em levar, na medida em que envelhecemos, uma vida produtiva e saudável na família, na sociedade e na economia. Neste sentido deve-se levar em conta todas as dimensões da vida física, mental, social e espiritual.

4.3 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E AGRAVOS A SAÚDE DO IDOSO

Com o avançar da idade, em geral, as pessoas sofrem alterações anatômicas e funcionais, como exemplo, a diminuição da altura e peso. Consegue-se manter a altura até os 40 anos. A partir dessa idade reduz-se à cerca de um centímetro por década até os 70 anos, quando a redução é provavelmente maior. Esta diminuição ocorre pelo fato das alterações osteoarticulares da coluna, caracterizada por achatamento das vértebras (FILHO; NETTO, 2005).

Segundo Filho e Netto (2005) a composição do corpo é alterada com o desenvolvimento e o envelhecimento em ambos os sexos. A água é o principal componente ela corresponde a 70 % do organismo na criança, no adulto jovem 60% e no idoso 52%. Esta diminuição do adulto jovem quanto ao idoso se deve pelo fato da diminuição celular. Quanto ao idoso podemos considerar um indivíduo desidratado crônico, devido pela perda de água no organismo.

Na fase de envelhecimento todos os tecidos do organismo passam por transformações, variando de intensidade dependendo do indivíduo e do tecido, observa-se em algumas pessoas a predominância destas modificações em alguma parte do organismo ou em outras localizações. Com o envelhecimento mais colágeno é formado, surgem ligações cruzadas na molécula e há maior resistência á ação da collagenase. Em conseqüência aumenta a rigidez dos tecidos e há maior dificuldade de difusão dos nutrientes dos capilares para as células e dos metabólitos das células para os capilares, o que ocasionaria deterioração progressiva da função celular.

Com o envelhecer acontecem mudanças mais visíveis nas fibras elásticas maduras, ocorre um aumento na quantidade de fibras elásticas, alterando na sua composição de aminoácidos, fragmentação e irregularidade de forma, além do depósito de cálcio. Tais alterações determinam mudanças nas características funcionais das mesmas, ocasionado redução da elasticidade dos tecidos que as contêm. Na pele envelhecida podemos observar é a fragmentação das fibras elásticas. As

tortuosidades significam que as fibras foram esticadas e a seguir perderam a elasticidade, determinando como consequência dobras ou rugas (SILVESTRE, 2002).

O sistema nervoso é designado um componente fundamental para qualquer organismo, pois é neste local que ocorre a integração das atividades orgânicas, os centros reguladores localiza-se no cérebro, quanto aos idosos um homem de 70 anos de idade tem uma redução de 5% do peso cerebral e aos 90 anos reduz a 20%. A atrofia é observada na camada cortical como na substância branca (FILHO; NETTO, 2005).

A perda gradativa dos neurônios também é perceptível, uma vez que,

o indivíduo tem armazenado cerca de 10 bilhões de neurônios, sendo que a partir dos 25 a 30 anos de idade há uma perda diária de 50.000 a 100.000. Esta perda celular é maior no córtex e menor no tronco cerebral, onde, geralmente se localizam os centros reguladores da homeostase (SILVESTRE, 2002, p. 256).

A sinapse, ou seja, a forma de comunicação entre neurônios através de vesículas chamadas de neurotransmissores também sofre alterações. Com o envelhecimento estes neurotransmissores sofrem uma diminuição prejudicando este processo. Os idosos têm uma sensibilidade diminuída quanto ao tato, a temperatura do ambiente e suas variações devido à alteração que ocorre com os receptores cutâneos ou esterorreceptores e os remanescentes (ROACH, 2003).

Conforme Filho e Netto (2005) o sistema endócrino também é influenciado pelo processo de envelhecimento, principalmente nas localidades das glândulas hormonais, receptores hormonais e nas células alvo. O hormônio do crescimento é produzido pela hipófise tem um papel importante na ação protéica e na lipólise, estimula o crescimento tecidual, sendo o efeito mediado pelas somatomedinas produzidas no fígado sob sua estimulação.

Por todas estas alterações enfatizadas acima se discutem sobre a necessidade de ações mais pontuadas com relação a saúde do idoso que está sujeito a vários agravos como os destacados a seguir.

Depressão

Conforme Rebelatto e Morelli (2004), a ocorrência da depressão na terceira idade acontece sem causa óbvia ou por fator desencadeante, mas frequentemente em idosos há uma causa, devido aos fatores emocionais que são acometidos como: a perda do seu companheiro (a), status ocupacional, doenças degenerativas enfim entre outras patologias.

Os fatores biológicos, psicossociais e sociais, podem também, contribuir para a diminuição do humor na terceira idade, eles podem gerar confusão a respeito das características clínicas da depressão nessa idade (FILHO; NETTO, 2005).

Segundo Carvalho (2002):

Foi realizada uma pesquisa recente que indica que os idosos têm uma prevalência de depressão maior é aproximadamente, 1% de distímia, 2% de transtorno de ajustamento com humor depressivo 4%. Uma porcentagem maior de 15% tem sintomas depressivos que não preenchem critérios para os diagnósticos anteriores (CARVALHO, 2002, p.855).

Osteoporose

A osteoporose é um distúrbio que se caracteriza por apresentar uma diminuição da massa óssea total por uma mudança na estrutura óssea, a qual eleva a susceptibilidade à fratura, A doença assintomática, lenta e progressiva (REBELATTO; MORELLI, 2004).

Há uma estimativa, de acordo com o Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE, 2000), de que atualmente entre 8 a 10 milhões de brasileiros com mais de 60 anos tenham osteoporose. Maiores vítimas da enfermidade, as mulheres têm um risco quatro vezes maior de desenvolvê-la principalmente em função da diminuição

dos hormônios sexuais femininos. Os homens, porém não estão livres um em cada oito homens com mais de 50 anos terá pelo menos uma fratura causada pela osteoporose ao longo da vida.

Seguem alguns fatores que podem ser desencadeantes de doenças: mulher ser branca, não obesa com estrutura de pequeno porte, baixa massa óssea, menopausa precoce, envelhecimento, ter história familiar da doença. As mulheres afro-americanas apresentam um número maior de massas ósseas, sendo menos susceptíveis à osteoporose. Já nos homens por apresentarem um pico de massa óssea elevada e poucas alterações hormonais a doença ocorre com velocidade menor e em uma idade mais avançada. Essa patologia é considerada um grave problema de saúde pública e uma das mais importantes doenças relacionadas ao envelhecimento (FILHO; NETO, 2005).

Doença de Alzheimer

Segundo Camarano *et al.* (2005):

A Doença de Alzheimer está entre o grupo de doenças de maior incidência na população idosa, identificada em 50 a 60% dos casos de demência do indivíduo idoso. Esta doença causa um impacto na família do idoso não somente devido ao diagnóstico propriamente dito, mas às dificuldades que os familiares/cuidadores encontram em lidar com as inúmeras mudanças que gradativamente vão se instalando na pessoa doente. Essa doença caracteriza-se por uma deterioração crônica e progressiva das funções mentais, provocando um declínio na memória e nas funções intelectuais, alterações do humor e da linguagem, além de outros sinais e sintomas que vão surgindo lentamente (CAMARANO *et al.*, 2005, p 15).

Esta doença acomete mais comumente as pessoas que apresentam mais de 50 anos, estando assim, diretamente ligada com a idade; ocasiona também déficit na cognição, em especial na memória. Até o momento não foi encontrada a cura, mas existem várias formas de tratamento que ameniza os sintomas da Doença de Alzheimer. Mas não uma causa específica para esta patologia (FILHO; NETTO, 2005).

Sendo considerada uma deterioração das funções físicas e mentais resultantes da idade avançada, a senilidade não possui necessariamente relação com a Doença de Alzheimer.

De acordo com o Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a doença de Alzheimer é normalmente considerada a causa mais comum de demência em todo o mundo. Atualmente estima-se que no mundo há cerca de 17 e 25 milhões de pessoas com a Doença de Alzheimer, que representa 70% das doenças que afetam a população geriátrica, sendo assim é a terceira causa de morte, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e para o câncer. Um alerta importante é de se confundir distúrbios causados pelo envelhecimento normal.

Aterosclerose

A aterosclerose, de acordo com Rebelatto e Morelli (2004), é uma doença crônica degenerativa que ocasiona à obstrução das artérias (vasos que levam o sangue para os tecidos) e pelo acúmulo de lipídios (principalmente colesterol) em suas paredes. A aterosclerose pode causar danos a órgãos importantes ou até mesmo levar à morte. Esta doença está superando as decorrentes causas externas, doenças malignas e as decorrentes de moléstias respiratórias, a cada ano está aumentando o quadro de mortalidade decorrente desta doença.

Segundo Filho e Netto (2005), ainda é desconhecida a causa da arteriosclerose, mas sabe-se que o fator hereditário é de grande importância. Os hábitos alimentares, ricos em gorduras (colesterol) é também um fator predisponente. O aumento de gorduras no sangue também pode ocorrer em algumas doenças, principalmente aquelas que apresentam diminuição do colesterol da alta densidade (CAD ou HDL-colesterol bom e aumento do colesterol de baixa densidade (CBD-colesterol mal)). Sabe-se que o tipo da personalidade pode favorecer o processo de arteriosclerose, destacando-se então as pessoas tensas e ansiosas. É um processo progressivo e inexorável.

Quando ocorre um excesso de material gorduroso dentro de determinados vasos sanguíneos ou artérias pode ocorrer alguma lesão como: estrias lipídicas que se

caracteriza pela a existência de estrias (manchas amareladas) na íntima das artérias de grande e médio calibre. Elas podem regredir, estacionar ou evoluir para placas fibrosas. Ateromas (placas fibrosas) é a lesão mais característica da doença. São lesões de forma e tamanhos variados, às vezes confluentes, amareladas. Localizam-se na íntima dos vasos fazendo uma protusão para a sua luz. Placas complicadas: devido à deposição de sais de cálcio nas placas fibrosas (calcificação). Pela formação de placas hemorrágicas (acúmulo de sangue na intimidade do ateroma). Perda do revestimento endotelial formando placas ulceradas. Formação de trombose (placas trombosadas) (REBELATTO; MORELLI, 2004).

Hipertensão Arterial

Sendo considerada como um dos principais fatores em mais de 200.000 mortes ao ano em todo mundo, aparece a hipertensão arterial. Esta antecede em 75% em todos os casos de insuficiência cardíaca que é a causa mais comum de hospitalização nos pacientes acima de 65 anos.

Conforme Rebelatto e Morelli (2004), a hipertensão arterial surge como um dos principais fatores relacionados ao desencadeamento de doenças cardiovasculares, como arteriosclerose coronariana e a insuficiência cardíaca. Na maioria das ocorrências de hipertensão é impossível a identificação da causa que a originou. Desta forma, o tratamento tem como objetivo o controle da pressão arterial, já que para a mesma não há cura, portanto, um controle adequado da pressão arterial se faz necessário.

Na terceira idade, situações como a hipertensão arterial necessita de uma atenção especial, em ocorrência de terem vários fatores de contribuição como: a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, etilismo, distúrbios da tireóide, ingestão excessiva de sal, entre outros. Todos estes fatores de risco contribuem a elevação da pressão arterial.

4.4 IATROGENIA: aspectos conceituais

Iatrogenia é uma palavra de origem grega, formada por "iatro" que significa médico e "gênese", origem, sendo definida ora pela ação prejudicial dos profissionais de saúde, inclusive da equipe de enfermagem, durante a prestação da assistência, ora pelo resultado indesejável relacionado à observação, monitorização ou intervenção terapêutica (LIMA *et al.*, 1998).

Ainda segundo Lima *et al.* (1998), nos tempos atuais, existem dois aspectos, sob os quais a iatrogenia pode ser encarada: *lato sensu e stricto sensu*. Entende-se por iatrogenia *lato sensu*, o ato que causa dano ao paciente, seja esse ato realizado dentro das normas recomendáveis, seja causado por um erro médico proveniente de uma ação culposa, exteriorizada através da negligência, imperícia ou imprudência. A *iatrogênica stricto sensu*, que, por sua vez, é aquela causada pelo atuar correto desta equipe. No entanto, ainda assim sobrevém ao paciente uma lesão em decorrência daquele agir, lesão que muitas das vezes pode até ser fatal.

A iatrogenia define o resultado indesejável pela ação prejudicial não intencional dos profissionais de saúde, relacionado à observação, monitorização ou intervenção terapêutica, caracterizando uma falha profissional por negligência. A imprudência do profissional relacionada à percepção inadequada ou má utilização da comunicação não-verbal na interação com o paciente pode caracterizar uma ocorrência iatrogênica à medida que traz sequelas psicológicas ao paciente, influenciando de maneira decisiva o compromisso terapêutico e o curso do tratamento (PADILHA, 2000).

Nas antigas civilizações, já se podia observar a correlação entre o cuidado com as doenças, e a existência de atos iatrogênicos. Os Incas utilizavam a trepanação para afastar as doenças mentais. No Império 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. 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" (KROPF, 1993).

Segundo Kropf (1993), o processo histórico da transfusão de sangue transporta consigo até hoje uma grande bagagem iatrogênica. Começa em 1490, quando com intuito de prolongar a vida do Papa Inocêncio VII, que se encontrava muito idoso e fraco, retiram sangue de três crianças dando para o Papa ingerir por via oral. O paciente não melhorou; as crianças morreram; e o médico "inventor" do método teve que fugir da cidade.

Antigamente, os médicos exerciam isoladamente suas funções, ou seja, apenas em consultórios e domicílios dos pacientes, uma vez que os hospitais se prestavam somente para doentes mentais, indigentes, leprosos e terminais. Não existiam médicos especialistas e sim alguns detentores de segredos curativos.

Já, na atualidade, visualiza-se o surgimento dos jalecos brancos, até então usados somente por cientistas e pesquisadores, anunciando o casamento entre as ciências emergentes (química, física, biologia) e a medicina. Desta união aparecem as especialidades médicas com seus aparelhos cada vez sofisticados, métodos diagnósticos invasivos, medicamentos ultra específicos, sondas, próteses, tubos, respiradores, marca passos, transplantes. O homem vem sendo estudado e tratado cada vez mais detalhadamente, com "especialistas" em todos os aparelhos e sistemas do organismo humano (OLIVEIRA, 1981).

Segundo Serra (1985), através de uma pesquisa realizada pelo *Journal of The American Medical Association* foi possível a verificação de 225.000 óbitos por ano devido a causas iatrogênicas, tornando a iatrogenia uma das principais causas de óbitos, e esse número não inclui deficiências e outros problemas, apenas os óbitos ocorridos nos hospitais. Anualmente o número de óbitos devido a erros médicos é quatro vezes maior do que o número de óbitos durante toda a guerra do Vietnã.

A iatrogenia engloba também os danos materiais (uso de medicamentos, cirurgias desnecessárias, mutilações, etc.) e psicológicos (psicoiatrogenia - o comportamento, as atitudes, a palavra) refletidos no paciente não só pelo médico como também por toda equipe (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e demais profissionais) (PADILHA, 1992).

A complexidade que engloba a natureza do tema leva vasta terminologia para o termo iatrogenia, destacando-se entre eles: ocorrências adversas, complicações iatrogênicas, doença iatrogênica e eventos adversos. Isto posto, nos últimos anos a questão das ocorrências iatrogênicas tem sido focalizada sob diferentes perspectivas - econômica, ética, legal, de avaliação de serviços de saúde, entre outras - devido ao crescente conhecimento, tanto individual como coletivo, das limitações, riscos, custos e direitos dos indivíduos referentes ao cuidado à saúde (CARVALHO FILHO et al., 1998).

De acordo com Lima *et al.* (1998) nos dias atuais observa-se uma convivência com um difícil paradoxo: se por um lado o crescimento contínuo das possibilidades de atendimento médico tem levado a um aumento do número de consumidores de cuidados à saúde, por outro, esse consumidor, enquanto cidadão, tem elevado substancialmente as denúncias envolvendo a responsabilidade profissional, quando não se sente satisfeito com a assistência recebida. Ressalta, ainda, que o problema se agrava diante das próprias políticas de saúde vigentes que demandam decisões conflitantes, que implicam na seleção de pacientes; que comprometem a qualidade do cuidado e que forçam a contenção de custos, situações que no conjunto, colocam os profissionais no centro de um labirinto de difícil saída.

4.5 METODOLOGIAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA PREVENÇÃO DE IATROGENIAS NA PROMOÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA

Dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com Santos (1997), é de grande destaque o trabalho dos profissionais de saúde que é direcionado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à UBS, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social. Cabe a atenção do profissional à mudança do perfil populacional em sua área de abrangência, com o aumento progressivo da população idosa fruto da queda da fecundidade e redução da mortalidade em todos os grupos etários. A ele é requerida uma especial ao idoso e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o, como apregoa a Estratégia em destaque, com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais frequentes e sua intervenção, bem como, com medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social.

Desta forma, a Estratégia de Saúde da Família, conforme seus princípios básicos que fazem referência à população da terceira idade, realiza um apontamento para a questão das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família. Os profissionais que atuam na atenção básica devem ter de modo claro a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental (SANTOS, 1997).

O processo de observação e defesa surgem como peças fundamentais na presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma participativa e construtiva é

uma das importantes missões daqueles que abraçaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada. Não deve aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea, mas que esse ser humano tenha garantida uma vida com qualidade, felicidade e ativa participação em seu meio. As "coisas da idade" não devem ser vistas como uma determinação, mas, sim, como possibilidade.

No que diz respeito à atenção aos idosos a Estratégia de Saúde da Família deve buscar reconhecer que

... os problemas dos idosos têm natureza específica, sendo que as soluções devem ser encontradas, sempre que possível, na própria comunidade. Assim sendo, a rede de prestação de serviços primários de saúde deve estar equipada para prestar um atendimento de alta qualidade aos idosos e seus familiares, visando à manutenção ou ao aprimoramento da qualidade de vida, medida, principalmente, pelo nível de autonomia e independência (GUIMARÃES, 1997, p.1).

Diante disso, considera-se que a assistência e a prestação de serviços para idosos deve ser precedida por um diagnóstico epidemiológico que possibilite um planejamento adequado à realidade socioeconômica das diversas regiões brasileiras, sendo que o enfoque sistemático em relação aos serviços para os idosos é, por definição, multidisciplinar e multisetorial (GUIMARÃES, 1997).

A equipe de saúde da família possui, dentre outras funções "de dar um passo atrás" e enxergar todo o processo vigente em um determinado caso, onde o percurso de cura pode estar sendo desviado por iatrogenias não visíveis aos olhos dos mais especializados. Possui a obrigação de resgatar a visão global dos profissionais da saúde, fazendo com que estes percebam o maior número de fatores e detalhes que importam em cada paciente, em cada exame, em cada remédio, enfermaria ou hospital. São observados também dentro do âmbito hospitalar algumas ocorrências mal realizadas por parte de seus colaboradores, que levam também à este quadro de iatrogenia, como por exemplo o medo causado ao doente por comentários ou perguntas feitas pela equipe que o examinam.

Desta forma, entende-se por iatrogenia o fato gerado por má orientação ou inabilidade da ESF e não o risco inerente dos procedimentos e suas consequências, e este risco se torna duplicado em pacientes acima de 65 anos de idade, comparado com pacientes entre 16 e 44 anos.

Segundo Carvalho Filho *et al.* (1998), a relação da ESF com seus pacientes também podem levar a sequelas comportamentais, que geralmente não são consideradas iatrogenias; como por exemplo, uma simples ameaça, caso o paciente se recuse a tomar determinado medicamento.

E por último, e não menos importante aparece a iatrogenia de omissão que se dá devida a falta de ação do médico/enfermeiro. A omissão ocorre, geralmente, pela má avaliação do risco da ação. Eventualmente, o médico não age pelo temor dos efeitos colaterais dos procedimentos, até mesmo pelo risco de morte. Nesta situação o que se faz é deixar a doença evoluir naturalmente sob tratamento mais conservador e supostamente de menor risco.

Por fim, é necessário que se faça uma análise sistemática da ESF, com a finalidade de encontrar erros repetitivos (qualidade de atendimento) e prevení-los. Além disso, com o objetivo de prevenir iatrogenias, deve-se estimular educação continuada e divulgação dos guias de atendimento nos diferentes aspectos da atuação neste meio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apreende-se da revisão bibliografia realizada que o processo de prevenção é em particular de extrema importância na terceira idade, e visa o atendimento à diminuição fisiológica da sua reserva funcional e conseqüente risco acrescido de iatrogenia - nomeadamente farmacológica. Nessa fase do ciclo de vida, medidas preventivas que seguem o modelo de doença única podem apenas estar selecionando uma causa concorrente de morte em vez de ter um impacto sobre a mortalidade global, isto é, de realmente prolongar e melhorar a vida, visto que nos idosos a probabilidade de doenças compostas aumenta, e isto nos força a repensar as medidas preventivas neles.

A iatrogenia e os multifármacos, que prevalecem na terceira idade, são decorrentes da ocorrência de mais de uma doença crônica, identificar sinais de interação entre medicamentos e efeitos adversos; referenciar para o atendimento médico para estabelecimento de prioridades; promover esclarecimentos sobre os riscos da auto-medicação em atendimentos individuais, atividades em grupo e visitas domiciliares; e, ofertar ações que possam substituir a necessidade de maior número de medicamentos são ações importantes da ESF para prevenção de agravos e promoção da saúde. Enquanto, na reabilitação propõe-se realizar atendimento individual na unidade ou domiciliar para reabilitação de conseqüências funcionais e encaminhar para clínica de referência, quando houver presença de co-morbidades.

A prevenção deve ser uma atividade constante na prática clínica visando uma excelente atenção primária à saúde. Desta forma, há a implicação de uma resistência firme ante os abusos a respeito da definição de saúde, fator de risco e doença; exige autonomia, um conhecimento científico sólido, habilidades de comunicação, flexibilidade, independência e resolubilidade.

Promover a saúde consiste em atividades direcionadas às mudanças dos comportamentos dos indivíduos, com foco no estilo de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais possíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. E, o que vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde.

Desta forma, a realização destas atividades estaria mais direcionada ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Diante observa-se que é muito importante a responsabilidade da equipe do PSF na promoção da qualidade de vida dos idosos e na prevenção de iatrogenias. Muitos já foram os estudos sobre a temática, no entanto a preocupação com a qualidade de vida dos idosos e o papel dos profissionais de saúde no cuidado prestado a essa população ainda é uma temática recente, pelo fato da questão da longevidade ser bastante recente.

Além da proposição de mais estudos é preciso ainda ações precisas com os profissionais da atenção básica, para que as Equipes de Saúde da Família estejam mais capacitadas para lidar com os grupos da terceira Idade.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA JÚNIOR, J.B. O estudo como forma de pesquisa. IN: CARVALHO, M. C.M. **Metodologia científica, fundamentos e técnicas**: construindo o saber. 12ª edição. Campinas, SP: Papyrus, 1989.

ARAGÃO, R. Emoções e pesquisa narrativa: transformando experiências de aprendizagem. **Rev. Brasileira de Lingüística Aplicada**, 8 (2), 295-320, 2008.

ARRUDA, E. S. R. Sentido de Envelhecer. **Rev. Psicologia Brasil**. Ano 5. Maio. São Paulo: 2007.

BERZINS, M.A.V.S. Envelhecimento populacional: Uma conquista a ser celebrada. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, ano XXIV, N. 75, Especial, São Paulo: Cortez Editora, 2003.

BRASIL. **Ações Prioritárias na Atenção Básica em Saúde/Secretaria Executiva**. Ministério da Saúde. Brasília; 2000.

BRITO, F.C.; RAMOS, L.R. **Serviços de atenção à saúde do idoso**. São Paulo, Atheneu, 1996.

CAMARANO, A.A. *et al.* **Idosos brasileiros**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília-DF: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

CARVALHO FILHO, E. T. *et al.* Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, 32(1): 36-42, 1998.

CARVALHO FILHO, E.T. *et al.* Iatrogenia no idoso. **Rev Bras Med.**, 53(3): 117-37 1996.

CARVALHO, H.B.C. **A integração do idoso a pratica de saúde**. Rio de Janeiro: Koogan, 2002.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da Velhice**: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Fapesp, 2004.

FERRAZ, E. R. *et al.* Iatrogenia: implicações para a assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 16(2): 165-9, 1982.

FILHO, C.T.E.; NETTO P.M. **Geriatria**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2005.

IBGE. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Disponível em: <www.ibge.org.br>. Acesso em 05 de jun. 2010.

KROPF, G. **Sinopse de Psiquiatria - Iatrogenias Adolpho Hoirisch**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

LIMA, A. C. *et al.* Métodos dialíticos e ocorrências iatrogênicas de enfermagem na UTI: análise da formação teórico-prática dos enfermeiros. **Rev. Paul. Enferm. USP**, 16(1/3): 20-9, 1998.

MARZIALE, M.H.P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, 2003.

OLIVEIRA, A. B. **A Evolução da Medicina**. São Paulo: Pioneira, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conceito de envelhecimento**. Disponível em: <<http://www.cies.org.br/mgea1.asp>>. Acesso em 03 de jun. 2010.

PADILHA, K. G. A prática de enfermagem em UTI e as ocorrências iatrogênicas: considerações sobre o contexto atual. **Rev. Paul. Enferm.**, 19(3): 49-56, 2000.

PRADO, T.M.B. **Participação**: um estudo sobre idosos. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. Vitória: UFES, 2006.

RAMOS, L.R. O país do futuro não pensa no futuro, **Gerontologia**. v.3 n.1 p.52-54, 1995.

REBELATTO, R.J.; MORELLI, S.G.J. **Fisioterapia Geriátrica**: a prática da assistência ao idoso. 1ª edição. São Paulo: Manole, 2004.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Koogan, 2003.

SÁ, J. L. M. **A formação de recursos humanos em gerontologia: Fundamentos epistemológicos e conceituais**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SANTOS, S.M.A. A especificidade da enfermagem na equipe interdisciplinar. **Revista Texto & Contexto Enfermagem/UFSC**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 156-161, maio/1997.

SERRA, A.V. Doença iatrogênica. **Coimbra Med**, 4-5: 161-9, 1985.

SILVESTRE, J. A. **O envelhecimento populacional brasileiro e o setor da saúde**. São Paulo: Proposta Editorial, 2002.

VERAS, R. P. **Terceira idade**: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Unati, 1995.